



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
() 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 por especialidade reconhecida pelo COFFITO:

Fisioterapia

- | | | |
|----------------------|---------------------|-------------------------|
| () Acupuntura | () Esportiva | () Oncologia |
| () Aquática | () Gerontologia | () Respiratória |
| () Cardiovascular | () Trabalho | () Traumato-Ortopédica |
| () Dermatofuncional | () Neurofuncional | () Osteopatia |
| () Quiropraxia | () Saúde da Mulher | () Terapia Intensiva |

Terapia Ocupacional

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| () Acupuntura | () Contextos Hospitalares |
| () Contextos Sociais | () Contexto Escolar |
| () Gerontologia | () Saúde da Família |
| () Saúde Mental | |

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

FISIOTERAPEUTAS / TERAPEUTAS OCUPACIONAIS	Nº DO CREFITO	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 _____