



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
CRMV-RJ

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE ESTABELECIMENTO

Tipo de Estabelecimento:	<input type="checkbox"/> Matriz <input type="checkbox"/> Filial <input type="checkbox"/> Consultório
--------------------------	--

Dados do Estabelecimento	RAZÃO SOCIAL:
---------------------------------	---------------

CNPJ ou CPF:	Capital Social:
--------------	-----------------

Nome Fantasia	
---------------	--

Endereço do estabelecimento:	Bairro:
------------------------------	---------

Número e complemento:	Município/UF	CEP:
-----------------------	--------------	------

Endereço do Correspondência:	Bairro:
------------------------------	---------

Número e complemento:	Município/UF	CEP:
-----------------------	--------------	------

Atividades a serem registradas:

Caso seja um estabelecimento veterinário, identificar o tipo:

- Consultório
- Clínica com: Internação Diurna ou Integral, Com isolamento ou sem isolamento,
- Com cirurgia ou Sem cirurgia.
- Hospital.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade. Declaro, por fim, que estou ciente do dever de comunicar a esse Regional o fim das atividades deste estabelecimento.

Assinatura do Representante Legal: _____

Local e Data: _____, ____/____/____.