

**INFORMAÇÕES DO ESTABELECIMENTO**

**(Versão 8.0)**

<b>Nº SIE</b>	<b>RAZÃO SOCIAL (COMPLETA, IGUAL CADASTRO RECEITA FEDERAL)</b>	<b>TELEFONE</b>	<b>E-MAIL OFICIAL (EMPRESA)</b>

<b>CNPJ e IE</b>	<b>NOME FANTASIA DA EMPRESA</b>	<b>ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO</b>	
CNPJ:		LOGRADOURO (RUA, AV., ETC):	Nº
IE:		BAIRRO:	CEP:

<b>PROPRIETÁRIO DO ESTABELECIMENTO</b>	<b>RESPONSÁVEL LEGAL DO ESTABELECIMENTO(1)</b>
NOME: _____ CPF: _____	NOME: _____ CPF: _____

PERÍODOS DE ATIVIDADES	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
PERÍODO DE FUNCIONAMENTO DA INDÚSTRIA:	Manhã:				
	Tarde:				
PERÍODO DE PRODUÇÃO/FABRICAÇÃO:	Manhã:				
	Tarde:				
PERÍODO DE ABATE / OU *RECEBIMENTO DE LEITE:	Manhã:				
	Tarde:				
*HORÁRIO(S) EM QUE O ESTABELECIMENTO REALIZA AS ANÁLISES DE RECEBIMENTO DE LEITE (PLATAFORMA)	Manhã:				
	Tarde:				

**INFORMAÇÕES DO RESPONSÁVEL TÉCNICO**

<b>NOME</b>	<b>E-MAIL</b>	<b>TELEFONE</b>	<b>PROFISSÃO</b>	
<b>ENDEREÇO</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>CPF</b>	<b>SIGLA DO CONSELHO/UF</b>	<b>Nº DE REGISTRO</b>

**INFORMAÇÕES DO(S) MÉDICO(S) VETERINÁRIO(S) de APOIO**

<b>NOME</b>	<b>E-MAIL</b>	<b>TELEFONE</b>	<b>Nome da Empresa Credenciada ou Prefeitura</b>
<b>ENDEREÇO</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>CPF</b>	<b>NÚMERO DO CRMV/UF</b>

**DATA DA ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO E CAMPOS ALTERADOS:**

.....

\_\_\_\_\_  
**PROPRIETÁRIO/RESPONSÁVEL LEGAL(1)**  
 NOME E ASSINATURA

\_\_\_\_\_  
**RESPONSÁVEL TÉCNICO**  
 CARIMBO E ASSINATURA

\_\_\_\_\_  
**MÉDICO VETERINÁRIO de APOIO**  
 CARIMBO E ASSINATURA

(1) anexar procuração