



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA - RS

Rua Ramiro Barcelos, 1793/ 201 – CEP:90035-006
Fone: (51)2104-0566 E-mail: crmvrs@crmvrs.gov.br

Requerimento para Cadastramento

PROTOCOLO

Ao Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária - RS

IDENTIFICAÇÃO

a) Denominação:

.....

b) Nome Fantasia:

c) Sede:

.....
(Localidade) (Estado)

d) Endereço Comercial:

.....
(Rua) (Nº)

.....
(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