



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