|  |
| --- |
| **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA**  **VETERINÁRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA**  LEI FEDERAL Nº. 5.517/1968 | LEI FEDERAL Nº. 6.839/1980  RESOLUÇÃO 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 [ ] Não  Possui atendimento 24 horas? [ ] Sim [ ] Não  Possui 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