



**PREFEITURA DE
ARAUCÁRIA**

DADOS DO PROPRIETÁRIO DO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
Data de nascimento: _____
Endereço: _____ Nº _____
Bairro: _____ CEP: _____
Município: _____ UF: _____
Celular: _____ Telefone: _____
E-mail: _____
CPF: _____ CNH: _____ Categoria: _____
RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Data Emissão: _____

Anexar cópias dos documentos:

- RG
- CPF

Assinatura

PARA USO EXCLUSIVO DO SIM/POA

Recebido em: _____

NOME DO INSPETOR

Médico Veterinário – Responsável SIM/POA - CRMV/PR XXX