

**ANEXO I**

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
 CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA  
 DO ESTADO DE \_\_\_\_\_

**FICHA DE INSCRIÇÃO DE PROFISSIONAL**

Venho por meio deste requerer inscrição de: ( ) Médico Veterinário ou ( ) Zootecnista

Qual tipo (marque um dos campos abaixo):

( ) Primeira inscrição - Possui: ( ) Diploma ou ( ) Certificado de conclusão de curso ou,

( ) Inscrição secundária - nº CRMV-UF de origem:

**1) DADOS PESSOAIS:**

Nome Completo:

Nome Social:

Data de Nascimento: / / Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Natural de:

Endereço: Nº: Complemento: Bairro:

Município: Estado: CEP:

Endereço de correspondência é o mesmo do residencial: ( ) sim ( ) não. Se não, informar endereço:

Nº: Complemento: Bairro:

Município: Estado: CEP:

Telefone: ( ) Celular: ( ) e-mail:

Filiação: Pai: Mãe:

Estado Civil: Veterinário Militar: ( ) SIM ( ) NÃO

**2) DOCUMENTAÇÃO:**

RG n.º Org. Exp. Emissão: / /

CPF: Grupo Sanguíneo: Tipo: RH

Título de Eleitor nº: Zona: Seção:

Data: / /

Cert. Militar (RA):

**3) FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA:**

Instituição de Ensino:

Data de Colação de Grau: / / Curso:

**4) INSCRIÇÃO EM OUTROS CRMVs (caso houver):**

CRMV n.º UF:

CRMV n.º UF:

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

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: / /

## ANEXO V



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA  
DO ESTADO DE \_\_\_\_\_  
**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: \_\_/\_\_/\_\_

## ANEXO VI



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA  
DO ESTADO DE \_\_\_\_\_  
**REQUERIMENTO DE CADASTRO DE ESTABELECIMENTO**

Dados do estabelecimento:

Tipo de estabelecimento:

( ) Produtor Rural/CPF    ( ) Administração Pública    ( ) Outro

CNPJ ou CPF:

Razão social:

Nome fantasia:

Endereço do estabelecimento:

Bairro:

Município/UF:

CEP:

E-mail:

Telefone: ( )

Endereço de correspondência:

Bairro:

Município/UF:

CEP:

Atividades a serem cadastradas:

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

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO VII



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA  
DO ESTADO DE \_\_\_\_\_  
**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO DE CONSULTÓRIO NO CPF**

Dados do estabelecimento:

CPF: \_\_\_\_\_ Nº inscrição CRMV-UF: \_\_\_\_\_  
Nome do proprietário:  
Nome fantasia:  
Endereço do estabelecimento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Município/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

Senhor Presidente,

Venho à presença de Vossa Senhoria requerer o cancelamento de registro neste CRMV-UF, pelo(s) motivo(s) a seguir:

Motivos:

Nesses termos, peço o deferimento.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_