



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: _____

DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL: _____

NOME FANTASIA: _____

CNPJ: _____ TEL: (____) _____ CEL: (____) _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ CEP: _____

SOLICITAÇÃO

- () INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA
() MUDANÇA DE ENDEREÇO () RAZÃO SOCIAL ()
() CADASTRO (**empresas que já estão inscritas em outro Conselho**)
() TROCA DE RESPONSÁVEL TÉCNICO FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL ()
() INCLUSÃO DE RESPONSÁVEL TÉCNICO FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL ()
() DECLARAÇÃO DE NADA CONSTA
() RETIRADA DE RESPONSÁVEL TÉCNICO FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL ()
() BAIXA DE PESSOA JURÍDICA
() INCLUSÃO DE COORDENADOR – UTI
() OUTROS _____

Área(s) de atuação da Empresa: () Geral () Pilates () Neurofuncional () Hidroterapia
() Contexto Sociais () Equoterapia () Traumato-Ortopedia () RPG () Acupuntura () Cardiovascular
() DermatoFuncional () Quiropraxia () Saúde Funcional () Saúde Mental () Saúde Coletiva
() Saúde da Família () Osteopatia
Outros: _____

Declaro estar ciente de que deverei requerer a baixa do registro de pessoa jurídica até a data de 31 de dezembro do ano anterior à inatividade para não gerar anuidade do ano subsequente.

Nestes termos, pede deferimento.

_____/_____/_____
Local e data

Assinatura do administrador

Sede – Salvador/Ba

Av. Tancredo Neves, Ed Esplanada Tower, nº 939, Sala 101, Bairro Caminho das Árvores.
CEP: 41.820-021 | (71) 3341-8734 // 0800-0717171

Subsede – Vitória da Conquista/Ba

Av. Avenida Olívia Flores Nº286, Sala 106, Bairro Candelas.
CEP: 45.028-610 | (77) 3421-6520

