|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |

**REQUERIMENTO DE REATIVAÇÃO DE REGISTRO PESSOA JURÍDICA**

**Dados do estabelecimento**

|  |
| --- |
| Tipo de estabelecimento[ ]  Matriz [ ]  Filial [ ]  Produtor Rural CPF [ ]  MEI [ ]  Consultório CPF |
| CNPJ      | Capital Social      | E-mail:       |
| Razão Social      |
| Endereço do estabelecimento (Rua n° Caixa Postal)      | Bairro      |
| Munícipio /UF      | CEP       | DDD e Telefone (     )       |

Caso seja estabelecimento veterinário, identificar o tipo:

[ ]  Consultório

[ ] Hospital

[ ] Clínica [ ] Com atendimento cirúrgico ou [ ]  Sem atendimento cirúrgico

 [ ]  Sem internação ou [ ]  Com internação ou [ ]  Integral

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

[ ]  Estou ciente de que o tratamento dos meus dados pessoais pelo CRMV-CE é condição indispensável para a prestação de serviços pelo órgão ou para o exercício dos meus direitos (Lei 13.709/2018 artigo 9º §3º). Os direitos do titular estão elencados no capítulo III artigo 17 e 18 da Lei 13.709/2018.

Em:      /     /

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do proprietário, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_