



SOLICITAÇÃO DE CERTIFICADO

CVPAF/ _____ PP _____
 Nº. _____

1. Tipo de Certificado			
01	() Livre Prática (CLP)	() Controle Sanitário de Bordo (CCSB/CICSB)	() Nacional de Controle Sanitário de Bordo CNCNB/CNICSB

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:	2.4.3 Município	
	2.4.2 Bairro:	2.4.4 UF:	
	2.5 Telefone: ()	2.5.1 Fax: ()	2.5.2 E-mail:

3. Cadastro da Embarcação			
03	3.1 Nome:	3.2 Bandeira:	
	3.3 N.º Identificação IMO:	3.4 Arqueação Líquida:	3.5 Arqueação Bruta:
	3.6 Finalidade da Embarcação:		
	3.7 Possui CCSB/CICSB válido? () SIM () NÃO	Data e Porto de emissão:	
	3.10 Possui CNCNB/CNICSB válido? () SIM () NÃO	Data e Porto de emissão:	
	3.11 Possui CLP válido? () SIM () NÃO	Data e Porto de emissão:	

4. Informações sobre a viagem			
04	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:	
	4.5 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 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
4.12.1 Se sim, que especificar que tipo de acidente:			
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 Porto onde ocorreu o último abastecimento de água potável:		
	5.2 Produz água potável a bordo?	SIM	NÃO
	5.2.2 Possui sistema de tratamento de água potável?	SIM	NÃO
	5.3 Capacidade máxima de armazenamento de água potável (litro(s) m ³):		
	5.4 Possui água de lastro a bordo?	SIM	NÃO
	5.4.1 Foi efetuada substituição da água de lastro?	SIM	NÃO
	5.5.2 Local da última 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 (m ³):		
	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:			
Produto:	Data:		
5.9 Haverá retirada de resíduos sólidos neste porto?	SIM	NÃO	
5.10 Haverá abastecimento de água potável neste porto?	SIM	NÃO	
5.11 Haverá abastecimento de alimentos neste porto?	SIM	NÃO	
5.12 Taxa de Fiscalização Sanitária:			
CLP	CCSB/CICSB	CNCSB/CNICSB	
5.12.1 Data do depósito:			
5.12.2 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 e carimbo:	

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