SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO RS
Rua Ramiro Barcelos, 1793 – 2º andar – CEP 90035-006
Porto Alegre – RS – Bairro Bom Fim – Fone/Fax (51) 2104 0566
www.crmvrs.gov.br – crmvrs@crmvrs.gov.br

REQUERIMENTO PARA CADASTRO DE CONSULTÓRIO VETERINÁRIO SEM CNPJ

PROTOCOLO

Ao Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do RS

IDENTIFICAÇÃO

a) Nome: _____

b) Nome Fantasia: _____

c) Endereço:

_____ _____ _____
(Rua) (Nº) (Bairro)

_____ ( ) _____ _____ _____
(Caixa. Postal) (Telefone) (Cidade) (CEP)

d) Endereço Comercial: _____ _____
(Rua) (Nº)

_____ ( ) _____ _____ _____
(Caixa. Postal) (Telefone) (Cidade) (CEP)

e) E-mail: _____

f) Endereço para correspondência: _____ _____
(Rua) (Nº)

_____ ( ) _____ _____ _____
(Cx. Postal) (Telefone) (Cidade) (CEP)

INSCRIÇÃO/CADASTRO NOS ÓRGÃOS FISCAIS

g) CPF: _____

h) Inscrição na Prefeitura de: _____

j) Autorizado para funcionar como:_____

_____

_____

NATUREZA DO CADASTRO

Ramo de atividade:

a) Principal: _____

b) Supletiva: _____

RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Nome do profissional: _____

Registro CRMV: _____ Nº _____ Data da inscrição: _____

_____

Assinatura do profissional

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

_____ _____ de _____ de _____

(Local)

_____

(Assinatura do preposto da empresa)