



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 DEPARTAMENTO DE CONTROLE DE ZONÓSES, VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AMBIENTAL

REQUERIMENTO PADRÃO

Nº do Processo Inicial \_\_\_\_\_  
 Registro VISA-SG \_\_\_\_\_  
 SETOR \_\_\_\_\_  
 TIS: ANO: \_\_\_\_\_ VALOR: \_\_\_\_\_

Serviço Público Municipal  
 Processo nº 888 / 12016  
 Data 25/04/2016 Folha: \_\_\_\_\_  
 Rubrica/Matrícula: \_\_\_\_\_

*Jorge José Motta*  
 DZSA São Gonçalo RJ  
 Matr. 160.151-88

Dados do Requerente

Nome: ACQUAFARMA MAMPULACÕES FARMACÊUTICAS RG \_\_\_\_\_  
 End.: RUA YOLANDA SAAD ABUZAIID 150 - SERRAJOJO 202  
 Bairro: OLCANTARA  
 CEP: 24710-465 CPF: 29.385.051/0004.03 Telefone: 2603-4505

Dados do Responsável Técnico

Nome: CAROLINE LEAL SANTOS RG: 12460793-1  
 End.: RUA MARIA DUARTE MATA 111  
 Bairro: SÃO MIGUEL RGCR: 8820/Rf  
 CEP: 24445-675 CPF: 054310367-69 Telefone: 2603-4505

Dados da Empresa

Atividade: FARMÁCIA COM MAMPULACÃO Insc. Municipal: 87799  
 Razão Social: ACQUAFARMA MAMPULACÕES FARMACÊUTICAS CNPJ: 29.385.051/0004.03  
 Nome Fantasia: ACQUAFARMA Insc. Estadual: 77622-020  
 End.: RUA YOLANDA SAAD ABUZAIID 150 - SERRAJOJO 202  
 Bairro: OLCANTARA  
 CEP: 24710-460 Telefone: 2603-4505 FAX: 2603-2794

Dados do Veículo

Condutor: \_\_\_\_\_ Habilitação \_\_\_\_\_ Vencimento \_\_\_\_\_  
 Modelo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_ Ano de Fabricação \_\_\_\_\_ Placa \_\_\_\_\_  
 RENAVAL: \_\_\_\_\_ chassi: \_\_\_\_\_ Vistoriado em: \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_  
 End.: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> LFS / INICIAL                 | <input type="checkbox"/> CIS B              | <input type="checkbox"/> MUDANÇA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO    |
| <input checked="" type="checkbox"/> LFS / REVALIDAÇÃO  | <input type="checkbox"/> CIS A / AMBULANTES | <input type="checkbox"/> BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA |
| <input type="checkbox"/> ASSENTIMENTO SANITÁRIO        | <input type="checkbox"/> CIS A / VEÍCULOS   | <input type="checkbox"/> CANCELAMENTO DE AUTO DE INFRAÇÃO  |
| <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO DE PRAZO _____ DD | <input type="checkbox"/> VISTORIA           | <input type="checkbox"/> CERTIDÃO NEGATIVA                 |

São Gonçalo, 25 de Abri de 2016

Assinatura do Requerente: [assinatura] [assinatura]

*Caroline*  
 Farmacêutica  
 Matr. 160.151-88