



Conselho Regional de Fonoaudiologia – 7ª Região
Rua Dr Voltaire Pires, 200 – Santo Antônio – Porto Alegre – RS – CEP 90640 160
crefono7@crefono7.org.br www.crefono7.org.br - (51) 3333 1291

REQUERIMENTO PESSOA JURÍDICA

Ao(À)

Presidente do CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA – 7ª REGIÃO,

Empresa: _____

Registro no CRFa-7.ª: _____ Matriz () Filial()

Responsável Técnico: _____

Registro no CRFa7.ª: _____

01. () Alteração de Contrato Social (**anexar cópia**);

02. () Alteração de Responsável Técnico (**anexar Termo de Compromisso e Responsabilidade Técnica**)

03. () Baixa de registro – motivo: _____.

04. () Inatividade da Empresa.

05. () Reintegração da Empresa

06. () Baixa de Responsabilidade Técnica a partir de ____/____/____

07. () Alteração de endereço: _____

_____ Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

CEP: _____ Tel.: () _____ Fax.: () _____

E-mail: _____

08. () Emissão do Certificado de Registro de Pessoa Jurídica

09. () Outros _____.

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

(Local e data)

Assinatura