



**PREFEITURA DE
ARAUCÁRIA**

REQUERIMENTO

Ilmo/a Senhor/a Chefe do Serviço de Inspeção Municipal:

() REGISTRO () RENOVAÇÃO DE REGISTRO () CANCELAMENTO DE REGISTRO
() SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DE REGISTRO () ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS () INCLUSÃO DE FINALIDADE

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

CNPJ: _____ Inscrição Estadual: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ UF: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Responsável Técnico: _____ CRMV-PR: _____

Responsável Técnico: _____ CRMV-PR: _____

IDENTIFICAÇÃO PROPRIETÁRIO / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ UF: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Vem através deste, requerer a Vossa Senhoria o _____
para o estabelecimento referido, neste Serviço de Inspeção Municipal.

Finalidade: _____

Nestes termos, pede deferimento.

Município, ____ de ____ de 2021.

Responsável pelo Estabelecimento

PARA USO EXCLUSIVO DO SIM/POA

Recebido em: _____

NOME DO INSPETOR

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