



REQUERIMENTO DE REGISTRO DE CONSULTÓRIO VETERINÁRIO

USO DO CRMV/AP

Data do Registro: ____ / ____ / ____ Registro nº: _____

Senhor Presidente do Conselho Regional de medicina Veterinária do Estado do Amapá, EU, _____, médico veterinário, venho à presença de Vossa Senhoria requerer o Registro para Consultório Veterinário, a fim de exercer neste Estado as atividades previstas no artigo 5º da Resolução CFMV nº 1275/19.

1 - DADOS DO CONSULTÓRIO

Consultório Veterinário: _____
nome do médico veterinário

Nome Fantasia: _____

CPF/CNPJ: _____ E-Mail: _____

Endereço: _____

Nº: _____ Loja: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone: () _____ Ramal: _____ e-mail: _____

Ramo de Atividade: Consultório Veterinário com realização de consultas clínicas, curativos e vacinações de animais, sendo **VEDADA** a realização de anestesia geral, de procedimentos cirúrgicos e a internação, conforme artigo 5º da Resolução CFMV nº 1275/19.

- 1) Possui comércio de produtos para animais? () Sim () Não
2) Possui Banho e/ou Tosa para animais? () Sim () Não

Obs: Em caso de possuir as atividades acima o Consultório tem que ser registrado através de CNPJ.

2 - DOCUMENTAÇÃO

A.R.T. nº _____

Documentação necessária para Homologação do Registro do Consultório Veterinário:

- 1) Preencher e Assinar Requerimento de Registro de Consultório Veterinário 02 vias;
- 2) Entregar Cópia da Cédula de Identidade de Médico Veterinário expedida pelo CRMV/AP;
- 3) Providenciar Anotação de Responsabilidade Técnica (A.R.T.). SOMENTE após 02(dois) dias úteis ao protocolo, realizar o procedimento no sistema da RT online, disponível no site <https://www.crmvap.org.br/>. Obs: Solicitar boleto do Certificado de Regularidade 2021 R\$ 85,00.
- 4) Entregar Termo de Responsabilidade Técnica preenchido e assinado pelo RT em apenas 01(uma) via;

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

carimbo e assinatura do profissional



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DO AMAPÁ
CRMV-AP

3 - DA SECRETARIA-GERAL:

Data da Aprovação do Registro: ____/____/____ Sessão Plenária

Data da Aprovação da A.R.T. : ____/____/____ Sessão Plenária

4 - DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA:

() Cópia de Cédula de Identidade de Médico Veterinário

() Cópia do Alvará do Município

() Anotação de Responsabilidade Técnica

() Outros: _____

5 - ANUIDADE, TAXAS E EMOLUMENTOS:

() Emissão do Certificado de Regularidade: Valor R\$ _____

() Anotação de Responsabilidade Técnica: Valor R\$ _____

() Outros: _____ Valor R\$ _____

TOTAL PAGO: Valor R\$ _____

TOTAL POR EXTENSO: _____

OBSERVAÇÕES: _____

LOCAL: _____ **DATA:** ____/____/____

FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL: _____