

ANEXO IV
CADASTRO DE MÉDICO VETERINÁRIO

NOME			
CRMV/RS Nº	RG	CPF	DATA NASCIMENTO
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
BAIRRO	MUNICÍPIO	CEP	
ENDEREÇO COMERCIAL ()o mesmo residencial () outro			
BAIRRO	MUNICÍPIO	CEP	
FONE/FAX	CELULAR		
EMAIL			
BANCO DE ASSINATURAS	1. _____		
	2. _____		
	3. _____		

Declaro, estando ciente do artigo 299 do código penal brasileiro, que todas as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e que qualquer alteração nestas informações será comunicada imediatamente ao órgão de defesa sanitária animal.

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura e carimbo