Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª Região- CREFITO-8
Rua Padre Germano Mayer, 2272 - Hugo Lange – Curitiba-PR – 80040-170| Fone: 0800-645-2009
www.crefito8.gov.br

REQUERIMENTO PARA CADASTRO DE ATIVIDADES DISTINTAS – CADI

Isento de taxas e emolumentos

(PREENCHIMENTO COM LETRA DE FORMA)

Modalidade do serviço: ( ) Academia ( ) Associação ( ) Casa de repouso ( ) Clínica Multidisciplinar ( ) Clube ( ) Cooperativa ( ) Cursos/Escolas ( ) Estética ( ) Hospital ( ) Indústria/Comércio ( ) Órgão Público ( )SPA

CNPJ: |__|__| |__|__|__| |__|__|__| / |__|__|__| __| - |__|__|

Razão Social: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nome Fantasia: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Endereço: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__||__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nº |__|__|__| __|__| __| Complemento__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Bairro: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|CEP |__|__| |__|__|__| - |__|__||__|

Cidade: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Estado: |__|__| Fone: |__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|

Celular:|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__| E-mail: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Site:|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Horário de Funcionamento do Estabelecimento: ____

Assinale conforme caso: ( )Estabelecimento único ( )Matriz ( )Filial

Área (s) de atuação:|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nome Completo do(s) profissional(is) fisioterapeuta(s) ou terapeuta(s) ocupacional(is)	Nº Crefito	Responsável Técnico (Sim|Não)

NESTES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO

Local e data________________________,________de___________________de__________________

____

Assinatura e carimbo do profissional (fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional) ou do Responsável Legal

Anexar a este requerimento os seguintes documentos, de acordo com a modalidade do serviço:

EMPRESA PRIVADA COM ATIVIDADES DE ESTÉTICA OU CONDICIONAMENTO FÍSICO, CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR E COOPERATIVA	EMPRESA DE INDÚSTRIA E COMÉRCIO, HOSPITAL PRIVADO, ASSOCIAÇÃO, CASA DE REPOUSO, CLUBE, SPA, CURSO E ESCOLA	ENTIDADE FILANTRÓPICA E ÓRGÃO PÚBLICO
Cópia simples: -Contrato Social OU do Requerimento de Empresário; -CNPJ; -Alvará de localização; (Se houver) - Licença da Vigilância Sanitária OU Bombeiros -Declaração Individual (uma para cada profissional a ser incluso); -Comprovante de Inscrição de Pessoa Jurídica em outro Conselho de Classe.	**Cópia simples:** -Alvará de localização vigente; (Se houver) - Licença da Vigilância Sanitária OU Bombeiros -Declaração Individual (uma para cada profissional a ser incluso).	-Declaração Individual (uma para cada profissional a ser incluso); -Cópia simples do Alvará de Localização (Se houver) - Cópia simples da Licença da Vigilância Sanitária OU Bombeiros -Poderá ser solicitado, para análise: Cópia da Lei de Criação ou Cópia do Estatuto Social.

O CREFITO-8 ressalta que somente aceitará a documentação, mediante a apresentação de todos os documentos acima arrolados, nos termos do que dispõe a Resolução COFFITO 08/78 Art. 29.