

**Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 15ª Região – CREFITO-15**

Av. Nossa Sra. da Penha, 2796, Ed. Impacto Empresarial, 15º Andar. Santa Luíza,

Vitória/ES. CEP: 29045-402 – Telefones: (27) 32276616 / (27) 33456103

[Email:registropi@crefито15.org.br](mailto:registropi@crefито15.org.br) www.crefito15.org.br**REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE EMPRESA**

Tipo de estabelecimento: () Clínica () Hospital () Associação () Asilo/ Casa de repouso () Academia () SPA
() Comércio/ Indústria () Clube () Cooperativa () Outros

CNPJ _____ / _____ - Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

Endereço _____

Nº _____ Complemento _____ Bairro _____

Cidade _____ Estado _____ CEP _____ - _____

Fones: (____) _____ / (____) _____ Celular(____) _____

e-mail _____ Site: _____

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

Assinalar o(s) setor(es) a ser(em) registrado(s):

() Fisioterapia; Início das atividades ____/____/____.

() Terapia Ocupacional; Início das atividades ____/____/____.

Nome completo dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais que atuem no local.	Nº Crefito	RT?*(sim/não)

RT = Responsável técnico

Nestes termos, peço deferimento.

Local edata: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo do Responsável Legal

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

Empresas	Associação com fins lucrativos
- Cópia do Contrato Social e suas alterações ou Requerimento de Empresário; - Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica(CNPJ); - Declaração de Responsabilidade Técnica(anexo).	- Cópia do Estatuto Social e Ata de Assembleia; - Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica(CNPJ); - Declaração de Responsabilidade Técnica(anexo).

O CREFITO-15 ressalta que **somente** aceitará documentação, mediante a apresentação de **todos** os documentos acima arrolados.