



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DA PARAÍBA - CRMV-PB

LEI FEDERAL 5.517/68, RESOLUÇÕES CFMV Nº 683/2001, 1041/2013

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE CONSULTÓRIO VETERINÁRIO

Data de Registro ____/____/____	Registro nº: ____/____
---------------------------------	------------------------

Documentação necessária para registro no CRMV-PB

- 1) Ficha de Registro de Consultório Veterinário devidamente preenchida e assinada;
 - 2) Cópia da Cédula de Identidade de Médico Veterinário expedida pelo CRMV/PB;
 - 3) Cópia do Alvará Sanitário no nome do Consultório;
 - 4) Declaração de Responsabilidade Técnica em 2 vias;
- OBS. Somente serão aceitos e protocolados os pedidos de registros que constarem da documentação completa.

Ao Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado da Paraíba – CRMV-PB,

DADOS DO ESTABELECIMENTO		Consultório Veterinário: (Nome do Médico Veterinário) CONSULTÓRIO VETERINÁRIO	
CPF	RG	E-mail	
Nome Fantasia			
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	
Ramo de Atividade Consultório Veterinário com realização de consultas clínicas, curativos e vacinações de animais, sendo EXPRESSAMENTE PROIBIDAS a realização de CIRURGIAS E INTERNAÇÕES, conforme artigo 6º da Resolução CFMV Nº. 670/00.			
Local e Data ____/____/____			

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

ASSINATURA

_____ Assinatura do Profissional

Praça Pedro Gondim, 127 - Bairro Torre - Cep: 58040-360 - João Pessoa/PB - Cx. Postal 76
Fone/Fax: (83) 3222.7980 - Site: www.crmvpb.org.br - email: crmvpb@crmvpb.org.br

Data da Aprovação do Registro: ____/____/____ **Sessão Plenária**

Data da Aprovação do RT: ____/____/____ **Sessão Plenária**

FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL: _____ Local: _____

ASSINATURA: _____ Data: ____/____/____