

**FICHA CADASTRAL PARA SERVIÇO DE REMOÇÃO DE PACIENTES - AMBULÂNCIA**

RAZÃO SOCIAL:

NOME FANTASIA:

ATIVIDADE QUE REALIZA:

NÚMERO DE AMBULÂNCIAS, TIPO E PLACAS:

ENDEREÇO (rua/av, número, bairro):

TELEFONE:
()

E-MAIL:

CNPJ:

RESPONSÁVEL LEGAL:

TELEFONE:
()

RG Nº:

CPF:

RESPONSÁVEL TÉCNICO:

TELEFONE:
()

RG Nº:

CPF:

CONSELHO REGIONAL DE:

Nº DE INSCRIÇÃO:

Divinópolis, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL/ CARIMBO