**DECLARAÇÃO DE REQUISITOS PARA REGISTRO DE CLÍNICA VETERINÁRIA**

*Resolução CFMV nº 1275 de 25/06/2019, Art. 8º - Clínicas Veterinárias são estabelecimentos destinados ao atendimento de animais para consultas, tratamentos clínico-ambulatoriais, podendo ou não realizar cirurgia e internação, sob a responsabilidade técnica, supervisão e presença de médico-veterinário durante todo o período previsto para o atendimento ao público e/ou internação.*

|  |  |
| --- | --- |
| Razão Social da Clínica | CNPJ |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço | Município/UF |
|  |  |

**Informe em quais categorias deseja o registro da clínica**

|  |
| --- |
| 1. Terá atendimento cirúrgico? |
| Sim  Não |
| 1. Qual período de funcionamento da Clínica? |
| Diurno  24 (vinte e quatro) horas – urgência e emergência  24 (vinte e quatro) horas – aberto ao público |
| 1. Terá internamento?   Sim  Não   1. A internação funcionará em qual período?   Somente diurno  Integral |
| 1. Atenderá paciente com doenças infecto-contagiosas, no caso internação? |
| Sim  Não |
|  |
|  |

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração. Declaro ainda que informarei ao CRMV-ES em caso de alteração de qualquer dos termos aqui declarados.

|  |  |
| --- | --- |
| Local e Data | Assinatura do Sócio/Proprietário ou mandatário e Carimbo. |
|  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |
| --- | --- |
| Local e Data | Assinatura do Responsável Técnico e Carimbo.  carimbo |
|  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |