SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

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

REQUERIMENTO DE PESSOA JURÍDICA

☐ EMPRESA PRIVADA ☐ÓRGÃOPÚBLICO ☐ ENTIDADE FILANTRÓPICA

☐ PRESTADOR DE SERVIÇO/TERCEIRIZADO* ☐ COORPERATIVA

RAZÃO SOCIAL:_____

_____

NOME FANTASIA: _____

CNPJ: _____TEL: (___) _____CEL: (___)_____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO:_____CEP _____

E-MAIL: _____SITE: _____

*** SOMENTE PARA PRESTADORES DE SERVIÇ O / TERCEIRI ZADOS .**

DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE:

RAZÃO SOCIAL: _____

NOME FANTASIA: _____

CNPJ: _____TEL: (___) _____CEL: (___) _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO:_____CEP: _____

SOLICITAÇÃO

☐ INSCRIÇÃO DEPESSOA 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
(☐) SaúdedaFamília	(☐) 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 precisar incluir mais nomes, utilize folha avulsa.

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de _____

_____
(Assinatura e carimbo do profissional)