|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| REQUERIMENTO DE ORGANIZAÇÃO CONTÁBIL – ALTERAÇÃO CADASTRAL | | | | | | | | | | |
| Para a realização da análise do processo, todos os campos deste requerimento devem ser preenchidos.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Ilmoº Sr. Presidente  O abaixo identificado vem requerer:  ( ) Alteração Registro Cadastral - Empresário |  |  |  | | ( ) Alteração Registro Cadastral – Sociedade |  |  |  | | | | | | | | | | | |
| Nº CRC | Denominação/ Razão Social | | | | | | | CNPJ | | |
| INFORMAÇÕES CADASTRAIS | | | | | | | | | | |
| **ALTERAÇÃO RAZÃO SOCIAL:** ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | | | | | |
| **Nova Razão Social:**  **Nome Fantasia:** | | | | | | | | | | |
| **ALTERAÇÃO ENDEREÇO:** ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | | | | | |
| **ENDEREÇO** | | | | | | | | | | |
| Rua/Av. | | | | | Nº | | Complemento | | | |
| Bairro | | Cidade | | | | | UF | | | CEP |
| Telefone  ( ) | | Celular  ( ) | | e-mail | | | | | | |
| **ALTERAÇÃO DE QUADRO SOCIETÁRIO:** ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | | | | | |
| **ADMISSÃO DE SÓCIOS** | | | | | | | | | | |
| **NOME** | | | **CATEGORIA** | | | **N.º REGISTRO** | | | **SITUAÇÃO** | |
|  | | | ( ) Contador  ( ) Téc. Contabilidade  ( ) Outra Profissão | | |  | | | ( ) Sócio/Titular  ( ) Responsável Técnico  ( ) Contratado/Funcionário  COTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|
|  | | | ( ) Contador  ( ) Téc. Contabilidade  ( ) Outra Profissão | | |  | | | ( ) Sócio/Titular  ( ) Responsável Técnico  ( ) Contratado/Funcionário  COTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|
|  | | | ( ) Contador  ( ) Téc. Contabilidade  ( ) Outra Profissão | | |  | | | ( ) Sócio/Titular  ( ) Responsável Técnico  ( ) Contratado/Funcionário  COTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|
| **RETIRADA DE SÓCIOS** | | | | | | | | | | |
|  | | | ( ) Contador  ( ) Téc. Contabilidade  ( ) Outra Profissão | | |  | | | ( ) Sócio/Titular  ( ) Responsável Técnico  ( ) Contratado/Funcionário | |
|
|  | | | ( ) Contador  ( ) Téc. Contabilidade  ( ) Outra Profissão | | |  | | | ( ) Sócio/Titular  ( ) Responsável Técnico  ( ) Contratado/Funcionário | |
|
|  | | | ( ) Contador  ( ) Téc. Contabilidade  ( ) Outra Profissão | | |  | | | ( ) Sócio/Titular  ( ) Responsável Técnico  ( ) Contratado/Funcionário | |
|
| Tendo a Organização Contábil sede no endereço domiciliar do requerente, fica desde já autorizada a entrada da fiscalização em suas dependências, conforme Resolução CFC nº 1.555/18.  Nestes termos, pede deferimento.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura | | | | | | | | | | |

Rua 5, Quadra 13, Lote 02, Centro Político Administrativo

Telefone: (65) 3021-8200 – CEP: 78049-916 – Cuiabá-MT

crcmt@crcmt.org.br– www.crcmt.org.br