



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



REQUERIMENTO – REATIVAÇÃO DE REGISTRO

DADOS DO ESTABELECIMENTO	Razão Social:	CNPJ:

Nome Fantasia:	Tipo: <input type="checkbox"/> Matriz <input type="checkbox"/> Filial
----------------	---

DDD () Telefone de Contato:	E-mail:
---------------------------------	---------

Endereço do Estabelecimento (Rua/AV) e N°:	Bairro:
--	---------

Complemento:	Município/UF:	CEP:
--------------	---------------	------

Endereço Para Correspondência é o mesmo? () SIM () NÃO – Se não, preencher o campo abaixo:

(Rua/AV) e N°:	Bairro:
----------------	---------

Complemento:	Município/UF:	CEP:
--------------	---------------	------

DADOS DO PROPRIETÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL	Nome Completo:	CPF:

Data de Nascimento:	Telefone: ()	E-mail:
---------------------	------------------	---------

Endereço de Residência (Rua/AV) e N°:	Bairro:
---------------------------------------	---------

Complemento:	Município/UF:	CEP:
--------------	---------------	------

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

II-Estou ciente do dever de comunicar a esse Regional o fim das atividades deste estabelecimento.

Assinatura do Proprietário ou Representante Legal:	Local e Data:
<hr/>	<hr/> , ____/____/____.