



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – CRMV/RJ



REQUERIMENTO – REGISTRO DE CONSULTÓRIO CPF

DADOS DO
PROFISSIONAL

Nome Completo:

CPF:

Nº de CRMV-RJ do profissional:

DDD () Telefone de Contato

E-mail:

Endereço de Correspondência (Rua/AV) e Nº:

Bairro:

Complemento:

Município/UF:

CEP:

DADOS DO
CONSULTÓRIO

Endereço (Rua/AV) e Nº:

Bairro:

Complemento:

Município/UF:

CEP:

DDD () Telefone de Contato:

E-mail:

Atividades que serão realizadas no Consultório:

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

I - Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são expressão da verdade.

II - Declaro, por fim, que estou ciente do dever de comunicar a esse Regional o fim das atividades deste estabelecimento.

Assinatura do (a) Profissional:

Local e Data:

Rua da Alfândega, nº 91 – 14º andar - Centro – CEP 20-070-003 – Rio de Janeiro – RJ – Tel:(21) 2576-7281

crmvrj@crmvrj.org.br – <http://www.crmvrj.org.br>