



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 17^a 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

MUDANÇA DE ENDEREÇO E/OU CNPJ

CADASTRO (empresas que já estão inscritas em outro Conselho)

TROCA DE RESPONSÁVEL TÉCNICO

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (somente para CADASTRO)

INCLUSÃO DE RESP.TEC – FISIOTERAPEUTA

DECLARAÇÃO DE NADA CONSTA

RETIRADA DE RESP. TEC – FISIOTERAPEUTA

RENOVAÇÃO DE DRF

INCLUSÃO DE RESP.TEC – TER.OCUPACIONAL

BAIXA DE PESSOA JURÍDICA

RETIRADA DE RESP.TEC – TER. OCUPACIONAL

PARECER JURÍDICO

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

MUDANÇA DE RAZÃO SOCIAL

OUTROS _____

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

SaúdedaFamília

Osteopatia

Outros: _____



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

() ESTABELECIMENTO ÚNICO

() MATRIZ

() FILIAL

() Fisioterapia, início das atividades _____ / _____ / _____
() Terapia Ocupacional, início das atividades _____ / _____ / _____

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS

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

Se precisar incluir mais nomes, utilize folha avulsa.

Nestes termos, pede deferimento.

_____ , _____ de _____ de _____

(Assinatura e carimbo do profissional)