



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
DO ESTADO DE SERGIPE
REQUERIMENTO DE REGISTRO DE ESTABELECIMENTO

Dados do estabelecimento:

Tipo de estabelecimento:

Matriz Filial Consultório CPF

CNPJ ou CPF:

Capital Social:

Razão social:

Nome fantasia:

Endereço do estabelecimento:

Bairro:

Município/UF:

CEP:

E-mail:

Telefone: ()

Endereço de correspondência:

Bairro:

Município/UF:

CEP:

Atividades a serem registradas:

Caso seja um estabelecimento veterinário, identificar o tipo:

Consultório

Clínica com: Internação Diurna ou Integral, Com isolamento ou sem isolamento, Com cirurgia ou Sem cirurgia

Hospital

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.

Assinatura: _____ Data: __/__/____



R Rua Campo do Brito, 1151 – bairro São José – Aracaju/SE – CEP 49.020-380
Fone: (79) 3211-9905 – 3211-9906/E-mail: atendimento@crmvs.org.br

