



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA - RS

Rua Ramiro Barcelos, 1793/ 201 – CEP:90035-006  
Fone: (51) 331-0566 E-mail: crmvrs@crmvrs.gov.br

PROTOCOLO

**Requerimento para Cadastramento**

Ao Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária - RS

**IDENTIFICAÇÃO**

a) Denominação:

.....

b) Nome Fantasia: .....

c) Sede:

.....

(Localidade)

(Estado)

d) Endereço Comercial: .....

(Rua)

(N.º)

..... (.....).....

(Cx. Postal)

(Telefone)

(Cidade)

(CEP)

e) Endereço para correspondência:.....

(Rua)

(N.º)

..... (.....).....

(Cx. Postal)

(Telefone)

(Cidade)

(CEP)

**INSCRIÇÃO E/OU CADASTRO NOS ÓRGÃOS FISCAIS**

f) CIC do MF N.º .....

g) Alvará n.º .....

h) Inscrição na Prefeitura de .....

i) Autorizado para funcionar como:.....

.....

.....

## NATUREZA DO CADASTRO

Ramo de Atividade:

a) Principal:.....

b) Supletiva:.....

### EQUIPE TÉCNICA

(Especificar nome e qualificação profissional)

.....  
.....  
.....

### FILIAIS

.....  
.....  
.....

### RESPONSABILIDADE TÉCNICA

(Com plena independência técnica do responsável)

Nome do Responsável:.....

Qualificação Profissional:.....

Registrado no CRMV :..... Sob o N.º ..... Em ...../...../200.....

Vínculo:  Prestador de Serviços  Empregado  Sócio Proprietário

Jornada de trabalho semanal:..... horas

Contrato:  Único  Coletivo

.....  
(Assinatura do Responsável)

Enquadrando-se no disposto no art. 27 da Lei 5.517, de 23 de outubro de 1968, e no Art. 1.º do Decreto n.º 70206, de 25 de fevereiro de 1972, vem requerer a V.S.a., se digine mandar proceder o seu registro nesse Conselho Regional de Medicina Veterinária e expedir o competente Certificado de Regularidade, para os devidos fins.

.....  
(Local)

..... de..... de.....  
(Data)

Autorizo  Não Autorizo

O CRMV/RS fornecer os dados constantes de meu cadastro nesta entidade, para terceiros quaisquer que sejam os fins a que se destinam.

.....,..... de ..... de .....  
(Assinatura do Cadastrado)

.....  
Assinatura