



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA DÉCIMA SEXTA REGIÃO - CREFITO-16

Endereço: Rua das Andriobas, nº 40, Ed. Executive Lake Center, 1º Andar, Sala 109 CEP: 65075-040 Bairro: Jardim Renascença São Luís/MA

Horário de Atendimento: Segunda a Sexta-feira das 09h às 17h – Fone: (98) 3304-7774 / 3304-7779

Site: www.crefito16.gov.br / E-mail: crefito16@crefito16.gov.br

## REQUERIMENTO DE PARA ALTERAÇÃO DA RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA E- -MA

Solicito, através do presente requerimento, que seja alterada a inscrição da pessoa jurídica discriminada abaixo:

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

- Requerimento solicitando Alteração de Razão Social preenchido e assinado;
- Cópia autenticada da Alteração Contratual onde a Razão Social foi alterada (o documento precisa estar registrado na Junta Comercial ou em cartório equivalente).

*Obs: caso o endereço também precise alteração, será necessário enviar uma cópia autenticada do Alvará de Localização (com o novo endereço).*

**NOVA** Razão Social \_\_\_\_\_

Nome Fantasia \_\_\_\_\_

CNPJ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Matriz

Filial Nº \_\_\_\_\_

Local e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Nome do Sócio-Administrador (legível) \_\_\_\_\_

### DADOS DO ESTABELECIMENTO:

Funcionamento das \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min às \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min nos seguintes dias da semana:

SEGUNDA    TERÇA    QUARTA    QUINTA    SEXTA    SÁBADO

Endereço \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA DÉCIMA SEXTA REGIÃO - CREFITO-16**

Endereço: Rua das Andirobas, nº 40, Ed. Executive Lake Center, 1º Andar, Sala 109 CEP: 65075-040 Bairro: Jardim Renascença São Luís/MA

Horário de Atendimento: Segunda a Sexta-feira das 09h às 17h – Fone: (98) 3304-7774 / 3304-7779

Site: [www.crefito16.gov.br](http://www.crefito16.gov.br) / E-mail: [crefito16@crefito16.gov.br](mailto:crefito16@crefito16.gov.br)

---

**REQUERIMENTO DE PARA ALTERAÇÃO DA RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA E- -MA**

DDD \_\_\_\_\_ Fone Comercial \_\_\_\_\_ Fone Celular \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**RELAÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS**

**Nº DE INSCRIÇÃO**

|                          |       |       |
|--------------------------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |