PROTOCOLO nº_____

Data:_____/_____/_____

_____

Servido

Serviço Público Federal
Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região
CREFITO-1

REQUERIMENTO DE PESSOA JURÍDICA

SR(A). PRESIDENTE(A) DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 1ª REGIÃO CREFITO-1

Nome/Razão Social :_____
Nome de fantasia:_____CNPJ:_____
CNES (se houver):_____modalidade:_____
Endereço:_____nº_____
Complemento:_____
Bairro:_____CEP:_____Cidade:_____UF:_____
Tel:( )_____/( )_____E-mail:_____
Site:_____Fax: ( )_____
É endereço postal: ( ) SIM ( ) NÃO

Venho solicitar a V.S.ª o seguinte:
( ) Registro de Empresa
( ) 2ª via de Certificado de Empresa
( ) Baixa de Empresa
( ) Alteração de endereço de Empresa:
Novo endereço:_____n°_____
Bairro:_____ CEP:_____Cidade:_____UF:_____
( ) Alteração de razão social:
( ) Troca de responsável técnico
Outro:_____

Horário de funcionamento das atividades: Fisioterapia:_____
Terapia Ocupacional:_____
Nº de registro em outro Conselho:_____

( ) Empresa pública ( ) Empresa Privada ( )Entidade Filantrópica ( )Atividade Principal ( ) Atividade Secundária

Dados do Estabelecimento: ( ) Estabelecimento único ( ) Matriz ( ) Filial
Nº de equipes de Equipes de saúde da família:_____Observação:_____

Responsabilidade Administrativa:

Proprietários:_____
Sócios:_____
Diretores:_____
Condôminos:_____
(Caso seja Estabelecimento Público): Secretário de Saúde:
Outras Secretarias:

Responsável Técnico	Nº do CREFITO	Dias/hora no estabelecimento

Serviço Público Federal
Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região
CREFITO-1

Fisioterapeutas/Terapeutas Ocupacionais	Nº do CREFITO	Dias/hora no estabelecimento

DECLARAÇÃO
(conforme os incisos III, IV e V, do Art. 4º, da Resolução COFFITO-37/84)

Declaro para os devidos fins, que exerço função de RESPONSÁVEL TÉCNICO, com gozo de autonomia no exercícioprofissional e exclusividade no desempenho de minha função.

O serviço dispõe da seguinte área física destinada às atividades de fisioterapia e/ou terapia ocupacional: M², para o atendimento médio de_____pacientes/dia.

Declaro ainda, que o serviço dispõe dos equipamentos de Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional abaixo relacionados:

QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO

Rua Henrique Dias, 303 - Boa Vista- Recife/PE - CEP: 50070-140
Telefone: (81) 3081-5000 - Fax: (81) 3081-5030 - site: www.crefito1.org.br, e-mail: crefito1@crefito1.org.br

Serviço Público Federal
Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região
CREFITO-1

☐ Declaro estar ciente que a inatividade do exercício profissional não me isenta do pagamento das anuidades devidas. Fui orientado(a) pelo CREFITO-1 que deverei requerer a baixa do meu registro (pessoa física e/ou pessoa jurídica) até a datade 31 de dezembro do ano anterior à inatividade para não gerar anuidade do anosubsequente.

☐ Declaro estar ciente que o prazo para a conclusão de todo processo está condicionado a realização do pagamento da taxa, e o não cumprimento com o pagamento da mesma, toda documentação atrelada à este requerimento, será descartada por esta Autarquia Federal – Portaria CREFITO n° 108/2022.

☐ Autorizo para os devidos fins, o recebimento de comunicações oficiais do CREFITO-1, através de e-mail e mensagens via aplicativo e mensagens instantâneas.

Pede deferimento,

_____, _____/_____/_____
(Local) (Data)

_____
Assinatura do Responsável Técnico

Documentos a serem anexados no presente requerimento:

Registro de Empresa	- Cópia do Contrato social ou declaração de enquadramento (para empresários individuais) ou ata ou estatuto. - Documento de registro em outro Conselho (Para registro de empresa com atividade secundária). - CNPJ
Baixa de Empresa	- Cópia de distrato social (exceto quando a baixa for pela alteração contratual – Apresentar contrato social atualizado) - CNPJ - Certificado de registro emitido pelo CREFITO-1
Alteração de razão social ou endereço da empresa	- Contrato social com o novo endereço - CNPJ
Troca de responsável técnico.	- Declaração de ciência do Responsável Técnico - Ofício da empresa formalizando a troca do Responsável Técnico, com identificação (nome completo e número do CREFITO) do profissional que está deixando a responsabilidade técnica e do novo Responsável Técnico.