



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA - 5ª REGIÃO
CRBM - 5

Jurisdição: Rio Grande do Sul e Santa Catarina

CNPJ 13738204/0001-76

REQUERIMENTO PARA VISTO NA ALTERAÇÃO CONTRATUAL SOCIAL/ESTATUTO

<input type="checkbox"/>	Alteração no endereço
<input type="checkbox"/>	Alteração no capital social
<input type="checkbox"/>	Alteração na composição societária e/ou na administração
<input type="checkbox"/>	Alteração no nome empresarial
<input type="checkbox"/>	Alteração no objeto social
<input type="checkbox"/>	Abertura ou encerramento de filial/posto de coleta
<input type="checkbox"/>	Outro motivo (especificar) _____

Pessoa Jurídica

Denominação Social		
CNPJ	Nº de inscrição no CRBM - 5	
Endereço (Rua, Av, etc.)	Nº	
Complemento	Bairro	
Cidade	Estado	CEP
Telefone com DDD	E-mail	

Responsável Técnico

Nome	Nº de inscrição no CRBM - 5
Telefone celular com DDD	E-mail

Responsabilizando-nos pelas informações prestadas, **REQUEREMOS** ao CRBM - 5 o visto na alteração contratual.

_____, ____/____/____.
Local e data

Assinatura do(a) Responsável Legal
(COM FIRMA RECONHECIDA)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA - 5ª REGIÃO
CRBM - 5

Jurisdição: Rio Grande do Sul e Santa Catarina

CNPJ 13738204/0001-76

MODO DE ENTREGA/DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS

1) Documento. Assinale um X no (s) quadrinho(s) correspondente(s).			
<input type="checkbox"/>	Certificado de Responsabilidade Técnica		
<input type="checkbox"/>	Original(is) da alteração contratual/estatutária vistada(s)		
<input type="checkbox"/>	Outros documentos, listar:		
2) Como deseja receber os documentos? Assinale a opção abaixo.			
<input type="checkbox"/>	Correio (informe o endereço completo no quadro abaixo)		
<input type="checkbox"/>	Irei pessoalmente ao CRBM - 5		
<input type="checkbox"/>	Autorizarei alguém a retirar para mim na Sede do CRBM – 5 (modelo de autorização na próxima página)		
3) Endereço para remessa (PREENCHER SOMENTE SE VOCÊ OPTOU PELA MODALIDADE CORREIO).			
Rua / Av.		Nº	
Compl.		Bairro	
Cidade		UF	CEP
_____ / _____ / _____ Local e data			
<p>Responsabilizo-me integralmente pelo eventual extravio do(s) referido(s) documento(s). Responsabilizo-me também, por qualquer tipo de avaria (amasso, orelha ou rasgo), que apresente em face a sua remessa pelo correio.</p> <p>_____</p> <p>Nome do(a) Interessado(a) Assinatura do(a) Interessado(a)</p>			



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA - 5ª REGIÃO
CRBM - 5

Jurisdição: Rio Grande do Sul e Santa Catarina
CNPJ 13738204/0001-76

AUTORIZAÇÃO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS A TERCEIRO

1) Documento. Assinale um X no (s) quadrinho(s) correspondente(s)			
	Certificado de Responsabilidade Técnica		
	Original(is) da alteração contratual/estatutária vistada(s)		
	Outros documentos, listar:		
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
--

_____ Nome do(a) Interessado(a)	_____ Assinatura do(a) Interessado(a)
---	---