

ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

() INSTITUCIONAL / HOSPITAL

() ORGÃO PÚBLICO

() EMPRESA PRIVADA

() CONSULTÓRIO

() FILANTRÓPICO

() OUTROS

RAZAO SOCIAL DA EMPRESA - OU - NOME DO CONSULTORIO PESSOA FÍSICA:

NOME FANTASIA (Pessoa Jurídica): _____

CNPJ / CPF.: _____

NÚMERO REGISTRO NO CONSELHO: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____

CEP: _____ * **E-MAIL (obrigatório):** _____

TELEFONE: _____ CELULAR: _____

() ESTABELECIMENTO ÚNICO () MATRIZ () FILIAL | CAPITAL SOCIAL R\$ _____

DATA INICIO DAS ATIVIDADES:

() FISIOTERAPIA : ____/____/____ () TERAPIA OCUPACIONAL: ____/____/____

INDICAR AREA FISICA OCUPADA PELO SETOR e MEDIA DE PACIENTES/DIA:

FISIOTERAPIA = _____ M² PACIENTES/DIA = _____

T. OCUPACIONAL = _____ M² PACIENTES/DIA = _____

HORARIO DAS ATIVIDADES: _____

INDICAR NOME COMPLETO, HORARIO DE ATIVIDADE, NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CREFITO DE FISIOTERAPEUTAS E/OU TERAPEUTAS OCUPACIONAIS EM ATIVIDADE NA EMPRESA:

CREFITO-9/____ Nome: _____ Horário: _____

CREFITO-9/____ Nome: _____ Horário: _____

CREFITO-9/____ Nome: _____ Horário: _____

CREFITO-9/____ Nome: _____ Horário: _____

CREFITO-9/____ Nome: _____ Horário: _____

CREFITO-9/____ Nome: _____ Horário: _____

CREFITO-9/____ Nome: _____ Horário: _____

PROPRIETÁRIO DA EMPRESA, SÓCIO, DIRETORES OU CONDOMÍNIOS.

*** ATENÇÃO:**

() PORTAL DO PROFISSIONAL: Realizaremos as próximas atualizações acessando o endereço <http://porta.crefito9.com.br>, declaro que todas as transações eletrônicas efetuadas e confirmadas através do **e-mail informado** são verdadeiras.

NESTES TERMOS
PEDE DEFERIMENTO,

-----,-----DE-----DE-----

ASSINATURA E CARIMBO DO PROPRIETÁRIO

