



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 7ª REGIÃO  
CREFITO-7

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**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA                                   | <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE ENDEREÇO E/OU CNPJ                   |
| <input type="checkbox"/> CADASTRO (empresas que já estão inscritas em outro Conselho)   | <input type="checkbox"/> TROCA DE RESPONSÁVEL TÉCNICO                    |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (somente para CADASTRO) | <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE RESP.TEC – FISIOTERAPEUTA           |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE NADA CONSTA                                      | <input type="checkbox"/> RETIRADA DE RESP. TEC – FISIOTERAPEUTA          |
| <input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO DE DRF   | <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE RESP.TEC – TER. OCUPACIONAL         |
| <input type="checkbox"/> BAIXA DE PESSOA JURÍDICA                                       | <input type="checkbox"/> RETIRADA DE RESP.TEC – TER. OCUPACIONAL         |
| <input type="checkbox"/> PARECER JURÍDICO   | <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE RESP.TEC – UTI // QUANT. UTI: _____ |
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE RAZÃO SOCIAL  |  |
| <input type="checkbox"/> OUTROS _____   |  |

**Endereço para envio da declaração de baixa de pessoa jurídica:**

**Área(s) de atuação da Empresa:**

- |  |   |  |                                       |   |
|--|---|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Geral             | <input type="checkbox"/> Pilates              | <input type="checkbox"/> Neurofuncional  | <input type="checkbox"/> Hidroterapia | <input type="checkbox"/> Contexto Sociais |
| <input type="checkbox"/> Equoterapia       | <input type="checkbox"/> Traumatolo-Ortopedia | <input type="checkbox"/> RPG             | <input type="checkbox"/> Acupuntura   | <input type="checkbox"/> Cardiovascular   |
| <input type="checkbox"/> Dermato-Funcional | <input type="checkbox"/> Quiropraxia          | <input type="checkbox"/> Saúde Funcional | <input type="checkbox"/> Saúde Mental | <input type="checkbox"/> Saúde Coletiva   |
| <input type="checkbox"/> Saúde da Família  | <input type="checkbox"/> Osteopatia           |  |                                       |   |

Outros: \_\_\_\_\_

