



REQUERIMENTO – REATIVAÇÃO DE REGISTRO

DADOS DO

ESTABELECIMENTO

Razão Social:

CNPJ:

Nome Fantasia:

Tipo: [] Matriz [] Filial

DDD () Telefone de Contato:

E-mail:

Endereço do Estabelecimento (Rua/AV) e N°:

Bairro:

Complemento:

Município/UF:

CEP:

Endereço Para Correspondência é o mesmo? () SIM () NÃO – Se não, preencher o campo abaixo:

(Rua/AV) e N°:

Bairro:

Complemento:

Município/UF:

CEP:

**DADOS DO
PROPRIETÁRIO OU
REPRESENTANTE
LEGAL**

Nome Completo:

CPF:

Data de Nascimento:

Telefone: ()

E-mail:

Endereço de Residência (Rua/AV) e N°:

Bairro:

Complemento:

Município/UF:

CEP:

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

II-Estou ciente do dever de comunicar a esse Regional o fim das atividades deste estabelecimento.

Assinatura do Proprietário ou Representante Legal:

Local e Data:

_____, ____ / ____ / ____.