EXCELENTISSIMO SENHOR PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
REQUERIMENTO DE BAIXA DE ATIVIDADE

CASS Nº_____

NOME

ENDEREÇO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

TELEFONE

VEM REQUERER A VOSSA EXCELENCIA CONFORME DETERMINA A LEI:

BAIXA DE ATIVIDADE JUNTO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE REFERENTE AO PROCESSO Nº_____.

1 ☐ **Termo de Assentimento Sanitário**

2 ☐ **Termo de Licença de Funcionamento Sanitário**

3 ☐ **Certificado de Inspeção Sanitária**

4 ☐ **Caderneta Sanitária**

5 ☐ **Outros_____.**

Pelos Motivos abaixo:

Nestes Termos
Pede Deferimento
Rio de Janeiro,_____ de _____ de _____

_____.