

## REQUERIMENTO PARA UTILIZAÇÃO DO SICOVAB

Ao Chefe do Serviço de Fiscalização de Produtos Controlados da \_\_\_\_ Região Militar

### 1. TIPO DE ACESSO

COMÉRCIO    IMPORTAÇÃO    EXPORTAÇÃO    FABRICAÇÃO     
BLINDAGEM

### 2. DADOS DO SOLICITANTE

Razão social:

CNPJ:

Endereço:

E-mail:

Telefone: (   )

#### 2.1 Dados do Representante Legal

Nome:

CPF:

Cargo:

#### 2.2 Dados do(s) usuário(s)-empresa

<b>1</b>	Nome:	CPF:
	E-mail:	Telefone: (   )
<b>2</b>	Nome:	CPF:
	E-mail:	Telefone: (   )

### 3. TERMO DE RESPONSABILIDADE DE USO DO SICOVAB

EU, \_\_\_\_\_(nome completo)\_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade RG nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, representante legal da empresa \_\_\_\_\_(razão social)\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob nº \_\_\_\_\_, com Registro no Exército nº \_\_\_\_\_, DECLARO serem verdadeiras as informações acima prestadas, estando ciente do que estabelecem os art. 153, 313-A, 313-B, 325 do Código Penal Brasileiro.

DECLARO, ainda, que estou ciente de estar tratando com dados e informações de acesso restrito, responsabilizando-me por qualquer uso indevido de minha senha de acesso ao SICOVAB, comprometendo-me, também, a solicitar imediato cancelamento desse acesso quando não for mais necessário.

Cidade/UF, dia, mês e ano

(Assinatura)

(Nome completo - CPF)

Requerente/Representante Legal