

# PETIÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS

## IDENTIFICAÇÃO

1. Nome \_\_\_\_\_ 2. CNPJ \_\_\_\_\_

3. Endereço Completo \_\_\_\_\_ 3.1. Número \_\_\_\_\_

3.2. Complemento \_\_\_\_\_ 3.3. Bairro \_\_\_\_\_ 3.4. Município \_\_\_\_\_

3.5. UF \_\_\_\_\_ 3.6. Telefone \_\_\_\_\_ 3.7. Fax \_\_\_\_\_

3.8. E-mail \_\_\_\_\_

4. Localização da Empresa: \_\_\_\_\_ 5. Área Ocupada \_\_\_\_\_

6. Tipo de Prestação de Serviço \_\_\_\_\_

7. Nome do Responsável Técnico ( se for o caso ) \_\_\_\_\_ 8. N° do Registro no Conselho de Classe \_\_\_\_\_

9. Listagem nominal do ( s ) legal da empresa.

10. Listagem nominal dos servidores da empresa habilitados legalmente ( Procuração em cartório ) acompanharem a inspeção sanitária bem como a recepção termos legais expedidos pela Autoridade Sanitária assinado por um dos representantes legal da empresa.

11. Cópia do Contrato Social da Empresa.

12. Cópia do Contrato de Cessão de Área Física Portuária, se for o caso.

13. Local \_\_\_\_\_ 14. Data \_\_\_\_\_ 15. \_\_\_\_\_

Representante Legal da Empresa



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**  
**GERÊNCIA GERAL DE PORTOS, AEROPORTOS E FRONTEIRAS**

1- UNID. FISCAL

2- N° EMIS. DO SIST.

3- MÁQ. EMIS. DOC.

4. DATA DE EMIS. DOC.

## CERTIFICADO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS

Certifico que a:

Nome da Empresa \_\_\_\_\_

CNPJ \_\_\_\_\_ está autorizada perante a esta Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras, no Estado do \_\_\_\_\_ a prestar serviço de \_\_\_\_\_

( Identificar a Prestação de Serviço )

no (s) \_\_\_\_\_ (Identificar nome do porto , aeroporto , estação de passagem de fronteira e terminais aduaneiros).

Assinatura do Coordenador de Vigilância Sanitária  
 de Portos, Aeroportos e Fronteiras da UF  
 Emissora do Certificado

Mat. SIAPE / Unid. Origem