|  |
| --- |
| **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA****VETERINÁRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA**LEI FEDERAL Nº. 5.517/1968 | LEI FEDERAL Nº. 6.839/1980RESOLUÇÃO CFMV Nº. 683/2001 | RESOLUÇÃO CFMV Nº. 1475/2022 |

**REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO CONTRATUAL OU CADASTRAL**

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Santa Catarina - CRMV-SC, venho à presença de Vossa Senhoria requerer a alteração das informações da empresa abaixo, junto ao cadastro deste CRMV-SC.

**1 - DADOS DO ESTABELECIMENTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Razão Social do Estabelecimento | Número CRMV-SC | CNPJ ou CPF |
|  |  |  |
| Nome Fantasia | E-mail |
|  |  |
| Nome do Proprietário | CPF do Proprietário |
|  |  |
| Endereço do Estabelecimento | Número | Bairro |
|  |  |  |
| Município/UF | Cep | DDD e Telefone | DDD e Celular |
|  |  |  |  |
| Endereço de Correspondência do Estabelecimento | Número | Bairro |
|  |  |  |
| Município/UF | Cep | DDD e Telefone | DDD e Celular |
|  |  |  |  |
| Ramo de Atividade e Informações Complementares |
|  |
| Enquadramento para Clínica Veterinária |
| Com Internamento: [ ] Diurno [ ] Integral [ ] Sem Com Cirurgia: [ ] Sim [ ] NãoPossui atendimento 24 horas? [ ] Sim [ ] NãoPossui internamento de doenças infectocontagiosas? [ ] Sim [ ] Não |
| Tipo |
| [ ] Alteração Contratual (Razão social, capital social, sócios, atividade...)[ ] Mudança de Endereço[ ] Alteração do tipo de atendimento veterinário |

Por ser verdade as informações acima, firmo a presente.

Local e data:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Proprietário ou Responsável