

**REQUERIMENTO DE INSPEÇÃO PARA FINS DE CERTIFICAÇÃO DE BOAS
PRÁTICAS DE DISTRIBUIÇÃO E OU ARMAZENAGEM DE DISPOSITIVOS MÉDICOS**

I – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. RAZÃO SOCIAL:
2. NOME FANTASIA:
3. CNPJ:

II – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

4. LOGRADOURO:
5. NÚMERO: 6. COMPLEMENTO: 7. BAIRRO:
8. UF: SP 9. NOME DO MUNICÍPIO: São Paulo 10. CEP:
11. DDD: 12 TELEFONE: 13. E-MAIL:

III – AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA

14. NÚMERO DA AFE:
15. DATA DA PUBLICAÇÃO DA AFE:
16. ATIVIDADES:
☐ Armazenar ☐ Distribuir ☐ Exportar ☐ Importar ☐ Transportar

IV – LICENÇA DE FUNCIONAMENTO SANITÁRIA

17. Nº CMVS:
18. DATA DE VALIDADE DA LICENÇA:
19. ATIVIDADES:
☐ Armazenar ☐ Distribuir ☐ Exportar ☐ Importar ☐ Transportar

V – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICO

22. RESPONSÁVEL LEGAL: CPF:
23. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL:
CPF: CONSELHO PROFISSIONAL: UF: Nº INSCRIÇÃO:

VIMOS POR MEIO DESTE SOLICITAR INSPEÇÃO PARA FINS DE CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS DE DISTRIBUIÇÃO E OU ARMAZENAGEM NO ESTABELECIMENTO ACIMA IDENTIFICADO.

LOCAL:
DATA:

ASS. RESPONSÁVEL LEGAL

ASS. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL