



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

**FICHA DE TUALIZAÇÃO CADASTRAL DE PESSOA JURÍDICA**

|  |  |
|--|--|
| TIPO: <input type="radio"/> INSTITUCIONAL/HOSPITAL <input type="radio"/> ÓRGÃO PÚBLICO <input type="radio"/> EMPRESA PRIVADA <input type="radio"/> FILANTRÓPICO  |  |
| ESTABELECIMENTO: <input type="radio"/> MATRIZ <input type="radio"/> FILIAL <b>SE MATRIZ, POSSUI FILIAL?</b> <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO  |  |
| É UMA EMPRESA TERCEIRIZADA? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO  |  |
| <b>⚠ ATENÇÃO ⚠ Caso a sua empresa seja uma contratada para fornecimento de mão de obra a outra empresa, é obrigatório anexar junto o formulário disponível no <a href="#">ANEXO III (CLIQUE AQUI PARA OBTER)</a>.</b>  |  |
| RAZÃO SOCIAL *   |  |
| <input type="text"/>   |  |
| CNPJ *   | CREFITO-9 N° *                                       |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>                                 |
| ENDEREÇO   |  |
| RUA/AV   | N°   |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>                                 |
| BAIRRO *   | MUNICÍPIO/UF   |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>                                 |
| CEP *  | E-MAIL *   |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>                                 |
| TELEFONES  |  |
| TELEFONE COM DDD   | CELULAR COM DDD                                      |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>                                 |
| HORÁRIO DE ATIVIDADE   |  |
| <input type="text"/>   |  |
| ESTIMATIVA DE ATENDIMENTOS   |  |
| Fisioterapia = Qtd. <input type="text"/> Dia   | Terapia Ocupacional = Qtd. <input type="text"/> /Dia |
| PROPRIETÁRIO DA EMPRESA, SÓCIO, DIRETORES OU CONDÔMINOS  |  |
| <input type="text"/>   |  |
| <b>⚠ ATENÇÃO ⚠ ANEXOS OBRIGATÓRIOS</b>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="#">Formulário de Declaração de Responsabilidade Técnica &lt;CLIQUE AQUI PARA OBTER&gt;</a> .<br/>Referente aos serviços de Fisioterapia ou Terapia Ocupacional oferecidos por vossa empresa e a relação de contrato com os profissionais que desempenham as atividades;</li><li>• Quando a relação for por CPF, anexe o formulário <a href="#">ANEXO I &lt;CLIQUE AQUI PARA OBTER&gt;</a> e encaminhe junto a Ficha de Atualização;</li><li>• Quando a relação for por CNPJ, faça o preenchimento do formulário <a href="#">ANEXO II &lt;CLIQUE AQUI PARA OBTER&gt;</a> e encaminhe junto a Ficha de Atualização;</li></ul> |  |

Local:  Data:  de  de

Carimbos e Assinatura do Responsável Legal da Empresa

*(Quando assinado eletronicamente com a conta Gov.Br para envio por e-mail, não é necessário assinar a punho)*