

ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO DE EMPRESA

MANTER OS DADOS ATUALIZADOS É OBRIGATÓRIO PARA TODA PESSOA JURÍDICA QUE ESTÁ REGISTRADA NO CREFITO-5 (RESOLUÇÃO COFFITO Nº 37/1984).

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO DE EMPRESA PREENCHIDO E ASSINADO PELO SÓCIO-ADMINISTRADOR;
- CÓPIA **AUTENTICADA** DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL ONDE O ENDEREÇO DA UNIDADE FOI ALTERADO (O DOCUMENTO DEVE ESTAR REGISTRADO NA JUNTA COMERCIAL OU CARTÓRIO EQUIVALENTE).

- CASO O QUADRO SOCIETÁRIO SEJA MODIFICADO, VERIFIQUE SE HAVERÁ NECESSIDADE DE REALIZAR O PROCEDIMENTO DE "ALTERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA".

- CASO OS DOCUMENTOS SEJAM ENTREGUES EM NOSSA SEDE OU SECCIONAIS E AS CÓPIAS ESTIVEREM ACOMPANHADAS DOS ORIGINAIS (PARA CONFERÊNCIA), NÃO SERÁ NECESSÁRIA A AUTENTICAÇÃO EM TABELIONATO.

- NÃO HÁ TAXAS PARA REALIZAÇÃO DESTE PROCEDIMENTO, CONTUDO A EMISSÃO DE NOVA DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE DE FUNCIONAMENTO (DRF) DEPENDERÁ DA REGULARIDADE DA INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA E DA(S) INSCRIÇÃO(ÕES) DE PESSOA FÍSICA DO(S) RESPONSÁVEL(IS) TÉCNICO(S) CADASTRADO(S).

ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

- A DOCUMENTAÇÃO PODERÁ SER ENTREGUE EM NOSSA SEDE, SECCIONAIS OU ENVIADA PELO CORREIO.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SEDE PORTO ALEGRE
AVENIDA PALMEIRA, 27/403
CEP 90470-300
FONE/FAX: (51) 3334-6586
CREFITO5@CREFITO5.ORG.BR | <input type="checkbox"/> SECCIONAL CAXIAS DO SUL
RUA MOREIRA CÉSAR, 2715/21
CEP 95034-000
FONE/FAX: (54) 3215-2872
CAXIASDOSUL@CREFITO5.ORG.BR | <input type="checkbox"/> SECCIONAL SANTA MARIA
ALAMEDA MONTEVIDÉO, 322/204
CEP 97050-030
FONE/FAX: (55) 3221-6730
SANTAMARIA@CREFITO5.ORG.BR |
|---|---|--|

**APÓS O DEFERIMENTO DA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO DA EMPRESA (EM REUNIÃO DE DIRETORIA),
UM NOVO CERTIFICADO DE REGISTRO E UMA NOVA DRF (DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE DE
FUNCIONAMENTO) SERÃO ENVIADOS PARA O ENDEREÇO DA EMPRESA.**

REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO DA EMPRESA E- _____ -RS

SOLICITO, ATRAVÉS DO PRESENTE REQUERIMENTO, QUE SEJA ALTERADA A INSCRIÇÃO DA PESSOA JURÍDICA DISCRIMINADA ABAIXO:

RAZÃO SOCIAL _____

NOME FANTASIA _____

CNPJ _____ / _____ - _____

MATRIZ
 FILIAL Nº _____

LOCAL E DATA _____ DE _____ DE _____.

ASSINATURA _____

NOME DO SÓCIO-ADMINISTRADOR(LEGÍVEL) _____

A PESSOA JURÍDICA PERMANECERÁ REALIZANDO AS SEGUINTE ATIVIDADES:

COMERCIALIZAÇÃO, INDUSTRIALIZAÇÃO E/OU LOCAÇÃO DO(S) ITEM(NS) RELACIONADOS ABAIXO:

ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE _____ PACIENTES/DIA (MÉDIA PREVISTA).

ATENDIMENTO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL DE _____ PACIENTES/DIA (MÉDIA PREVISTA).

DADOS DO ESTABELECIMENTO

FUNCIONAMENTO DAS _____ H _____ MIN ÀS _____ H _____ MIN NOS SEGUINTE DIAS DA SEMANA:

SEGUNDA TERÇA QUARTA QUINTA SEXTA SÁBADO DOMINGO

NOVO ENDEREÇO _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE/UF _____ CEP _____

DDD _____ FONE COMERCIAL _____ FONE CELULAR _____

E-MAIL _____

RELAÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

Nº DE INSCRIÇÃO

