**REQUERIMENTO DE REGISTRO DE PLANO DE SAUDE ANIMAL - PSA**

|  |  |
| --- | --- |
| CNPJ ou CPF( Somente se consultório no CPF) | Capital Social: R$ |
|  |  |

|  |
| --- |
| Razão Social |
|  |

|  |
| --- |
| Nome Fantasia |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço do Estabelecimento (Rua, n.º, Caixa Postal) | Bairro |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Município/UF | CEP | Telefone |
|  |  | **(  )** |

|  |  |
| --- | --- |
| Celular | E-mail |
| **(  )** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço Para Correspondência (Rua, n.º, Caixa Postal) | Bairro |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Município/UF | CEP | DDD e Telefone |
|  |  | **(  )** |
| Selecione qual a CLASSIFICAÇÃO da empresa: | | |
| (  ) Empresas de intermediação de serviços médicos veterinários; ou (  ) Empresas prestadoras de serviços diretamente através de estabelecimentos médicos veterinários; ou (  ) Empresas de intermediação e prestadoras de serviços médicos veterinários;  Caso seja um estabelecimento com prestação de serviço cirúrgico, identificar o tipo:  (  ) Hospital ( anexar termo responsabilidade) (  ) Clínica (anexar termo responsabilidade)  Descreva as atividades exercidas: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Responsável Técnico | Inscrição CRMV-ES n.º |
|  |  |

**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.**

|  |  |
| --- | --- |
| Local e Data | Assinatura do Proprietário OU Representante Legal Com Procuração |
|  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |