



PROTOCOLO nº _____

Data: ____/____/____

Servidor _____

**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 1ª REGIÃO
CREFITO-1****REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE EMPRESA**

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

Venho solicitar a V.S.ª o registro de empresa, nos termos das Resoluções COFFITO 37/84, 422/13 e alterações;

Estabelecimento: _____

Nome de fantasia: _____ CNPJ: _____

CNES: _____ modalidade: _____

Endereço: _____ nº _____

Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Tel: () _____ / () _____ E-mail: _____

Site: _____ Fax: () _____

Horário de funcionamento das atividades: Fisioterapia: _____

Terapia Ocupacional: _____

Serviço de Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional como: Atividade econômica Principal () / Atividade econômica Secundária ()

Nº de registro da empresa em outro Conselho (Em caso de Atividade econômica Secundária): _____

() Empresa pública () Empresa Privada () Entidade Filantrópica

Dados do Estabelecimento: () Estabelecimento único () Matriz () Filial

Nº de equipes de Equipes de saúde da família: _____ Observação: _____

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS

Responsabilidade Administrativa:

Proprietários: _____

Sócios: _____

Diretores: _____

Condôminos: _____

(Caso seja Estabelecimento Público): Secretário de Saúde: _____

Outras Secretarias: _____

Responsável Técnico	Nº do CREFITO	Dias e horários no estabelecimento

Fisioterapeutas/Terapeutas Ocupacionais	Nº do CREFITO	Dias e horários no estabelecimento

CREFITO-1

Rua Henrique Dias, 303 – Boa Vista

Recife / PE CEP 50070140 (81) 3081-5000

www.crefito1.org.br e-mail:crefito1@crefito1.org.br

