SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO DE SERVIÇO

Eu, _____, responsável técnico pela _____ (razão social da empresa), inscrita no CNPJ/CPF nº _____ , SOLICITO A ALTERAÇÃO DOS SERVIÇOS exercidos no estabelecimento conforme descrito abaixo.

Marque os "X" até mesmo para os serviços que irão permanecer.

DE:	PARA:
( ) COM CIRURGIA ( ) SEM CIRURGIA	( ) COM CIRURGIA ( ) SEM CIRURGIA
( ) FUNCIONAMENTO DIURNO ( ) FUNCIONAMENTO 24H	( ) FUNCIONAMENTO DIURNO ( ) FUNCIONAMENTO 24H
( ) COM INTERNAÇÃO DIURNA ( ) COM INTERNAÇÃO INTEGRAL ( ) SEM INTERNAÇÃO	( ) COM INTERNAÇÃO DIURNA ( ) COM INTERNAÇÃO INTEGRAL ( ) SEM INTERNAÇÃO
( ) COM INFECTO-CONTAGIOSO ( ) SEM INFECTO-CONTAGIOSO	( ) COM INFECTO-CONTAGIOSO ( ) SEM INFECTO-CONTAGIOSO
( ) OUTRO: _____	( ) OUTRO: _____

Assim, ATESTO e ME RESPONSABILIZO pelo cumprimento integral das condições de funcionamento prescritas na Resolução nº 1.275/2019 do CFMV e pelas normas de boas praticas previstas no Art. 15º da referida Resolução.

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 Responsável Técnico Á mão com Carimbo OU assinado digitalmente pelo Gov.br
_____, ___ / ____ / _____	_____