

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
Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci, CEP: 01523-000 São Paulo-SP
11 3347-5555

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 (Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci, São Paulo-SP, CEP 01523-000, 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
Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci, CEP: 01523-000 São Paulo-SP
11 3347-5555

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)

O CRBm-1 fica na Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci, São Paulo/SP
11 3347-5555