**REQUERIMENTO DE REATIVAÇÃO DE ESTABELECIMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| CNPJ ou CPF( Somente se consultório no CPF) | Capital Social: R$ |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Razão Social | Nº de Registro PJ |
|  |  |

|  |
| --- |
| Nome Fantasia |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço do Estabelecimento (Rua, n.º, Caixa Postal) | Bairro |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Município/UF | CEP | Telefone |
|  |  | **(  )** |

|  |  |
| --- | --- |
| Celular | E-mail |
| **(  )** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço Para Correspondência é o mesmo? **( ) SIM ( ) NÃO – Se não, favor preencher o campo abaixo:** | Bairro |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Município/UF | CEP | DDD e Telefone |
|  |  | **(  )** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Responsável Técnico | Inscrição CRMV-ES n.º |
|  |  |

**Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade. Declaro, por fim, que estou ciente do dever de comunicar a esse Regional o fim das atividades deste estabelecimento.**

|  |  |
| --- | --- |
| Local e Data | Assinatura do Proprietário OU Representante Legal Com Procuração |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |