Crefito 5 | Conselho Regional de **Fisioterapia** e **Terapia Ocupacional**

REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE ENTIDADE FILANTRÓPICA

PARA A REALIZAÇÃO DAS SEGUINTES ATIVIDADES:

- ❑ ATENDIMENTO **FISIOTERAPÊUTICO** DE_____PACIENTES/DIA (MÉDIA PREVISTA).
- ❑ ATENDIMENTO **TERAPÊUTICO OCUPACIONAL** DE_____PACIENTES/DIA (MÉDIA PREVISTA).

SOLICITO, ATRAVÉS DO PRESENTE REQUERIMENTO, QUE SEJA EFETUADA A INSCRIÇÃO DA PESSOA JURÍDICA DISCRIMINADA ABAIXO:

NOME DO ESTABELECIMENTO _____

CNPJ_____._____._____/_____-_____

❑ PRÓPRIO
❑ MANTENEDORA

LOCAL E DATA_____,_____DE_____DE_____.

ASSINATURA _____

NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL (LEGÍVEL) _____

DADOS DO ESTABELECIMENTO

FUNCIONAMENTO DAS_____H_____MIN ÀS_____H_____MIN NOS SEGUINTES DIAS DA SEMANA:

❑ SEGUNDA ❑ TERÇA ❑ QUARTA ❑ QUINTA ❑ SEXTA ❑ SÁBADO ❑ DOMINGO

ENDEREÇO _____

Nº_____COMPLEMENTO_____BAIRRO _____

CIDADE/UF_____CEP _____

DDD_____FONE COMERCIAL_____FONE CELULAR _____

E-MAIL _____

RELAÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS	*Nº DE INSCRIÇÃO*
❑	
❑	
❑	
❑	
❑	
❑	