

REQUERIMENTO PARA RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO PJ

Versão 02/2010

_____, ____/____/____.
Local Data

Ilma. Sra.
Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia - 6ª Região.

Eu, _____,
Responsável Administrativo pela Pessoa Jurídica _____,
inscrita neste CRFa. sob o nº. _____, venho requerer a Renovação do Certificado de
Registro de Empresa, pelo(s) motivo(s) abaixo:

- 1.() Certificado de Registro de Empresa vencido ou a vencer.
- 2.() Alteração do Responsável Técnico;
- 3.() Alteração de Endereço da Empresa;
- 4.() Alteração do Contrato Social, Estatuto, Regimento Interno ou Responsável
Administrativo (Informar as alterações no espaço abaixo:)

Dia e Horário de Trabalho do Responsável Técnico:

Dias e Horários do Serviço de Fonoaudiologia

- | | |
|---|--|
| () Segunda-feira: de ____:____ h às ____:____ h. | () Quinta-feira: de ____:____ h às ____:____ h. |
| () Terça-feira: de ____:____ h às ____:____ h. | () Sexta-feira: de ____:____ h às ____:____ h. |
| () Quarta-feira: de ____:____ h às ____:____ h. | () Sábado: de ____:____ h às ____:____ h. |

**PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO**

DOCUMENTOS QUE DEVEM SER ANEXADOS A ESTE REQUERIMENTO

1. Para renovação do certificado vencido ou a vencer: [Marque a opção 1 e preencha os quadros de horários.](#)
2. Para renovação por motivo de alteração do responsável técnico: [Marque a opção 2 e envie o termo de responsabilidade técnica devidamente preenchido e assinado acompanhado da cópia simples da cédula profissional do fgo responsável técnico.](#) Pode ser feito download deste termo no nosso site www.crfa6r.org.br
3. Para renovação por motivo de alteração de endereço da empresa: [Marque a opção 3, preencha os quadros de horários, envie cópia autenticada da alteração contratual constando a referida mudança e envie cópia autenticada do alvará de localização e funcionamento.](#)
4. Para a renovação por motivo de alteração do contrato social / estatuto / regimento interno / Resp. Administrativo: [Marque a opção 4, informe as devidas alterações no campo correspondente, preencha os quadros de horários e envie a cópia autenticada da alteração contratual constando a\(s\) referida\(s\) mudança\(s\).](#)

OBS.: As empresas filantrópicas deverão apresentar cópia autenticada da ata de posse da diretoria atual.

ATENÇÃO:

- 1. Não será aceita documentação incompleta.**
- 2. Caso haja débitos por parte da empresa ou do resp. técnico junto ao CRFa – 6ª Região, o Certificado não poderá ser emitido. Favor entrar em contato com a tesouraria para regularizar situação.**

Para uso do CRFa

Conselho Regional de Fonoaudiologia – 6ª Região
ES – MG – MT – MS

Em ____ / ____ / ____

Nº. do Protocolo Rubrica

Declaro, sob as penas da Lei, que são verdadeiros os dados consignados neste requerimento

Termos em que pede e espera deferimento,

ASS. DO RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO

**PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO**