**REQUERIMENTO DE REGISTRO DE PESSOA JURÍDICA**

|  |
| --- |
| Marque uma opção desejada: |
| **(  ) Inclusão de Novo Registro (  ) Alteração de Registro (  ) Reativação de Registro** |

**Documentação necessária para registro no CRMV-ES, conforme site** [**https://www.crmves.org.br/registro-de-pessoa-juridica/**](https://www.crmves.org.br/registro-de-pessoa-juridica/) **:**

1. Requerimento de Registro de Pessoa Jurídica devidamente preenchida e assinada;
2. Cópia de Inscrição no CNPJ e Inscrição Estadual;
3. Cópia do Contrato Social e última alteração contratual (em caso de Firma Individual: Declaração de Firma Individual ou em caso de Cooperativa ou Associação: Estatuto Social e Ata de Posse);
4. Declaração de Registro Espontâneo
5. Declaração de Atendimento (SOMENTE PARA CLÍNICA)
6. Anotação de Responsabilidade Técnica (FORMULÁRIO DO WORD)

**OBS. Somente serão aceitos e protocolados os pedidos de registros que constem da documentação completa.**

**Ao Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Espírito Santo – CRMV-ES, A fim de exercer atividades empresariais neste Estado.**

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO**  **ESTABELECIMENTO** | Razão Social do Estabelecimento |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| CNPJ | Inscrição Estadual |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Fantasia | Capital Social: R$ |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Proprietário e/ou Responsável | CPF do Proprietário e/ou Responsável |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço do Estabelecimento (Rua, n.º, Caixa Postal) | Bairro |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Município/UF | CEP | Telefone |
|  |  | **(  )** |

|  |  |
| --- | --- |
| Celular | E-mail |
| **(  )** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço Para Correspondência (Rua, n.º, Caixa Postal) | Bairro |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Município/UF | CEP | DDD e Telefone |
|  |  | **(  )** |

|  |
| --- |
| Ramo de Atividade |
| Descreva as atividades exercidas:  Se no CNPJ constar “Atividades Veterinárias”, escolha uma opção abaixo:  **(  ) Ambulatório (  ) Consultório**  **(  ) Hospital (  ) Clínica** (anexar declaração de requisitos disponível no site do CRMV-ES) |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Responsável Técnico | Inscrição CRMV-ES n.º |
|  |  |

**Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.**

|  |  |
| --- | --- |
| Local e Data | Assinatura do Proprietário OU Representante Legal Com Procuração |
|  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |