



TERMO DE NOTIFICAÇÃO

Nome do estabelecimento:	
Razão social:	
Endereço:	
CNPJ:	

Com fundamento na Lei Estadual 10.486 de 29/12/2016, realizei a Fiscalização do Estabelecimento acima especificado, encontrando as seguintes irregularidades e/ou repassamos as seguintes orientações:

_____, _____ de _____ de 20 ____.

MÉDICO VETERINÁRIO OFICIAL

Ciente em, _____/_____/20____.

Nome:

CPF nº