



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Piauí – CRMV/PI**

**INTENÇÃO DE REGISTRO**

Nome Completo		
Empresa	CNPJ/CPF	
Endereço (Logradouro, número, bairro)		
Município/UF	CEP	Telefone
E-mail		

Senhor Presidente, comunico que pré-cadastrei através do SISCAD Web o estabelecimento acima descrito a pedido feito de livre e espontânea vontade do proprietário e venho à presença de Vossa Senhoria requerer o registro formal junto ao CRMV-PI.

Estou ciente que meu processo só prosseguirá mediante o pagamento das taxas e emolumentos que estão vinculadas ao meu pedido de registro conforme disposto na Resolução CFMV nº 1475, 16 de setembro de 2022, estando de acordo com os termos da mesma.

Respeitosamente,

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
CIDADE/UF                      DIA                      MÊS                      ANO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

O CRMV-PI informa que os dados pessoais recebidos poderão ser tratados conforme artigo 11, inciso II, da Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Av. Joaquim Ribeiro, 1830, Centro Sul – Teresina/PI - CEP: 64019-025

Fones: (86) 3222-9733 / (86) 3221-1688

E-Mail: [crmvpipi@crmvpipi.org.br](mailto:crmvpipi@crmvpipi.org.br)

[www.crmvpipi.org.br](http://www.crmvpipi.org.br)





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Piauí – CRMV/PI

**REQUERIMENTO DE REGISTRO DE CONSULTÓRIO MÉDICO VETERINÁRIO NO CPF**

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Piauí (CRMV-PI), venho à presença de Vossa Senhoria requerer o Registro de Consultório Médico Veterinário a fim de exercer as atividades neste Estado.

<b>DADOS DO ESTABELECIMENTO</b>	Consultório Médico Veterinário (Nome do Médico Veterinário):
---------------------------------	--

Nome Fantasia do Consultório
------------------------------

CPF	RG	E-mail
-----	----	--------

**Caso o consultório esteja anexo a uma empresa, informe**

CNPJ	Razão Social da Empresa
------	-------------------------

Endereço do Estabelecimento
-----------------------------

CEP	Município/UF	Telefone
-----	--------------	----------

Professional Responsável Técnico (mesmo nome do profissional acima)
---

Carga Horária Semanal	CRMV-PI	E-mail do RT
-----------------------	---------	--------------

Ramo de Atividade <b>Resolução do CFMV nº 1275, de 25 de junho de 2019, Art. 5º:</b> Ato básico de consulta clínica, de realização de procedimentos ambulatoriais e de vacinação de animais, sendo vedada a realização de anestesia geral, de procedimentos cirúrgicos e a internação.
---

Nestes termos, peço DEFERIMENTO quanto ao acima solicitado e declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
CIDADE/UF DIA MÊS ANO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PROFISSIONAL E CARIMBO

**Obs.: ENVIAR CÓPIA DA CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL DO (A) MÉDICO (A) VETERINÁRIO (A).**

O CRMV-PI informa que os dados pessoais recebidos poderão ser tratados conforme artigo 11, inciso II, da Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Piauí – CRMV/PI

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO À RESOLUÇÃO CFMV Nº 1275/2019

1 – DADOS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome do Profissional	CRMV-PI do RT
----------------------	---------------

2 – DADOS DO CONTRATANTE

Razão Social do Estabelecimento	CNPJ
---------------------------------	------

3 – DADOS DO CONTRATO

Declaro ser o Responsável Técnico do estabelecimento descrito acima e que ele atende integralmente a Resolução CFMV nº 1275/2019 como:

Consultório Veterinário;

Ambulatório Veterinário;

Clínica Veterinária:

com cirurgia diurna  com cirurgia em tempo integral  sem cirurgia

com internamento diurno  com internamento em tempo integral  sem internamento

com isolamento infectocontagioso  sem isolamento infectocontagioso

com atendimento 24 horas  não possui atendimento 24 horas

Hospital Veterinário.

Comprometo-me a comunicar imediatamente ao CRMV-PI qualquer alteração que houver no estabelecimento relacionada às exigências da Resolução CFMV 1275/2019, assim como o encerramento da atividade, caso ocorra.

Estou ciente que havendo modificação das resoluções, deverei orientar a adequação do estabelecimento no prazo que for determinado.

Obrigo-me ainda ao cumprimento das normas éticas, demais disposições que regem a profissão e principalmente a Resolução CFMV nº 1138/2016, sendo que, nestes termos, peço DEFERIMENTO quanto ao acima solicitado e declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
CIDADE/UF DIA MÊS ANO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Preencher todos os campos da Declaração, sendo que o formulário deve estar devidamente assinado e datado pela parte interessada.

O CRMV-PI informa que os dados pessoais recebidos poderão ser tratados conforme artigo 11, inciso II, da Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Av. Joaquim Ribeiro, 1830, Centro Sul – Teresina/PI - CEP: 64019-025

Fones: (86) 3222-9733 / (86) 3221-1688

E-Mail: crmvpi@crmv-pi.org.br

www.crmv-pi.org.br

