



LAUDO DE INSPEÇÃO

Nome do Estabelecimento (fantasia) _____

Razão Social _____

Endereço: _____

Município: _____ Território: _____

Tel.: _____ E-mail: _____

CNPJ nº _____, Inscrição Estadual nº _____

Latitude: _____ Longitude: _____

Responsável Técnico: _____ CRMV-BA: _____

Declaro que procedi a inspeção do estabelecimento acima descrito, possuindo o mesmo as seguintes características:

Total de geladeiras: _____ Tipo: () industrial () doméstica simples () duplex () outras

Termômetros de máxima e mínima: Digital () Clínico () Outros () Total _____

Documento fiscal: () sim () não

Responsável Técnico: _____ CRMV/BA _____ Tel.: _____

Revenda informatizada: Sim () Não () Tipo: _____

Revendedora de: Vacina () Quimioterápico ()

PARECER

O estabelecimento acima () **preenche** () **não preenche** as condições exigidas pela ADAB para armazenamento e/ou comercialização de vacinas e/ou quimioterápicos de uso veterinário.

Obs.: _____

_____, ____/____/____

Assinatura e Carimbo ADAB

Credenciamento na Coordenação de Registro e Fiscalização da DDSA/ADAB sob nº _____