



RENOVAÇÃO DE CRACHÁ DE ACOMPANHANTE

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Eu, _____, título nº _____,

declaro, para o cumprimento ao disposto no item 4.2.2.2 da Resolução Normativa 013/06, que o

(a) senhor (a) _____

continua prestando serviços de _____ para acompanhar meu (s)

dependente (s) abaixo:

1) _____ Data de nasc.: ___/___/___

2) _____ Data de nasc.: ___/___/___

3) _____ Data de nasc.: ___/___/___

Assim, solicito a renovação do crachá por mais um período de:

() 90 dias – não possui registro na carteira profissional.

() 1 ano – permanece com registro na carteira profissional

Declaro ainda, estar ciente quanto à obrigatoriedade do uso do uniforme BRANCO e do uso do crachá de identificação à altura do tórax, me responsabilizando pelas informações prestadas.

Atenciosamente,

ASSINATURA DO ASSOCIADO RESPONSÁVEL

TÍTULO Nº _____