Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª Região- CREFITO-8
Rua Jaime Balão, 580 - Hugo Lange – Curitiba-PR – 80040-340| Fone: 0800-645-2009
www.crefito8.org.br

REQUERIMENTO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL – CADASTRO DE ATIVIDADES DISTINTAS (CADI)

(PREENCHIMENTO COM LETRA DE FORMA)

1) Motivo da Atualização (pode marcar mais de uma opção): ( )Atualização de endereço ( )Atualização de Profissionais ( )Venda da Empresa ( )Alteração da razão Social ( )Separação de Sócios

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

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

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

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

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

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

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

Nº|__|__|__|__|__|__| Complemento: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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

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

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

Horário de Funcionamento do Estabelecimento: ____

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

Alteração no quadro de profissionais/responsáveis técnicos: ( ) sim ( ) não

Nome Completo do(s) profissional(is) a ser incluído/Atualizado	Nº Crefito	Responsável Técnico (Sim/Não)

Nome Completo do(s) profissional(is) a ser excluído	Nº Crefito

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 o motivo da atualização e atividade da empresa:

ATUALIZAÇÃO DE ENDEREÇO, VENDA DE EMPRESA, ALTERAÇÃO DA RAZÃO SOCIAL E SEPARAÇÃO DE SÓCIOS			ATUALIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS
EMPRESAS PRIVADAS COM ATIVIDADES DE ESTÉTICA, CONDICIONAMENTO FÍSICO, CLÍNICAS MULTIDISCIPLINARES E COOPERATIVAS	EMPRESAS DE INDÚSTRIA E COMÉRCIO, ENTIDADE FILANTRÓPICA, CURSOS E ESCOLAS, HOSPITAIS PRIVADOS, ASSOCIAÇÕES, CASA DE REPOUSO, CLUBE, SPA	ÓRGÃO PÚBLICO E ENTIDADES FILANTRÓPICAS	TODAS AS EMPRESAS
Cópia simples: -Alteração do Contrato Social OU do Requerimento de Empresário; -CNPJ com endereço atualizado; -Alvará de localização vigente.	**Cópia simples:** -Alvará de localização vigente.	-Declaração Individual (uma para cada profissional a ser incluso); - Cópia simples do Alvará de Localização*. *Na ausência do Alvará de Localização enviar declaração justificando, ficando a liberação do cadastro a cargo da fiscalização do Crefito-8. - Poderá ser solicitado, para análise: Cópia da Lei de Criação ou Cópia do Estatuto Social.	-Declaração Individual (uma para cada profissional a ser incluso).

- 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.