

Solicitação de Certificado

CVPAF/___/PP___

01	Livre Prática <input type="checkbox"/>	Controle Sanitário de Bordo <input type="checkbox"/>	Nacional de Desratização <input type="checkbox"/>
----	--	--	---

01	2. Identificação do responsável Direto ou Representante Legal da Embarcação		
02	2.1 Nome:	2.3 N.º AFE /ANVISA:	
	2.2 CNPJ / CPF / N.º Passaporte:	2.4.1 CEP	
	2.4 Endereço:	2.4.4 UF:	
	2.4.2 Bairro:	2.4.3 Município:	2.5.1 E-mail:
	2.5 Telefone: ()	2.5.1 Fax: ()	

03	3. Cadastro da Embarcação		
	3.1 Nome:	3.2 Bandeira:	
	3.3 N.º Identificação:	3.4 Arqueação Líquida:	3.5 Arqueação Bruta:
	3.6 Finalidade da Embarcação:	() Mista (carga e passageiros)	
	() Carga, inclusive embarcações pesqueiras;	() Outros	
	() Passageiros;		
	3.7. Se carga, apontar qual e peso (toneladas):		
	3.8 Possui diretrizes IMO? SIM NÃO		

04	4. Informações sobre a viagem		
	4.1 Data de Chegada:	4.2 Hora Estimada da Chegada (E.T.A.):	
	4.3 Data Estimada da Saída:		
	4.4 Porto de Destino:	4.4.1 País:	4.4.2 UF:
	4.5 N.º de Tripulantes:	4.6 N.º de Passageiros:	
	4.7 Escalas, em ordem cronológica decrescente, dos últimos trinta dias, contendo nome do porto, país, estado/província e data de partida:		
	4.8 Nome do Comandante:	4.8.1 Nacionalidade:	
	4.9 Ocorrência de óbito a bordo? SIM NÃO		
	4.10 Houve sepultamento em alto mar? SIM NÃO		
	4.11 Ocorrência de doença a bordo? SIM NÃO		
	4.11.1 Com sinais de febre e ou hemorragia? SIM NÃO		
	4.11.2 Com sinais de icterícia? SIM NÃO		
	4.11.3 Com sinais de diarreia? SIM NÃO		
	4.11.4 Com sinais de disfunções neurológicas? SIM NÃO		
	4.11.5 Com sinais de tosse ou dificuldade respiratória? SIM NÃO		
	4.12 Ocorrência de acidente a bordo: SIM NÃO		
	4.13 Ocorrência de mortandade de roedores a bordo: SIM NÃO		
	4.13.1 Caso afirmativo, especificar qual(is) compartimento(s):		
	4.14 Ocorrência de consumo de medicamento(s) durante a viagem: SIM NÃO		
	4.14.1 Caso afirmativo, especificar o nome do(s) medicamento(s):		

05	5. Informações sanitárias		
	5.1 Produz água potável a bordo? SIM NÃO		
	5.2 Porto onde ocorreu o último abastecimento de água potável:		
	5.3 Possui sistema de tratamento de água potável? SIM NÃO		
	5.4 Capacidade máxima de armazenamento de água potável : litro(s) m³		
	5.5 Possui água de lastro a bordo? SIM NÃO		
	5.5.1 Foi efetuada substituição da água de lastro? SIM NÃO		
	5.5.2 Local da substituição:		
	Latitude:	Longitude:	
	5.5.3 Haverá deslastro neste porto? SIM NÃO		
	5.6 Possui tanque de retenção ou tratamento de efluentes sanitários? SIM NÃO		
	5.6.1 Capacidade Máxima de armazenamento dos efluentes sanitários: m³		
	5.6.2 Autonomia de retenção, em função do n.º de viajantes a bordo (dias):		
	5.7 Transporta carga perigosa? SIM NÃO		
	5.8 Ocorrência a bordo de desinsetização/fumigação de carga: SIM NÃO		
	5.8.1 Caso afirmativo especificar o produto utilizado e data do procedimento:		

	5.9 Taxa de Fiscalização Sanitária para Certificado de Livre Prática		
	() com isenção () sem isenção		
	5.9.1 Data do depósito:		
	5.9.2 Posto Portuário: _____		

06	6. Termo de Responsabilidade		
	Assumo a veracidade das informações acima prestadas comprometendo -me a cumprir as demais exigências estabelecidas na legislação sanitária federal pertinente e ainda a responsabilidade pelo pagamento de qualquer taxa de Fiscalização Sanitária e multa, relacionada à infração sanitária em decorrência da entrada, permanência, operação e saída da embarcação do Porto de Controle Sanitário.		

