Eu,      , portador do CPF n°      e RG n°      , representante legal, sócio ou proprietário/responsável pela empresa/estabelecimento (razão social)       CNPJ n°      , situado (a) no endereço      , nº      , bairro      , na cidade de Araras-SP, inscrição estadual n°      , CEP n°      ; telefone      , celular      , e-mail      ; com registro CANCELADO no Serviço de Inspeção Municipal de Araras (SIM) n°      , venho por meio deste, solicitar o DESARQUIVAMENTO do processo para fins de consulta e atualização documental, ciente de que deverão ser atualizados os documentos em desacordo com a legislação vigente e que a empresa deverá passar por vistoria do Serviço de Inspeção Municipal para que o registro seja reativado.

Atenciosamente

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do RESPONSÁVEL LEGAL pelo estabelecimento  Nome do representante legal do estabelecimento:  CPF:      .  Local:      .Data:      . |