



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 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: _____

