



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
CRMV-RJ

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE CONSULTÓRIO VETERINÁRIO

Registro nº _____ Categoria: Consultório Veterinário Data: ____/____/____

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Rio de Janeiro, eu

venho à presença de Vossa Senhoria solicitar o registro de meu consultório veterinário no CRMV-RJ, a fim de exercer minhas atividades.

1) DADOS DO PROFISSIONAL

Nome: _____

R.G: _____ CPF: _____

Endereço: Rua/Av. _____

Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone: () _____ Celular: () _____

E-mail: _____

Atividades Realizadas: _____

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

LOCAL: _____ DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO PROFISSIONAL: _____