07	7. Identificação do Requerente ou seu Representante Legal		
	7.1 Local:	7.2 Data:	7.3 CPF/Passaporte:
	7.4 Nome:	7.5 Assinatura :	

08	Recebimento pela Autoridade Sanitária:		
	8.1 N.º da Solicitação: _____		
	8.2 Data : ___/___/___		
	8.3 Hora: _____		
	8.4 Nome: _____		
	8.5 Assinatura: _____		
	8.6 Nome: _____		
	8.7 Matrícula: _____		



Notificação de Inspeção Sanitária

1	Conforme Solicitação de Certificado n.º _____ de ____/____/____, informamos que a embarcação _____ de bandeira _____, inscrita sob n.º de identificação _____, deverá aguardar inspeção sanitária: (a) Atracada, (b) Em local designado ou fundeadouro, com vistas à concessão de () Livre Prática a bordo () Certificado de Isenção/Controle Sanitário de Bordo _____, ficando sujeita à inspeção e ou reinspeção sanitária. Qualquer alteração nas condições sanitárias de bordo ou ocorrência clínica em seus viajantes, deverá ser, imediatamente, comunicada à autoridade sanitária.
	1.1 Posto Emissor: _____ 1.2 Data: ____/____/____ 1.3 Hora: _____ AUTORIDADE SANITÁRIA 1.4 Assinatura: _____ 1.5 Nome: _____ 1.6 Matrícula: _____

2	RECIBO
	2.1 Notificação de Inspeção Sanitária referente a Solicitação de Certificado n.º: _____ 2.2 Embarcação: _____, n.º de identificação: _____ 2.3 Data ____/____/____ Hora: _____ 2.4 Responsável Direto ou Representante Legal pela Embarcação _____ 2.5 Assinatura: _____ 2.6 Nome: _____

Anexo IV



01	Comunicamos a chegada da embarcação _____, identificada sob n.º _____, na data de ____/____/____, no Porto _____, E.T.A. _____. 1 Informamos que possui o Certificado de Livre Prática n.º _____, válido até ____/____/____, emitido pelo Posto Portuário _____, em ____/____/____. 2 Informamos que possui o Certificado de Controle Sanitário de Bordo (CCSB) ou Isenção de Controle Sanitário de Bordo (CICSB) n.º _____, válido até ____/____/____, emitido pelo Posto Portuário _____, em ____/____/____. Há medidas sanitárias, previstas nos CCSB/CICSB, pendentes? () Sim () Não Todas as informações prestadas nos itens 4 e 5 do Formulário de Solicitação de Certificado (Anexo II) se mantiveram ao longo de toda viagem? () Sim () Não Se não, especificar eventos ocorridos: _____

02	Termo de Responsabilidade Assumo a veracidade das informações acima prestadas comprometendo -me a cumprir as demais exigências estabelecidas na legislação sanitária federal pertinente e ainda a responsabilidade pelo pagamento de qualquer taxa de Fiscalização Sanitária e multa, relacionada à infração sanitária em decorrência da entrada, permanência, operação e saída da embarcação do Porto de Controle Sanitário.

03	Identificação do Responsável Direto ou Representante Legal da Embarcação 3.1 Local: _____ 3.2 Data: ____/____/____ 3.3 Nome: _____ 3.4 Assinatura: _____

04	Recebimento pela Autoridade Sanitária 4.1 N.º do Comunicado _____ 4.2 Data: ____/____/____ 4.3 Hora: _____ 4.4 Nome da Embarcação: _____ 4.5. <input type="checkbox"/> Com inspeção agendada para ____/____/____ às _____h 4.6. <input type="checkbox"/> Sem agendamento, podendo ser inspecionada a qualquer momento, a critério da autoridade sanitária. 4.7 Assinatura: _____ 4.8 Nome: _____ 4.9 Matrícula: _____