



**CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DA BAHIA**

Rua do Saete, 320 – Barris - CEP 40.070-200 – SSA – BA - Tel: (71) 2109-4000 – [atendimento@crc-ba.org.br](mailto:atendimento@crc-ba.org.br)

**REQUERIMENTO PARA ORGANIZAÇÃO CONTÁBIL**  
**(TODOS OS CAMPOS DEVEM SER PREENCHIDOS)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Registro Cadastral - <b>Sociedade</b>        | <input type="checkbox"/> Alteração de Registro Cadastral        |
| <input type="checkbox"/> Registro Cadastral – <b>Empresário / SLU</b> | <input type="checkbox"/> Registro Cadastral Transferido         |
| <input type="checkbox"/> Registro Cadastral de Filial                 | <input type="checkbox"/> Restabelecimento de Registro Cadastral |

**Informações Cadastrais**

**Dados Cadastrais**

Nº CRC	Denominação / Razão Social	CNPJ / CPF
Nome fantasia	Nº Empregados	Possui Filial <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

**ENDEREÇO DE FUNCIONAMENTO DA ORGANIZAÇÃO CONTÁBIL**

Rua/Av.	Nº	Complemento
Bairro	Cidade	UF CEP
Telefone	Fax	e-mail

**TELEFONES**

**INFORMAÇÕES DA EMPRESA (PESSOA JURÍDICA)**

Comercial	Tipo de Organização
	<input type="checkbox"/> Empresário/MEI/EIRELI <input type="checkbox"/> Soc. Empresária <input type="checkbox"/> Soc. Simples Pura <input type="checkbox"/> Soc. Simples Ltda
Celular	Data Constituição: Órgão de Registro:
Fax/Outro	Número de Registro no Órgão: Data da Alteração

**E-MAIL / SITE (EM LETRA DE FORMA)**

E-mail	Site
--------	------

**Sócio / Titular / Responsável Técnico (TODOS OS SOCIOS DEVEM ESTAR NOMINADOS COM AS RESPECTIVAS ASSINATURAS)**

NOME	ASSINATURAS	CATEGORIA	N.º DE REGISTRO	RESPONSÁVEL TÉCNICO POR SERVIÇOS CONTÁBEIS
	assinatura	<input type="checkbox"/> Contador <input type="checkbox"/> Téc. Cont. <input type="checkbox"/> Outra Profissão		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	assinatura	<input type="checkbox"/> Contador <input type="checkbox"/> Téc. Cont. <input type="checkbox"/> Outra Profissão		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	assinatura	<input type="checkbox"/> Contador <input type="checkbox"/> Téc. Cont. <input type="checkbox"/> Outra Profissão		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	assinatura	<input type="checkbox"/> Contador <input type="checkbox"/> Téc. Cont. <input type="checkbox"/> Outra Profissão		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	assinatura	<input type="checkbox"/> Contador <input type="checkbox"/> Téc. Cont. <input type="checkbox"/> Outra Profissão		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Tendo a Organização Contábil sede no endereço domiciliar do requerente, fica desde já autorizada a entrada da fiscalização em suas dependências (Res. CFC 1. 555/2018, art. 5º, parágrafo único)

Nestes termos, pede deferimento

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura

**Protocolo**