



Fis. _____

Proc. _____

CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA - 5ª REGIÃO - SÃO PAULO
Serviço Público Federal

REQUERIMENTO PESSOA JURÍDICA

Empresa:

Razão Social _____

C.N.P.J. _____

Endereço (da Sede) _____ nº _____

Complemento _____ Bairro _____

CEP _____ Município _____ UF _____

Tel. fixo (____) _____ Tel. celular (____) _____ e-mail _____

Contabilidade:

Contabilidade responsável _____ Tratar com _____

Tel. fixo (____) _____ Tel. celular (____) _____ e-mail _____

Endereço para envio das correspondências:

Endereço _____ nº _____

Complemento _____ Bairro _____

CEP _____ Município _____ UF _____

Responsável Legal:

Nome _____

C.P.F. _____ C.R.T.R. _____

Tel. fixo (____) _____ Tel. celular (____) _____ e-mail _____

Eu, _____, Responsável Legal da Empresa acima, de acordo com o disposto na Lei nº 6.839/80 e na Resolução CONTER nº 07/89, faço o Requerimento abaixo e declaro estar ciente de que o deferimento da solicitação está condicionado à devida regularidade dos(as) sócios(as) junto ao CRTR 5ª Região/SP. Declaro ainda que, em se tratando de Requerimento de Inscrição, o protocolo do CRTR 5ª Região/SP não autoriza a referida Empresa a exercer suas atividades, sob pena de multa prevista na Legislação vigente. A autorização dar-se-á somente através do Certificado de Registro de Pessoa Jurídica, que é o documento comprobatório da regularidade da Empresa neste Órgão, o qual deverá ser afixado em local visível onde a Empresa presta serviço.

Registro Alteração Contratual Baixa de Registro Outros _____

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ / _____ / _____
CIDADE

DIA

MÊS

ANO

Assinatura do(a) Responsável Legal

CRTR 5ª Região/SP

Rua Herculano, nº 169 - Sumaré - CEP 01257-030 - São Paulo - SP

E-mail: registro@crtrsp.org.br - Site: www.crtrsp.org.br