



Serviço Público Federal
Conselho Regional de Medicina Veterinária do Maranhão

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE ESTABELECIMENTO

DADOS DO ESTABELECIMENTO

Tipo de Estabelecimento:

Matriz Filial Consultório CPF

Razão Social:

CNPJ ou CPF:

Capital Social:

E-mail:

Nome Fantasia:

Proprietário :

CPF do Proprietário:

Endereço do Estabelecimento (Rua n.º Caixa Postal):

Bairro:

Município/UF:

CEP:

DDD e Telefone:

Endereço para Correspondência (Rua n.º Caixa Postal):

Bairro:

Município/UF:

CEP:

DDD e Telefone:

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: ___/___/___