

Registro de Consultório Médico Veterinário

- Requerimento de Registro para Consultório Médico Veterinário (anexo);
- 04 (quatro) vias da Anotação de Responsabilidade Técnica;
- Cópia do Certificado do Curso Básico de RT ou Termo de Ciência;
- Anexar cópia da planta baixa, conforme Resolução CRMV-MS nº 61/2016;
- Declaração de atendimento a Resolução CFMV nº1275/19;

A referida documentação poderá ser entregue da seguinte forma:

- Na sede do CRMV-MS;
- Encaminhada via correio para o endereço abaixo:

CRMV-MS

Rua Coronel Cacildo Arantes, 433 – Chácara Cachoeira

CEP 79.040-452 - Campo Grande – MS

Fone: (67) 3331-1655

CONFORME §1º, DO ART. 27 DA RESOLUÇÃO Nº 1041, DE 13/12/13, NÃO SERÁ PROTOCOLADA DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA, RASURADA OU DOBRADA.

Obs: Não protocolamos documentação encaminhada via e-mail.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
CRMV-MS

REQUERIMENTO DE REGISTRO PARA CONSULTÓRIO MÉDICO VETERINÁRIO

Data de Registro: _____/_____/_____

Registro nº: _____ Categoria _____

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Mato Grosso do Sul, _____, _____ Pessoa Física, vem à presença de Vossa Senhoria requerer o Registro, a fim de exercer as atividades neste Estado.

1) DADOS DA ENTIDADE

Nome do Médico (a) Veterinário (a): _____

Nome Fantasia do consultório: _____

Endereço: Rua/Av _____ Nº _____ Loja: _____ Co

mplemento _____ Bairro: _____ Municí

pio: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone () _____ E-Mail: _____

2) DOCUMENTAÇÃO

CPF nº _____

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

ASSINATURA DO MÉDICO (A) VETERINÁRIO (A): _____

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO À RESOLUÇÃO CFMV 1275/19**

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Mato Grosso do Sul, eu, _____, CRMV-MS _____ responsável técnico médico veterinário pela Pessoa Jurídica _____, CNPJ/CPF _____, DECLARO que o estabelecimento anteriormente citado atende completamente a Resolução CFMV 1275/19, incluindo as normas de boas práticas elencadas, como:

<input type="radio"/> Consultório veterinário
<input type="radio"/> Ambulatório veterinário
<input type="radio"/> Clínica veterinária, com as seguintes atividades: <input type="checkbox"/> com cirurgia diurna <input type="checkbox"/> com cirurgia integral <input type="checkbox"/> sem cirurgia <input type="checkbox"/> com internamento diurno <input type="checkbox"/> com internamento integral <input type="checkbox"/> sem internamento <input type="checkbox"/> com isolamento infectocontagioso <input type="checkbox"/> sem isolamento infectocontagioso
<input type="radio"/> Hospital veterinário

Comprometo-me a comunicar imediatamente ao CRMV-MS qualquer alteração que houver no estabelecimento relacionada às exigências da Resolução CFMV 1275/19, assim como o encerramento da atividade, caso ocorra. Estou ciente também que havendo alteração das resoluções vigentes, deverei adequar o estabelecimento no prazo determinado na normativa.

Assinatura do Responsável Técnico Médico Veterinário