



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



REQUERIMENTO DE CADASTRO DE ESTABELECIMENTO – CD

TIPO DE ESTABELECIMENTO:

- () Resgate de Fauna () Produtor Rural/CPF
() Projeto de Castração () Controle de Zoonoses () Serviço de Inspeção
() OUTRO – Especifique:

CNPJ ou CPF (Se Produtor Rural/CPF)

Razão Social (nome que está no CNPJ ou nome do sítio / fazendo se produtor rural)

Nome Fantasia

Endereço:

Bairro

Município/UF

CEP

Celular
()

Telefone fixo (se tiver)
()

E-mail

Endereço Para Correspondência é o mesmo? () SIM () NÃO – Se não, favor preencher o campo abaixo:

Município/UF

/

Bairro

CEP

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
