**Anexo VIII – Solicitação do título de registro do SIE**

| **Representante Legal:** |  | **CPF:** |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Razão Social:** |  | **CNPJ\*:** |  |
| **Nome de Fantasia\*:** |  | | |
| **SIE nº:** |  | **SISBI:** | **( ) sim ( ) não** |
| **Classificação:** |  | | |
| **Endereço:** |  | | |
| **Município:** |  | | |
| **Protocolo (SGPe):** |  | | |
| \* quando houver  Tendo em vista que o estabelecimento acima citado cumpriu devidamente as etapas 1 a 4 do processo de registro de estabelecimentos no SIE, conforme POPSIE 001, 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 Oficial do SIE | | | |