



Conselho Regional de Biomedicina - 1ª Região  
Av. Lacerda Franco, 1.073, Cambuci  
01536-000 São Paulo-SP

## REQUERIMENTO DE VISTO NA ALTERAÇÃO DO CONTRATO SOCIAL/ESTATUTO

- Alteração no capital social
- Alteração na composição societária e/ou na administração
- Alteração no nome empresarial
- Alteração no objeto social
- Abertura ou encerramento de filial/posto de coleta
- Outro motivo (especificar) \_\_\_\_\_

**PESSOA JURÍDICA**

Denominação Social

Nº de inscrição no CRBm-1

CNPJ

Rua, Av. Tv., etc.

Nº

Complemento

Bairro

Cidade

Estado

CEP

Fone ( )

e-mail

**RT**

Nome

Nº de inscrição no CRBm-1

Fone Celular ( )

e-mail

Responsabilizando-nos pelas informações prestadas, **REQUEREMOS** ao Presidente do Conselho Regional de Biomedicina – 1ª Região o visto na alteração contratual.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Local e data*

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Responsável Legal  
com firma reconhecida



Conselho Regional de Biomedicina - 1ª Região  
Av. Lacerda Franco, 1.073, Cambuci  
01536-000 São Paulo-SP

## MODO DE ENTREGA/DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTO(S)

### 1. Documento. Assinale 'x' no(s) quadradinho(s) correspondente(s)

Certificado de Responsabilidade Técnica

Original(is) da alteração contratual/estatutária vistada(s)

Outros documentos

### 2. Como deseja receber o(s) documento(s)? Assinale a opção abaixo

Correio (Informe o endereço completo no quadro nº 3 abaixo)

Irei pessoalmente ao CRBm-1 (Av. Lacerda Franco, 1.073, Cambuci, São Paulo-SP, CEP 01536-000, de 2ª a 6ª, das 8 às 17 horas)

Autorizarei alguém a retirá-lo(s) na Sede do CRBm-1 (modelo de autorização na **página 3**)

### 3. Endereço para remessa (Preencher somente se tiver optado pelo correio)

Logradouro		nº	
Complemento		Bairro	
Cidade		UF	
		CEP	

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Interessado(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) interessado(a)



Conselho Regional de Biomedicina - 1ª Região  
Av. Lacerda Franco, 1.073, Cambuci  
01536-000 São Paulo-SP

### AUTORIZAÇÃO DE ENTREGA DE DOCUMENTO(S) A TERCEIRO

#### 1. Documento. Assinale um X no(s) quadradinho(s) correspondente(s)

Certificado de Responsabilidade Técnica

Original(is) da alteração contratual/estatutária vistada(s)

Outros documentos

#### 2. Interessado(a)

Nome

RG

CPF

#### 3. Pessoa autorizada\* pelo(a) interessado(a)

Nome

RG

CPF

\*Apresentar documento com foto no ato da retirada

Local e data

Interessado(a)

Assinatura do(a) interessado(a)