



**DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE PARA SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DE LICENÇA SANITÁRIA E/OU APROVAÇÃO DE PROTOCOLO NO GCIM**

|   |  |             |                      |
|---|--|-------------|----------------------|
| Razão social  | <input type="text"/>   |             |                      |
| CPF/CNPJ  | <input type="text"/>   | Telefones   | <input type="text"/> |
| Endereço  | <input type="text"/>   |             |                      |
| Bairro  | <input type="text"/>   | Complemento | <input type="text"/> |
| E-mail para contato   | <input type="text"/>   |             |                      |
| Possui área física onde serão desenvolvidas as atividades?                        | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (caso sim informe a localização) |             |                      |
| <input type="text"/>  |  |             |                      |
| <input type="text"/>  |  |             |                      |
| Atividades desenvolvidas (descrição resumida) (não utilizar/copiar texto do CNAE) | <input type="text"/>   |             |                      |
| <input type="text"/>  |  |             |                      |

**ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

|                                     |  |   |  |  |
|-------------------------------------|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Armazenamento | <input type="checkbox"/> Comércio Varejista | <input type="checkbox"/> Comercio Atacatista | <input type="checkbox"/> Serviços / Outros |
|-------------------------------------|--|---|--|--|

**PRODUTOS RELACIONADOS**

|                              |                              |                              |                              |                              |              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Produtos médico-hospitalares | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Suplementos alimentares      | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Bebidas      |
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Insumos Farmacêuticos        | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Saneantes    |
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Produtos veterinários        | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Alimentos    |
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Cosméticos                   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Outros       |

Outros:

Os veículos de placas  são utilizado(s) para o transporte dos produtos listados acima.

Sim  Não Há depósito dos produtos listados acima no endereço de registro da empresa

**SOLICITAÇÃO**

Solicito Dispensa de Licença Sanitária  Solicito Deferimento do GCIM - Protocolo:

Declaro que somente comercializarei produtos devidamente autorizados (licenciados, notificados, registrados e/ou comunicados) pela Anvisa e/ou órgão regulador responsável. Firmo o presente documento ciente das sanções previstas em lei, no caso de informações inverídicas e/ou declaração falsa.

\*A DISPENSA DO ALVARÁ SANITÁRIO NÃO EXIME A PESSOA FÍSICA OU JURÍDICA DO CUMPRIMENTO DAS EXIGÊNCIAS DECORRENTES DA LEGISLAÇÃO SANITÁRIA, QUANDO FOR APLICÁVEL.

NOME RESPONSÁVEL

RG  CPF

Entregar este documento acompanhado de cópia do contrato social (última alteração), cartão cnpj e documento pessoal do responsável e/ou requisitante junto à unidade de vigilância sanitária.

**PARECER DO FISCAL**

|                          |   |               |
|--------------------------|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Deferida a solicitação de dispensa de Licença Sanitária:    | Justificativa |
| <input type="checkbox"/> | Indeferida a solicitação de dispensa, pelo seguinte motivo: |               |
| Fiscal/Assinatura:       |   |               |
| Data:                    |   |               |