|  |  |
| --- | --- |
|  | MINISTÉRIO DA PESCA E AQUICULTURASECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO, MONITORAMENTO E PESQUISA**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE ATUALIZAÇÕES DE DADOS CADASTRAIS DO VISTORIADOR CERTIFICADO** |
| **A** | **CARACTERIZAÇÃO DO REQUERIMENTO:** |
| 0.1 Motivo do preenchimento |
| ( ) Alteração/Atualização ( ) Renovação ( ) Cancelamento |
| 0.2 Item de Preenchimento: |
| ( ) **B -** Identificação de pessoa física ( ) **C -** Identificação de pessoa jurídica ( ) **C.1 –** Relação atualizada de Profissionais técnicos |
| 0.3 Nº do Certificado: | 0.4 Área de atuação/UF: | 0.5 Nº do Registro profissional/UF:  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **B** | **IDENTIFICAÇÃO DE PESSOA FÍSICA:** |
| 0.6 Nome: | 0.7 CPF: |
|  |  |
| 0.8 Nº do RG: | 0.9 Órgão emissor/UF: | 1.0 Data de emissão: | 1.1 Nº Registro profissional/UF: |
|  |  |  |  |
| Área de atuação/UF: |
|  |
| 1.2 Endereço: | 1.3 Município/UF: |
|  |  |
| 1.4 Telefone 1 (DDD): | 1.5 Telefone 2 (DDD): | 1.6 E-mail: |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **C**  | **IDENTIFICAÇÃO PESSOA JURÍDICA:** |
| 1.7 Razão social: | 1.8 CNPJ: |
|  |  |
| 1.9 Nome do Representante legal: | 2.0 CPF: |
|  |  |
| 2.1 Nº Registro profissional/UF: | 2.2 CNAE: | 2.3 Área de atuação/UF: |
|  |  |  |
| 2.4 Endereço: | 2.5 Município/UF: |
|  |  |
| 2.6 Telefone 1 (DDD): | 2.7 Telefone 2 (DDD): | 3.4 E-mail: |
|  |  |  |
| 3.5. Outras informações: |
| **C.1**  | **RELAÇÃO ATUALIZADA DE PROFISSIONAIS TÉCNICOS:** |
| 3.6 Nome do profissional técnico: | 3.7 Nº de Registro profissional: |
|  |  |
| 3.8 Nº da ART Cargo-Função ou Documento similar da entidade profissional: | 3.9 RG/Órgão emissor/UF: | 4.0 Data de emissão: | 4.1 Sexo: |
|  |  |  | ( ) M ( ) F |
|  |
| 4.2 Nome do profissional técnico: | 4.3 Nº do Registro profissional: |
|  |  |
| 4.4 Nº da ART Cargo-Função ou Documento similar da entidade profissional: | 4.5 RG/Órgão emissor/UF: | 4.6 Data de emissão: | 4.7 Sexo: |
|  |  |  | ( ) M ( ) F |
|  |
| 4.8 Nome do profissional técnico: | 4.9 Nº do Registro profissional: |
|  |  |
| 5.0 Nº da ART Cargo-Função ou Documento similar da entidade profissional: | 5.1 RG/Órgão emissor/UF: | 5.2 Data de emissão: | 5.3 Sexo: |
|  |  |  | ( ) M ( ) F |
| 5.4. Outras informações: |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **E** | **TERMO DE RESPONSABILIDADE** |
| Assumo total responsabilidade pelas informações aqui prestadas, bem como assumo o compromisso de cumprir com a legislação vigente. Estou ciente que a declaração falsa constitui crime previsto no art. 299 do Código Penal.Em / / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura |