



Serviço Público Federal

Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Ceará
Sistema CFMV/Conselhos Regionais - Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5. 517/68

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 Regional de Medicina Veterinária do Estado do Ceará

Sistema CFMV/Conselhos Regionais - Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5. 517/68

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 Inscrição Estadual Cartão ISS Contrato Social Alteração de Contrato Social Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - MEI
 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

Colaborador do CRMV-CE Responsável:

Local: _____

Assinatura:

Data: ____ / ____ / _____