



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA-CRMV/CE

Rua Dr. José Lourenço, nº 3288 Joaquim Távora - CEP: 60.115-282 Fortaleza-CE – Fone/fax: (085) 3272.4886 e-mail: crmv-ce@secrel.com.br.

**REQUERIMENTO DE REGISTRO DE PESSOA JURÍDICA**

Data de Inscrição: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Registro Nº \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_.

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Ceará,

\_\_\_\_\_ ( ) Pessoa Jurídica,

Vem à presença de Vossa Senhoria requerer o Registro, a fim de exercer as atividades neste Estado.

**1) DADOS DA ENTIDADE**

Razão Social: \_\_\_\_\_.

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_.

Endereço: \_\_\_\_\_.

Nº \_\_\_\_\_. Loja: \_\_\_\_\_. Complemento: \_\_\_\_\_. Bairro: \_\_\_\_\_.

Município: \_\_\_\_\_, UF: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_.

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_. Ramal: \_\_\_\_\_. Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_.

e-mail: \_\_\_\_\_.

Ramo de Atividade: \_\_\_\_\_.

Objeto Social: \_\_\_\_\_.

Capital Social: R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_).

Proprietário e/ou Responsável: \_\_\_\_\_.

Filias e/ou Sucursais: \_\_\_\_\_.

**2) DOCUMENTAÇÃO**

CNPJ: \_\_\_\_\_.

Inscrição Estadual Nº: \_\_\_\_\_.

**3) FAIXA DE CAPITAL**

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

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO: \_\_\_\_\_.

**4) DA SECRETARIA-GERAL:**

Data da Aprovação do Registro: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ Sessão Plenária.

Data da Aprovação do RT: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ Sessão Plenária.

**4.1 – NO CASO DE FILIAL**

Razão Social da Matriz: \_\_\_\_\_.

CRMV-CE Nº: \_\_\_\_\_. UF: \_\_\_\_\_.

**4.2 – DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA**

CNPJ  Inscrição Estadual  Contrato Social

Alteração de Contrato Social  Anotação de Responsabilidade Técnica

Outros: \_\_\_\_\_.

**4.3 – ANUIDADE, TAXAS E EMOLUMENTOS.**

Taxa de Inscrição ----- Valor R\$ \_\_\_\_\_.

Anuidade Integral ----- Valor R\$ \_\_\_\_\_.

Anuidade Proporcional ----- Valor R\$ \_\_\_\_\_.

Certificado de Regularidade ----- Valor R\$ \_\_\_\_\_.

Anotação de Responsabilidade Técnica ----- Valor R\$ \_\_\_\_\_.

Outros ----- Valor R\$ \_\_\_\_\_.

TOTAL PAGO ----- Valor R\$ \_\_\_\_\_.

TOTAL POR EXTENSO: ( \_\_\_\_\_ ).

**4.4 – OBSERVAÇÕES**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

FUNCIONÁRIO (A) RESPONSÁVEL:

\_\_\_\_\_.

ASSINATURA:

\_\_\_\_\_.

LOCAL: \_\_\_\_\_, DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.