REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE BAIXA

CADASTRO DE ATIVIDADES DISTINTAS – CADI

PREENCHIMENTO COM LETRA DE FORMA

Ilmo. Sr.
DD. Presidente do Crefito-8

CNPJ: |__|__| |__|__|__| |__|__|__| / |__|__|__|__| - |__|__|

Razão Social: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

Nome Fantasia: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Endereço:__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nº__|__|__|__|__|__|__| Complemento |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

Bairro: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__CEP |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Cidade:|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Estado: |__|__| Fone:|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Celular:|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

E-mail:__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Vem à presença de V. Sa. REQUERER BAIXA do CADI nº |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, por não possuir mais o serviço de Fisioterapia / Terapia Ocupacional.

NESTES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO.

Local e data__________________________,_________de____________________de____________________

____
Assinatura e carimbo do Fisioterapeuta e/ou Terapeuta Ocupacional