



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



REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO

CNPJ: _____

RAZÃO SOCIAL: _____

Qual tipo de alteração cadastral deseja realizar?

- () 01. Mudança de Endereço () 02. Mudança de E-mail Cadastrado () 03. Alteração dos Sócios
() 04. Outro (descreva): _____

PREENCHA SOMENTE O CAMPO AO QUAL DESEJA REALIZAR A ALTERAÇÃO

01. Mudança de Endereço (Enviar junto a alteração contratual homologada pela Junta Comercial).

a). Antigo Endereço:

Endereço antigo do Estabelecimento – Rua:		Nº
Bairro	Município/Estado	CEP

b). Endereço Atual:

Endereço atual do Estabelecimento – Rua:		Nº
Bairro	Município/Estado	CEP

02. Mudança de Email / Contato (Enviar junto documento de identidade frente e verso do proprietário).

. Email que deseja cadastrar:

Email:	Contato Telefônico ()
--------	---------------------------

03. Alteração dos sócios (Anexar alteração contratual homologada pela Junta Comercial).

Nome(s) do(s) novo(s) Sócio(s):	CPF:
---------------------------------	------

04. Outro (Anexar alteração contratual homologada pela Junta Comercial).

Especifique:

--

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 À mão com Carimbo OU assinado digitalmente pelo Gov.br _____
---	---