



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO - RO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA, LICENCIAMENTO E RISCO SANITÁRIO

**REQUERIMENTO DE VISTORIA FISCAL  
PARA A.F.E. OU A.E**

**1 - DADOS DA EMPRESA:**

RAZÃO SOCIAL:		CNPJ:	
NOME FANTASIA		INSCRIÇÃO MUNICIPAL	
ENDEREÇO:			Nº:
COMPLEMENTO DE ENDEREÇO:	PONTO DE REFERENCIA:		
BAIRRO:	CEP:	MUNICÍPIO:	
FONE/FAX	E-MAIL:		
CÓDIGO CNAE	ATIVIDADE OBJETO DO LICENCIAMENTO		

**2 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL:**

NOME:	CPF:	RG:
ENDEREÇO COMPLETO:	email	FONE:

**3 - RESPONSÁVEL TÉCNICO**

NOME:		
FORMAÇÃO:	CONSELHO:	REGISTRO NO CONSELHO
RG E ORGÃO EXPEDIDOR:	CPF:	EMAIL:

**REQUERIMENTO**

Solicito **VISTORIA FISCAL**, com geração de **RELATÓRIO FISCAL DE INSPEÇÃO** destinado a obter junto a ANVISA, a **AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO ESPECIAL (AFE) ou AUTORIZAÇÃO ESPECIAL (AE)**, para desenvolver atividade econômica com comercialização de:

- ( ) Medicamento sujeitos a controle especial ( ) Medicamento sem controle especial  
( ) Cosméticos e produtos de Higiene ( ) Manipulação de Fórmulas ( ) Saneantes e Domissanitários  
( ) Atendimento ambulatorial ( ) Aplicação de Injetáveis ( ) Aferição de pressão e temperatura  
( ) Outros: \_\_\_\_\_

Porto Velho, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Requerente/Representante Legal (Assinatura por extenso)