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.

[x]  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: