Conselho Regional de Educação Física da 19ª Região / Alagoas

OBSERVAÇÃO: Será necessário o reconhecimento de firma nas assinaturas quando a pessoa que assinar o documento não estiver presente no ato de recepção do documento pelo atendimento do CREF19/AL

Nº Protocolo		202 /
Nº Registro		- PJ / AL
ESPAÇO RESERVADO PARA O CREF19/AL		

REQUERIMENTO DE PESSOA JURÍDICA

☐ **Análise de Débitos** ☐ **Reembolso**

Razão Social:					
Nome Fantasia:					
CNPJ nº:					
Entidade Fiscalizada: ☐ SIM ☐ NÃO			Se fiscalizada, Termo de Fiscalização nº:		
Endereço:					Nº
Complem.:		Bairro:			
Cidade:				CEP:	
UF:	Fone:		E-mail:		
Representante Legal:			CPF:		
Endereço Rep. Legal					Nº
Complem.:		Bairro:			
Cidade:				CEP:	
UF:	Fone:		E-mail:		

***SOLICITAÇÃO:**

OBS.: *A solicitação só terá validade mediante apresentação de documentação comprobatória.

_____, _____ de _____ de _____

(Local e data)

_____

ASSINATURA COM FIRMA RECONHECIDA DO REPRESENTANTE LEGAL

Recebido em: _____/_____/_____

_____

Funcionário(a) do CREF19/AL