

**SOLICITAÇÃO DE CADASTRAMENTO / DESCADASTRAMENTO  
DE ADMINISTRADORES DE ASF, EAD, FILM OU INF**

**Dados da empresa:**

ASF       EAD       FILM       INF

Código Empresa:.....CNPJ:.....  
Razão social: .....  
Endereço:.....n.º.....  
Bairro..... Município..... CEP:.....  
Telefone(s): ..... E-mail institucional:.....  
**Listar representante(s) legal(is):**.....  
.....  
.....

Requer o **DESCADASTRAMENTO** do(s) seguinte(s) administrador(es):

1. Nome:..... RG:..... UF..... CPF:.....
2. Nome:..... RG:..... UF..... CPF:.....

E/ou o **CADASTRAMENTO** do(s) seguinte(s) administrador(es):

1. Nome:..... RG:..... Órgão Expedidor: ..... UF..... CPF:..... Endereço:.....N.º..... Bairro..... Cidade:..... CEP:..... Telefone:..... E-mail pessoal (obrigatório):..... Assinatura conforme documento de identificação: .....
---

2. Nome:..... RG:..... Órgão Expedidor: ..... UF..... CPF:..... Endereço:.....N.º..... Bairro..... Cidade:..... CEP:..... Telefone:..... E-mail pessoal (obrigatório):..... Assinatura conforme documento de identificação: .....
---

DATA:.....

Assinatura do responsável legal ( <b>enviar/anexar documento oficial</b> ) Vide: Manual de tipos de assinaturas:   
--

**Observações: Obrigatório anexar comprovante do Representante Legal e da CNH (ou RG e CPF) dos Administradores indicados do representante.**