



CADASTRO DE REVENDEDOR DE INSUMOS

*CNPJ: _____.____.____/_____-____

*Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

Capacidade Estocagem: _____

Controle de Temperatura () Sim () Não

Possui Gerador () Sim () Não

Número de Registro do Órgão Competente _____

Latitude: Grau ____ Min ____ Seg ____

Longitude: Grau ____ Min ____ Seg ____

Endereço

*CEP: _____ *Estado: _____

*Município _____

*Endereço: _____

*Bairro _____

*Nº: _____ Complemento do Endereço _____

*Meios de Contato (pelo menos 1)

E-mail: _____

Telefone 1: () _____ - _____

Telefone 2: () _____ - _____

Telefone 3: () _____ - _____

*Vacinas a serem disponibilizadas para venda:

() BRUCELOSE

() FEBRE AFTOSA

() RAIVA DOS HERBÍVOROS

() Outras:

Responsável Técnico (cadastrado na ADEAL):

Nome: _____

CRMV: _____

Resp. pelo cadastro: _____

Em (local e data):

_____, ____/____/____