



# REQUERIMENTO PARA REGISTRO E CADASTRO DE ESTABELECIMENTO

DIRETORIA TÉCNICA - DTEC

<b>REQUERENTE/REPRESENTANTE LEGAL</b>		
Req./Representante Legal:		CPF:
Endereço:	Nº	COMPLEMENTO:
Bairro:	Município:	Estado:
CEP:	E-MAIL:	Tel. Fixo: ( )
FAX: ( )	CEL: ( )	<input type="checkbox"/> Sim – Desejo que o IMA entre em contato por mensagens SMS.

<b>VEM REQUERER AO IMA</b>	<b>TIPOS DE ALTERAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Registro do Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Mudança de Razão Social/Nome	<input type="checkbox"/> Mudança de Responsável Técnico
<input type="checkbox"/> Alteração	<input type="checkbox"/> Mudança de Inscrição Estadual	<input type="checkbox"/> Inclusão de atividade/Categoria
<input type="checkbox"/> Encerramento	<input type="checkbox"/> Mudança de Endereço	<input type="checkbox"/> Exclusão de atividade/Categoria
<input type="checkbox"/> Renovação	<input type="checkbox"/> Inclusão de Produto/Classificação	<input type="checkbox"/> Impressão de 2º de Certificado
<input type="checkbox"/> Cadastro no SISBOV	<input type="checkbox"/> Exclusão de Produto/Classificação	<input type="checkbox"/> Outros:

<b>ESTABELECIMENTO</b>		
Nome da Empresa/Razão Social		
Nome Fantasia:		Inscrição Estadual:
Renasm: Ex: MG-01000/2012 ou número do requerimento do MAPA	CNPJ/CPF:	Fone: ( )

<b>ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO</b>		
Endereço:	Nº	Complemento:
Bairro:	Município:	Estado:
CEP:	E-MAIL:	TEL FIXO: ( )
FAX: ( )	CEL: ( )	<input type="checkbox"/> Sim – Desejo que o IMA entre em contato por mensagens SMS.

<b>MUNICÍPIO DE LOCALIZAÇÃO/ATUAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</b>	
Município:	Município no qual o estabelecimento irá atuar. Se for o mesmo do estabelecimento, repita-o.

<b>ATIVIDADE(S)/CATEGORIA</b> Ex: Comércio de produtos veterinários biológicos

<b>PRODUTO(S)/CLASSIFICAÇÃO</b> Ex: Outras vacinas, Vacina contra brucelose, Vacina contra febre aftosa, Vacina contra raiva

<b>RESPONSÁVEL TÉCNICO</b>			
Resp. Tec.1	CPF R.T. 1:	Entidade. RT1 Ex: CRMV	Nº Reg. RT1
Resp. Tec.2	CPF R.T. 2:	Entidade. RT2	Nº Reg. RT2

<b>OBSERVAÇÕES:</b>

COORDENADORIA REGIONAL:		ESCRITÓRIO SECCIONAL:	
Assinatura do Servidor		MASP:	DATA: / /
LOCAL:	E DATA: / /	Assinatura e Carimbo Requerente/Representante Legal	