



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): \_\_\_\_\_