



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



REQUERIMENTO DE REATIVAÇÃO DE ESTABELECIMENTO

CNPJ ou CPF (Somente se consultório no CPF)		Capital Social: R\$
Razão Social		Nº de Registro PJ
Nome Fantasia		
Endereço do Estabelecimento (Rua, n.º, Caixa Postal)		Bairro
Município/UF /		CEP
Celular ()	E-mail	
Endereço Para Correspondência é o mesmo? () SIM () NÃO – Se não, favor preencher o campo abaixo:		
Município/UF	CEP	Bairro
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 À mão com Carimbo OU assinado digitalmente pelo Gov.br _____
---	---