



CREFITO-9

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 9ª REGIÃO

Rua H, Lote 02, Quadra 04, Setor A- Centro Político Administrativo- CEP:78.049-911, Cuiabá/MT, FONE(65)3644-4272

Resolução Coffito 37/1984

FICHA DE TUALIZAÇÃO CADASTRAL DE PESSOA JURÍDICA

TIPO: <input type="radio"/> INSTITUCIONAL/HOSPITAL <input type="radio"/> ÓRGÃO PÚBLICO <input type="radio"/> EMPRESA PRIVADA <input type="radio"/> FILANTRÓPICO	
ESTABELECIMENTO: <input type="radio"/> MATRIZ <input type="radio"/> FILIAL SE MATRIZ, POSSUI FILIAL? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	
É UMA EMPRESA TERCEIRIZADA? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	
⚠ ATENÇÃO ⚠ Caso a sua empresa seja uma contratada para fornecimento de mão de obra a outra empresa, é obrigatório anexar junto o formulário disponível no ANEXO III (CLIQUE AQUI PARA OBTER).	
RAZÃO SOCIAL *	
<input type="text"/>	
CNPJ *	CREFITO-9 N° *
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ENDEREÇO	
RUA/AV	N°
<input type="text"/>	<input type="text"/>
BAIRRO *	MUNICÍPIO/UF
<input type="text"/>	<input type="text"/>
CEP *	E-MAIL *
<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELEFONES	
TELEFONE COM DDD	CELULAR COM DDD
<input type="text"/>	<input type="text"/>
HORÁRIO DE ATIVIDADE	
<input type="text"/>	
ESTIMATIVA DE ATENDIMENTOS	
Fisioterapia = Qtd. <input type="text"/> Dia Terapia Ocupacional = Qtd. <input type="text"/> /Dia	
PROPRIETÁRIO DA EMPRESA, SÓCIO, DIRETORES OU CONDÔMINOS	
<input type="text"/>	
⚠ ATENÇÃO ⚠ ANEXOS OBRIGATÓRIOS	
<ul style="list-style-type: none">• Formulário de Declaração de Responsabilidade Técnica <CLIQUE AQUI PARA OBTER> . Referente aos serviços de Fisioterapia ou Terapia Ocupacional oferecidos por vossa empresa e a relação de contrato com os profissionais que desempenham as atividades;• Quando a relação for por CPF, anexe o formulário ANEXO I <CLIQUE AQUI PARA OBTER> e encaminhe junto a Ficha de Atualização;• Quando a relação for por CNPJ, faça o preenchimento do formulário ANEXO II <CLIQUE AQUI PARA OBTER> e encaminhe junto a Ficha de Atualização;	

Local: Data: de de

Carimbos e Assinatura do Responsável Legal da Empresa

(Quando assinado eletronicamente com a conta Gov.Br para envio por e-mail, não é necessário assinar a punho)