



CREFITO7

Conselho Regional de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional da 7ª Região

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:

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ CEP: _____

Área (s) de atuação da Empresa:

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|---------------------|------------------|----------------------|
| () Geral | () Pilates | () Neurofuncional | () Hidroterapia | () Contexto Sociais |
| () Equoterapia | () Traumatologia-Ortopedia | () RPG | () Acupuntura | () Cardiovascular |
| () Dermato-Funcional | () Quiropraxia | () Saúde Funcional | () Saúde Mental | |
| () Saúde Coletiva | () Saúde da Família | () Osteopatia | | |

Outros: _____

Sede – Salvador/Ba

Av. Tancredo Neves, Ed Esplanada Tower, nº 939, Sala 101, Caminho das Árvores.
CEP: 41.820-021 | (71) 3045-4242

Subsede – Vitória da Conquista/Ba

Avenida Juracy Magalhães, Multiplace Conquista Sul – Centro Empresarial, nº 3340,
Sala 405, Felícia. CEP: 45.055-902 | (77) 3421-6520



CREFITO7

Conselho Regional de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional da 7ª Região

() 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 NO ESTABELECIMENTO
RESPONSÁVEL TÉCNICO	Nº DO CREDITO	DIAS E HORÁRIOS NO ESTABELECIMENTO

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

Se precisar incluir mais nomes, utilize a folha avulsa.

Nestes termos, pede deferimento.

(Assinatura e carimbo do profissional)

_____, ____ de _____ de _____