



REQUERIMENTO PARA CADASTRO DE ATIVIDADES DISTINTAS – CADI

Isento de taxa e emolumentos

Tipo de estabelecimento: () Hospital () Associação () Asilo/ Casa de repouso () Outros

CNPJ . . . / -

Razão Social

Nome Fantasia:

Endereço

Nº _____ Complemento _____

Bairro _____ Cidade _____

Estado _____ CEP _____ - _____

Fones () _____ - _____ / _____ - _____

Celular() _____ - _____

e-mail _____

Site: _____

Assinalar conforme o caso: () Estabelecimento único () Matriz () Filial

Assinalar o(s) setor(es) a ser(em) registrado(s):

() Fisioterapia; Início das atividades ____/____/____.

() Terapia Ocupacional;

Início das atividades ____/____/____

