

## REQUERIMENTO DE REGISTRO DE EMPRESA

NÃO PREENCHER  
OS CAMPOS RETICULADOS

MATRIZ     FILIAL     INCLUSÃO     ALTERAÇÃO

Nº DO REGISTRO

RAZÃO SOCIAL \_\_\_\_\_

NOME FANTASIA (SE HOUVER) \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

NÚMERO \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

REGISTRO  CARTÓRIO     JUCERJA    CAPITAL SOCIAL \_\_\_\_\_    C.N.P.J. \_\_\_\_\_

TIPO DE ESTABELECIMENTO \_\_\_\_\_  
 HOSPITAL     CLÍNICA     POLICLÍNICA     C. SAÚDE     C. AUDITIVO     ESCOLA     OUTROS

NATUREZA JURÍDICA \_\_\_\_\_  
 PRIVADO     FILANTRÓPICA     SERV. PUBL. MUN.     SERV. PUBL. EST.     SERV. PUBL. FED.

ENTIDADE MANTENEDORA \_\_\_\_\_    INÍCIO DAS ATIVIDADES \_\_\_\_\_

OBJETO SOCIAL (CONFORME CONTRATO SOCIAL) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SERVIÇO E/OU ATENDIMENTO ESPECIALIZADO QUE POSSUI \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

REQUER, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE, O ABAIXO ASSINALADO, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE REQUERIMENTO E JUNTANDO A DOCUMENTAÇÃO CORRESPONDENTE:

- REGISTRO DE EMPRESA     ALTERAÇÃO CONTRATUAL/CADASTRAL  
 REVIGORAMENTO DE REGISTRO     INCLUSÃO/SUBSTITUIÇÃO DE RT  
 BAIXA DE REGISTRO     RENOVAÇÃO CERTIFICADO DE REGISTRO

NOME LEGÍVEL E ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_  
**OBRIGATÓRIO**

VISTO DO CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 1ª REGIÃO \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL TÉCNICO**

NOME DO PROFISSIONAL _____		NÚMERO DO REGISTRO PROFISSIONAL _____	
CARGO/FUNÇÃO _____	HOR. DE TRABALHO _____	CARGA HORÁRIA _____	DATA ADMISSÃO _____
ATIVIDADE/DESCRIÇÃO _____ _____ _____ _____			
VÍNCULO COM A EMPRESA _____ <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> SÓCIO <input type="checkbox"/> PARTICIPAÇÃO.....%		REMUNERAÇÃO (MÊS) _____	ANUIDADE _____

**DIRETORES RESPONSÁVEIS PELA EMPRESA**

NOME _____	CARGO _____
NOME _____	CARGO _____
NOME _____	CARGO _____

**PARA USO DO CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 1ª REGIÃO****8 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9 - ETAPAS**

DATA / ANALISADO _____	RUBRICA _____	CARIMBO _____
DATA / ANALISADO _____	RUBRICA _____	CARIMBO _____
DATA / ANALISADO _____	RUBRICA _____	CARIMBO _____

**10 - USO DA COMISSÃO DE ANÁLISE DE PROCESSOS / DIRETORIA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO DE PESSOA JURÍDICA (CRPJ) _____	DATA _____
--	------------