**Anexo IX – Solicitação do Título de Registro do SIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Representante Legal:** |  | **CPF:** |  |
| **Razão Social:** |  | **CNPJ\*:** |  |
| **Nome de Fantasia\*:** |  | **SIE nº:** |  |
| **Classificação:** |  | | |
| **Endereço:** |  | | |
| **Município:** |  | | |
| **Protocolo (SGPe):** |  | | |
| \* quando houver  Tendo em vista que o estabelecimento acima citado cumpriu devidamente as etapas 1 a 3 do processo de registro de estabelecimentos no SIE, conforme POPSIE 01, solicito a emissão do Título de Registro do SIE. Este formulário deve ser preenchido com as mesmas informações presentes no Sigen+ | | | |
| Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Carimbo e assinatura do  Médico Veterinário do SIE | | | |