**REQUERIMENTO DE REGISTRO DE CONSULTÓRIO DO CPF**

|  |
| --- |
| **CPF** |
|  |

|  |
| --- |
| **Razão Social** (Nome que ficará registrado no CRMV-ES – EX: Consultório Med. Vet. Maria da Silva) |
|  |

|  |
| --- |
| **Nome Fantasia** (Pode ser o mesmo do nome acima ou outro que o identifique – EX: 4 patas Pet shop de Vitória) |
|  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Município/UF | CEP | Celular |
|  |  | **( )** |

|  |  |
| --- | --- |
| Telefone fixo | E-mail |
| **(  )** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço Para Correspondência é o mesmo? **( ) SIM ( ) NÃO – Se não, favor preencher o campo abaixo:** | Bairro |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Município/UF | CEP | DDD e Telefone |
|  |  | **(  )** |

**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.**

|  |  |
| --- | --- |
| Local e Data | Assinatura do Med Vet responsável pelo estabelecimento |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |