

**REATIVAÇÃO DE PESSOA JURÍDICA**

Ilmo. Sr(a) Presidente(a) do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 6ª Região

Razão Social: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

Vem solicitar a V. Sª reativação de inscrição de pessoa jurídica.

**Local de retirada:** \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES DA EMPRESA**

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_

Natureza das Atividades: \_\_\_\_\_

Inscrição Estadual/ Municipal: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**NOME DO PROPRIETÁRIO/DIRETORES**

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

**NOME DOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS**

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

Local e Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do Solicitante

Declaro, para fins de direito, sob as penas do art. 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações prestadas no presente formulário são verdadeiras e autênticas e autorizo a utilização dos meus dados pessoais para os fins relativos às atividades desta autarquia