|  |
| --- |
| REQUERIMENTO DE ORGANIZAÇÃO CONTÁBIL – ALTERAÇÃO CADASTRAL |
| Para a realização da análise do processo, todos os campos deste requerimento devem ser preenchidos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ilmoº Sr. PresidenteO 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/FuncionárioCOTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|
|  | ( ) Contador( ) Téc. Contabilidade( ) Outra Profissão |  | ( ) Sócio/Titular( ) Responsável Técnico( ) Contratado/FuncionárioCOTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|
|  | ( ) Contador( ) Téc. Contabilidade( ) Outra Profissão |  | ( ) Sócio/Titular( ) Responsável Técnico( ) Contratado/FuncionárioCOTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|
| **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