

## REQUERIMENTO DE REGISTRO DE EMPRESA

NÃO PREENCHER  
OS CAMPOS RETICULADOS

MATRIZ  FILIAL  INCLUSÃO/REATIVAÇÃO  ALTERAÇÃO

Nº DO REGISTRO

RAZÃO SOCIAL

NOME FANTASIA (SE HOUVER)

ENDEREÇO

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CEP

CIDADE

ESTADO

TELEFONE

FAX

EMAIL

REGISTRO

CAPITAL SOCIAL

C.N.P.J.

CARTÓRIO

JUCERJA

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:

NOVO REGISTRO

ALTERAÇÃO CONTRATUAL/CADASTRAL

REATIVAÇÃO DE REGISTRO

INCLUSÃO/SUBSTITUIÇÃO DE RT OU QT

BAIXA/INATIVIDADE 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 \_\_\_\_\_

 AUTÔNOMO  CLT  SÓCIO  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 \_\_\_\_\_