REQUERIMENTO PARA CADASTRO DE REVENDAS AGROPECUÁRIAS

NOME DO REQUERENTE:		
CPF:	**CARGO**:	**TELEFONE:**
REQUER AO IDAF: ( ) CADASTRO DO ESTABELECIMENTO ( ) RENOVAÇÃO DE CADASTRO		
INFORMA AO IDAF: ( ) MUDANÇA DE RAZÃO SOCIAL / NOME ( ) MUDANÇA DE CNPJ ( ) MUDANÇA DE ENDEREÇO ( ) MUDANÇA DE RESPONSÁVEL TÉCNICO ( ) ENCERRAMENTO DE ATIVIDADES		
RAZÃO SOCIAL:		
NOME FANTASIA:	**N° REGISTRO NO MINISTÉRIO DA AGRICULTURA:**	
CNPJ:	**INSCRIÇÃO ESTADUAL:**	
E-MAIL DO ESTABELECIMENTO (OBRIGATÓRIO):		
ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO:	**BAIRRO:**	
TELEFONE:		
DISTRITO:	**MUNICÍPIO:**	**CEP:**
RESPONSÁVEL TÉCNICO:	**CRMV-ES:**	
TIPO DE ESTABELECIMENTO: ( ) LOJA REVENDEDORA DE VACINAS CONTRA FEBRE AFTOSA ( ) LOJA REVENDEDORA DE VACINAS CONTRA BRUCELOSE ( ) LOJA REVENDEDORA DE AVES VIVAS ( ) DISTRIBUIDOR DE VACINAS		
_____ **LOCAL E DATA**	_____ **ASSINATURA DO REQUERENTE**	