

SOLICITAÇÃO DE DESATIVAÇÃO

Eu, _____, responsável pelo (nome fantasia do estabelecimento de saúde), CNPJ/CPF (informar número do CNPJ no caso de pessoa jurídica e CPF no caso de pessoa física), solicito a desativação do CNES (número do CNES), devido ao motivo (informar motivo da desativação), a partir de (informar data de desativação).

Barreiras-BA _____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do solicitante