

|                                                                                               |  |                                                         |        |           |                                         |          |        |                                           |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--------|-----------|-----------------------------------------|----------|--------|-------------------------------------------|----------------|
|                                                                                               |  |                                                         |        |           |                                         |          |        |                                           |                |
| INFORMAÇÕES DO ESTABELECIMENTO                                                                |  |                                                         |        |           |                                         |          |        |                                           |                |
| Nº SIE                                                                                        |  | RAZÃO SOCIAL (COMPLETA, IGUAL CADASTRO RECEITA FEDERAL) |        |           |                                         | TELEFONE |        | E-MAIL OFICIAL (EMPRESA)                  |                |
|                                                                                               |  |                                                         |        |           |                                         |          |        |                                           |                |
| CNPJ e IE                                                                                     |  | NOME FANTASIA DA EMPRESA                                |        |           | ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO             |          |        |                                           |                |
| CNPJ:                                                                                         |  |                                                         |        |           | LOGRADOURO (RUA, AV., ETC): Nº          |          |        |                                           |                |
| IE:                                                                                           |  |                                                         |        |           | BAIRRO: CEP:                            |          |        |                                           |                |
| PROPRIETÁRIO DO ESTABELECIMENTO                                                               |  |                                                         |        |           | RESPONSÁVEL LEGAL DO ESTABELECIMENTO(1) |          |        |                                           |                |
| 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: |           |                                         |          |        |                                           |                |
| Tarde:                                                                                        |  |                                                         |        |           |                                         |          |        |                                           |                |
| INFORMAÇÕES DO RESPONSÁVEL TÉCNICO                                                            |  |                                                         |        |           |                                         |          |        |                                           |                |
| NOME                                                                                          |  |                                                         | E-MAIL |           |                                         | TELEFONE |        | PROFISSÃO                                 |                |
|                                                                                               |  |                                                         |        |           |                                         |          |        |                                           |                |
| ENDEREÇO                                                                                      |  |                                                         |        | MUNICÍPIO |                                         | CPF      |        | SIGLA DO CONSELHO/UF                      | Nº DE REGISTRO |
|                                                                                               |  |                                                         |        |           |                                         |          |        |                                           |                |
| INFORMAÇÕES DO(s) MÉDICO(s) VETERINÁRIO(s) de APOIO                                           |  |                                                         |        |           |                                         |          |        |                                           |                |
| NOME                                                                                          |  |                                                         | E-MAIL |           |                                         | TELEFONE |        | Nome da Empresa Credenciada ou Prefeitura |                |
|                                                                                               |  |                                                         |        |           |                                         |          |        |                                           |                |
| ENDEREÇO                                                                                      |  |                                                         |        | MUNICÍPIO |                                         | CPF      |        | NÚMERO DO CRMV/UF                         |                |
|                                                                                               |  |                                                         |        |           |                                         |          |        |                                           |                |
| DATA DA ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO E CAMPOS ALTERADOS:                                                |  |                                                         |        |           |                                         |          |        |                                           |                |

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

(1) anexar procuração

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

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