



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE PESSOA JURÍDICA**

Data de Registro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Registro Nº \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de São Paulo.

(x) Pessoa Jurídica

vem à presença de V. Sa. requerer voluntariamente o Registro a fim de exercer as atividades neste Estado.

**1) DADOS DA ENTIDADE:**

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

NOME FANTASIA: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Caixa Postal: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Tel( ) \_\_\_\_\_

-

Cel( ) \_\_\_\_\_

-

End. Correspondência: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Caixa Postal: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Fax( ) \_\_\_\_\_

-

**Ramo de Atividade:** \_\_\_\_\_

**Objetivo Social :** \_\_\_\_\_

Capital Social: R\$ \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

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

Filiais: \_\_\_\_\_

Composição da Diretoria: \_\_\_\_\_

**2) DOCUMENTAÇÃO:**

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

CPF (autônomo) \_\_\_\_\_

Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_

Inscrição Municipal: \_\_\_\_\_

**3) FAIXA DE CAPITAL:**

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

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

