



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

REQUERIMENTO PADRÃO

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

Serviço Público Municipal
Processo nº _____ / _____
Data _____
Rubrica/Matrícula: _____

Dados do Requerente

Nome: _____ RG: _____
End.: _____
Bairro: _____
CEP.: _____ CPF.: _____ Telefone: _____

Dados do Responsável Técnico

Nome: _____ RG: _____
End.: _____
E-mail: _____ Bairro: _____ RGCR.: _____
CEP.: _____ CPF.: _____ Telefone: _____

Dados da Empresa

Atividade: _____ Insc. Municipal: _____
Razão Social: _____ CNPJ: _____
Nome Fantasia: _____ Insc. Estadual: _____
End.: _____
Bairro: _____
CEP.: _____ Telefone: _____ E-mail: _____

Dados do Veículo

Condutor: _____ Habilitação: _____ Vencimento: _____
Modelo: _____ Cor: _____ Ano: _____ Ano de Fabricação: _____ Placa: _____
RENAVAM: _____ chassi: _____ Vistoriado em: _____ Tipo: _____
End.: _____
Bairro: _____

☐ LFS / INICIAL

☐ LFS / REVALIDAÇÃO

Atividades Relacionadas: ☐ DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL ☐ AFERIÇÃO DE PARÂMETROS FISIOLÓGICOS ☐ AFERIÇÃO DE PARÂMETROS BIOQUÍMICOS ☐ ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS INJETÁVEIS
☐ PERFURAÇÃO DE LÓBULO AURICULAR ☐ ATENÇÃO FARMACÊUTICA ☐ COM MANIPULAÇÃO ☐ DE ANTIBIÓTICOS
☐ DE HORMONIOS ☐ DE CITOSTÁTICOS ☐ DE SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL ☐ SUBSTÂNCIA DE BAIXO ÍNDICE TERAPEUTICO ☐ DE PRODUTOS ESTÉREIS ☐ DE MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS ☐ RETINÓIDES

Assinatura do Requerente: _____