

## REQUERIMENTO PARA UTILIZAÇÃO DO SICOVAB

Ao Chefe do Serviço de Fiscalização de Produtos Controlados da 11ª Região Militar

### 1. TIPO DE ACESSO

BLINDAGEM COMÉRCIO IMPORTAÇÃO EXPORTAÇÃO FABRICAÇÃO

### 2. DADOS DO SOLICITANTE

Razão Social:

CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone ( ) \_\_\_\_\_

### 2. DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

### 3. MOTIVO DO CANCELAMENTO

\_\_\_\_\_ -DF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)  
Representante Legal

- 1) Este requerimento deverá ser impresso, assinado e anexado junto à documentação do processo no SICOVAB.
- 2) A assinatura deve possuir reconhecimento de firma.
- 3) O motivo do cancelamento deverá ser comprovado por documentação a ser anexada junto à documentação do processo no SICOVAB.