



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE



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-RN 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 _____
--	---