REQUERIMENTO PARA CONCESSÃO, REVALIDAÇÃO OU APOSTILAMENTO - DEMAIS ATIVIDADES

Ao Sr Comandante da \_\_\_\_ Região Militar

**1. REQUERENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome/Razão Social: |  |
| CNPJ/CPF: |  | Telefone: | ( ) |
| Registro nº: |  | E-mail: |  |
| Endereço: |  |

**2. OBJETO**

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) Concessão de registro | ( ) Apostilamento ao registro |
| ( ) Revalidação de registro | ( ) Cancelamento |
|  | ( ) 2ª via de registro |

**3. ATIVIDADES COM TIPOS DE PRODUTOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nº DE ORDEM DO(S) PCE(vide Anexo B4) | TIPO DE PRODUTO (vide Anexo B4) | ATIVIDADE(S) COM TIPO(S) DE PCE (vide Anexo B5) | QUANTIDADE DECLARADA (vide Anexo B5 informações complementares) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**4. DOCUMENTOS ANEXOS**

|  |  |
| --- | --- |
| ORDEM | DISCRIMINAÇÃO (listar documentos) |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| N... |  |

**5. OUTRAS SOLICITAÇÕES DE APOSTILAMENTO**

**6. INFORMAÇÕES JULGADAS ÚTEIS**

Cidade/UF, data

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

Nome completo do representante

CPF