



# 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



# CREFITO7

Conselho Regional de Fisioterapia e  
Terapia Ocupacional da 7ª Região

(VERSO) RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS

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

Se precisar incluir mais nomes, utilize a folha avulsa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Técnico/Carimbo