



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA DÉCIMA SEXTA REGIÃO - CREFITO-16

Endereço: Av. do Vale, Quadra 23, Lote 09, Sala 305. Ed. Carraras CEP: 6507-5660 Bairro: Renascença II São Luís/MA

Horário de Atendimento: 09h às 13h e 14h às 17h – Fone: (98) 3304-7779 / 3304-7774

REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO DE EMPRESA

Manter os dados atualizados é obrigatório para todo estabelecimento que está registrado como Consultório no Crefito-16. O prazo para a conclusão da alteração de endereço é de aproximadamente 15 dias após a entrega de todos os documentos relacionados abaixo. Sua regulamentação está na Resolução Coffito nº 08/1978.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

- Requerimento para alteração de endereço de Empresa preenchido e assinado pelo profissional pelo Sócio-Administrador;
- Cópia autenticada da alteração contratual onde o endereço da unidade foi alterado (o documento deve estar registrado na junta comercial ou cartório equivalente).
- Cópia autenticada do alvará de licença para localização e/ou funcionamento (no documento deve constar Razão Social e o novo endereço do estabelecimento);

- Caso o quadro societário seja modificado, verifique se haverá necessidade de realizar o procedimento de "Alteração de Responsabilidade Técnica".

- Não há taxas para realização deste procedimento, contudo a emissão de nova declaração de regularidade de funcionamento (DRF) dependerá da regularidade da inscrição de pessoa jurídica e da(s) inscrição(ões) de pessoa física do(s) responsável(is) técnico(s) cadastrado(s).

Solicito, através do presente Requerimento, que seja alterada a inscrição de pessoa jurídica discriminada abaixo.

Razão Social _____

Nome Fantasia _____

CNPJ _____._____._____/_____-_____

Matriz

Filial Nº _____

Local e Data _____, _____ de _____ de _____

Assinatura _____

Nome do Sócio-Administrador (legível) _____



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA DÉCIMA SEXTA REGIÃO - CREFITO-16

Endereço: Av. do Vale, Quadra 23, Lote 09, Sala 305. Ed. Carraras CEP: 6507-5660 Bairro: Renascença II São Luís/MA

Horário de Atendimento: 09h às 13h e 14h às 17h – Fone: (98) 3304-7779 / 3304-7774

REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO DE EMPRESA

A pessoa jurídica permanecerá realizando as seguintes atividades:

Comercialização, Industrialização e/ou Locação do(s) item(ns) relacionados abaixo:

Atendimento fisioterapêutico terceirizado para _____ pacientes/dia (média prevista).

Atendimento terapêutico ocupacional terceirizado para _____ pacientes/dia (média prevista).

DADOS DO ESTABELECIMENTO

Funcionamento das _____ h _____ min às _____ h _____ min nos seguintes dias da semana:

SEGUNDA TERÇA QUARTA QUINTA SEXTA SÁBADO

Endereço _____

Nº _____ Complemento _____ Bairro _____

Cidade _____ UF _____ CEP _____

DDD _____ Fone Comercial _____ Fone Celular _____

E-mail _____

RELAÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

Nº DE INSCRIÇÃO

<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	_____