



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: _____

SO LICITAÇÃO

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 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

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

Se pr e cisar incluir mais nomes, utilize folha avulsa.

Nestes termos, pede deferimento.

_____, ____ de _____ de _____

(Assinatura e carimbo do profissional)