



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
DO ESTADO DA PARAÍBA

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE PESSOA JURÍDICA

Data de Registro: ____/____/____

Registro nº: _____ Categoria: _____

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado da Paraíba,
_____ () 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 de Fantasia: _____

Endereço: Rua/Av. _____

Nº _____ Loja: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone: () _____ Ramal: _____ E-Mail: _____

Telefone: () _____ Fax: () _____

Ramo de Atividade: _____

Objetivo Social: _____

Capital Social: R\$ _____ (_____)

Proprietário e/ou Responsável: _____

Filiais e/ou Sucursais: _____

Composição da Diretoria: _____

2) DOCUMENTAÇÃO

CNPJ nº _____ 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: _____