|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA**  **DE RORAIMA**  *LEI FEDERAL 5.517/68, RESOLUÇÕES CFMV Nº 683/2001, 1041/2013* | |  |  | | --- | --- | | **PROTOCOLO:** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **DATA:** |  |  |  | |

**REQUERIMENTO DE REGISTRO DE CONSULTÓRIO VETERINÁRIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data de Registro \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Registro nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |

Ao Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Roraima – CRMV-RR,

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO**  **ESTABELECIMENTO** | Razão Social do Estabelecimento |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CNPJ | Capital Social: R$ | E-mail |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Nome Fantasia |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Proprietário e/ou Responsável | CPF do Proprietário e/ou Responsável |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço do Estabelecimento (Rua n.º Caixa Postal) | Bairro |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Município/UF | CEP | DDD e Telefone |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço para Correspondência (Rua n.º Caixa Postal) | Bairro |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Município/UF | CEP | DDD e Telefone |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Ramo de Atividade |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Responsável Técnico | Número de Inscrição no CRMV-RR |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Jornada de Trabalho Semanal | Vínculo |
|  | [ ] Prestação de Serviços [ ] Empregado [ ] Sócio Proprietário |

|  |
| --- |
| Local e Data |
|  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSINATURAS** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Proprietário ou Responsável |