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

**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_