



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

ANEXO I

Preenchimento obrigatório para empresas registradas no CREFITO-9 que contratam Pessoa Física para atuar como Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional.

Preencha as informações abaixo sobre cada profissional contratado seguindo o padrão abaixo, e **anexe a Ficha de Atualização Cadastral.**

<u>NOME DO PROFISSIONAL</u> *		
<input type="text"/>		
<u>CPF</u> *	<u>CREFITO-9 Nº</u>	<u>TIPO DE VÍNCULO</u>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<u>NOME DO PROFISSIONAL</u> *		
<input type="text"/>		
<u>CPF</u> *	<u>CREFITO-9 Nº</u>	<u>TIPO DE VÍNCULO</u>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<u>NOME DO PROFISSIONAL</u> *		
<input type="text"/>		
<u>CPF</u> *	<u>CREFITO-9 Nº</u>	<u>TIPO DE VÍNCULO</u>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<u>NOME DO PROFISSIONAL</u> *		
<input type="text"/>		
<u>CPF</u> *	<u>CREFITO-9 Nº</u>	<u>TIPO DE VÍNCULO</u>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<u>NOME DO PROFISSIONAL</u> *		
<input type="text"/>		
<u>CPF</u> *	<u>CREFITO-9 Nº</u>	<u>TIPO DE VÍNCULO</u>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Obs: Não sendo o número de campos suficiente para a quantidade a ser relacionada, gere outro documento para dar continuidade.

(Para envio por e-mail em conjunto com a Ficha de Atualização, assinar documento eletronicamente com a conta Gov.Br)