

PARALISAÇÃO TEMPORÁRIA DE ATIVIDADES

_____ ,

CMC n°: _____ ,

CNPJ n°: _____ ,

Endereço: _____ , n° _____ ,

Bairro: _____ ,

Vem requerer a paralisação de suas atividades de

_____ ,

Ocorrida em ____ / ____ / ____ , estando toda a documentação no endereço abaixo:

Endereço: _____ , n° _____ ,

Bairro: _____ .

Responsável pela documentação: _____

**ENDEREÇO ATUAL PARA CONTATO COM O(S) SÓCIO(S): INFORMAÇÃO
OBRIGATÓRIA**

Telefone para contato: _____

Uberlândia-MG, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do sócio ou responsável (por extenso) / contrato social / RG
No caso do responsável assinar, anexar procuração / CPF / RG

e-mail