



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Minas Gerais (CRMV-MG)

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE CONSULTÓRIO

Data de Registro: / / Registro nº:

Categoria:

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Minas Gerais,
Consultório Veterinário vem à presença de Vossa Senhoria requerer o Registro, a fim de exercer as atividades neste Estado.

DADOS DO CONSULTÓRIO

Proprietário:

Nome de Fantasia:

Endereço:

Município:

UF:

CEP:

E-mail:

Fones: () ()

Fax: ()

Atividades desenvolvidas:

DOCUMENTAÇÃO

Alvará de Localização nº:

Vencimento: (dd/mm/aaaa)

Anexar cópia do Alvará de Localização

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

Local e data

Assinatura e carimbo do profissional