



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

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

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.

Data:	Assinatura:

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: