



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 17ª REGIÃO
CREFITO-17

REQUERIMENTO DE PESSOA JURÍDICA

☐ EMPRESA PRIVADA

☐ ÓRGÃO PÚBLICO

☐ ENTIDADE FILANTRÓPICA

☐ PRESTADOR DE SERVIÇO/TERCEIRIZADO* ☐ COOPERATIVA

RAZÃO SOCIAL: _____

NOME FANTASIA: _____

CNPJ: _____ TEL: (____) _____ CEL: (____) _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ CEP: _____

E-MAIL: _____ SITE: _____

*** SOMENTE PARA PRESTADORES DE SERVIÇO / TERCEIRIZADOS .**

DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE:

RAZÃO SOCIAL: _____

NOME FANTASIA: _____

CNPJ: _____ TEL: (____) _____ CEL: (____) _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ CEP: _____

SOLICITAÇÃO

☐ INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

☐ CADASTRO (empresas que já estão inscritas em outro Conselho)

☐ DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (somente para CADASTRO)

☐ DECLARAÇÃO DE NADA CONSTA

☐ RENOVAÇÃO DE DRF

☐ BAIXA DE PESSOA JURÍDICA

☐ PARECER JURÍDICO

☐ MUDANÇA DE RAZÃO SOCIAL

☐ OUTROS _____

☐ MUDANÇA DE ENDEREÇO E/OU CNPJ

☐ TROCA DE RESPONSÁVEL TÉCNICO

☐ INCLUSÃO DE RESP. TEC – FISIOTERAPEUTA

☐ RETIRADA DE RESP. TEC – FISIOTERAPEUTA

☐ INCLUSÃO DE RESP. TEC – TER. OCUPACIONAL

☐ RETIRADA DE RESP. TEC – TER. OCUPACIONAL

☐ INCLUSÃO DE RESP. TEC – UTI // QUANT. UTI: _____

Endereço para envio da declaração de baixa de pessoa jurídica:

Área(s) de atuação da Empresa:

☐ Geral

☐ Pilates

☐ Neurofuncional

☐ Hidroterapia

☐ Contexto Sociais

☐ Equoterapia

☐ Traumato-Ortopedia

☐ RPG

☐ Acupuntura

☐ Cardiovascular

☐ Dermato-Funcional

☐ Quiropraxia

☐ Saúde Funcional

☐ Saúde Mental

☐ Saúde Coletiva

☐ Saúde da Família

☐ Osteopatia

Outros: _____



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 17ª REGIÃO
CREFITO-17

() ESTABELECIMENTO ÚNICO

() MATRIZ

() FILIAL

() Fisioterapia, início das atividades ____/____/____

() Terapia Ocupacional, início das atividades ____/____/____

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS

RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO	Nº DO CREDITO (somente quando for fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional)	DIAS E HORÁRIOS NO ESTABELECIMENTO
RESPONSÁVEL TÉCNICO	Nº DO CREDITO	DIAS E HORÁRIOS
RESPONSÁVEL TÉCNICO	Nº DO CREDITO	DIAS E HORÁRIOS

FISIOTERAPEUTAS / TERAPEUTAS OCUPACIONAIS	Nº DO CREDITO	DIAS E HORÁRIOS NO ESTABELECIMENTO

Se precisar incluir mais nomes, utilize folha avulsa.

Nestes termos, pede deferimento.

_____, ____ de _____ de _____

(Assinatura e carimbo do profissional)