



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DO CEARÁ

**REQUERIMENTO DE REGISTRO DE PRODUTOR RURAL**

Data do Registro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CRMV-CE nº \_\_\_\_\_

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Ceará,  
\_\_\_\_\_  
(X) Produtor Rural, Vem  
à presença de Vossa Senhoria requerer o Registro, a fim de exercer as atividades no Estado  
do Ceará.

**1. INFORMAÇÕES DA PROPRIEDADE:**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Atividade: \_\_\_\_\_ Produção: \_\_\_\_\_

Nº Cadastro INCRA ou Registro Produtor Rural: \_\_\_\_\_

**2. INFORMAÇÕES DO PROPRIETÁRIO:**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ SSP: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço para correspondência: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**3. RESPONSÁVEL TÉCNICO:**

Nome: \_\_\_\_\_

Profissional: ( ) Médico Veterinário ( ) Zootecnista

Registro no CRMV-CE nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  
Cidade

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Proprietário