



DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS

Eu:

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ UF: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Responsável legal pela empresa:

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

CNPJ: _____ Inscrição Estadual: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ UF: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Declaro que recebi os documentos para o registro de meu estabelecimento no Serviço de Inspeção Municipal de Produtos de Origem Animal (SIM/POA).

Município, ____ de _____ de 202 .

Responsável pelo Estabelecimento

PARA USO EXCLUSIVO DO SIM/POA

Recebido em:

NOME DO INSPETOR

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