



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

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE PESSOA JURÍDICA

Data de Inscrição: ____ / ____ / ____.

Registro Nº _____ Categoria: _____.

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

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: _____.



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

4) DA SECRETARIA-GERAL:

Data da Aprovação do Registro: ____ / ____ / _____. _____ Reunião Administrativa.

Data da Aprovação do RT: ____ / ____ / _____. _____ Reunião Administrativa.

4.1 - NO CASO DE FILIAL

Razão Social da Matriz: _____.

CRMV-CE Nº: _____. UF: _____.

4.2 - DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

- CNPJ Alteração de Contrato Social
- Inscrição Estadual Certificado da Condição de Microempreendedor Individual
- Cartão ISS Anotação de Responsabilidade Técnica
- Contrato Social 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

Func. Responsável:

Local: _____

Assinatura:

Data: ____ / ____ / _____