SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA

VETERINÁRIA DO ESTADO DE GOIÁS

**REQUERIMENTO DE REATIVAÇÃO**

DADOS DO ESTABELECIMENTO

Tipo de estabelecimento:

Matriz  Filial  Produtor rural CPF  MEI  Consultório CPF

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  |  |  | | | |  |
|  | CNPJ ou CPF |  | Capital Social: R$ | | E-mail | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | | | |
|  | Razão Social | |  |  |  |  | | |  | |
|  |  |  |  |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  | | |  | |
|  |  | | |  |  |  |  | |
|  | Endereço do Estabelecimento (Rua n.º Caixa Postal) | | | |  | Bairro | | |
|  |  | | | | |  | | | |
|  | Município/UF | |  | Cep |  | DDD e Telefone | |  | |
|  |  |  |
|  |  | | |  | | (  ) | | | | |
|  |  | | | |  |  |  | |
|  | Endereço para Correspondência (Rua n.º Caixa Postal) | | | |  | Bairro |
|  |  | | | | |  | | | |
|  |  | |  |  |  |  | |  | |
|  | Município/UF | |  | Cep |  | DDD e Telefone | |
|  |  | | |  | | (  ) | | | |
|  | Atividades a serem reativadas | |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |
|  |  | | | | | | | | | |

Caso seja estabelecimento veterinário, identificar o tipo:

Consultório

Hospital

Clínica  Com atendimento cirúrgico ou  Sem atendimento cirúrgico

Sem internação ou  Com internação Diurna ou  Integral

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

Estou ciente de que o tratamento dos meus dados pessoais pelo CRMV-GO é condição indispensável para a prestação de serviços pelo órgão ou para o exercício dos meus direitos (Lei 13.709/2018 artigo 9° §3°). Os direitos do titular estão elencados no capítulo III artigo 17 e 18 da Lei 13.709/2018.

Em:   /  /

Assinatura do proprietário

CPF: