Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª Região – CREFITO-8
Rua Jaime Balão, 580 – Hugo Lange – Curitiba-PR – 80040-340 | Fone: 0800-645-2009
www.crefito8.org.br

Requerimento para emissão de Substituição de Certificado

( ) Consultório ( ) Empresa ( ) Entidade Filantrópica ( ) Órgão Público

CNPJ |__|__|.|__|__|__|.|__|__|__|/|__|__|__|__|-|__|__| RE |__|__|__|__|__|__|

CPF (para consultório) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| RC |__|__|__|__|__|__|

Razão Social: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nome Fantasia: (exceto consultório) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Endereço |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Nº |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Complemento |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Bairro |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Cidade |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Estado |__|__| CEP |__|__|__|__|__|-|__|__|__|

Fones |__|__| - |__|__|__|__|__|__|__|__| / |__|__|- |__|__|__|__|__|__|__|__| Celular |__|__|- |__|__|__|__|__|__|__|__|

e-mail |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Site: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Assinalar conforme o caso: ( ) Estabelecimento único ( ) Matriz ( ) Filial

Assinalar o(s) setor(es) a ser(em) atualizado(s): ( ) Fisioterapia ( ) Terapia Ocupacional

Área(s) de atuação da empresa:

( ) Geral
( ) Traumato-ortopedia
( ) Dermatofuncional
( ) Cardiovascular
( ) Neurofuncional
( ) Outras – Quais? ____

Nestes termos, peço deferimento.

Local e data: ______________________________________, __________ de _________________________ de _______

____
Assinatura e carimbo do Responsável Legal

Anexar a este requerimento, o seguinte documento:

- Boletim de ocorrência por perda ou extravio do Certificado de Registro de Empresa ou Certificado de Registro de Consultório.

O CREFITO-8 ressalta que **somente** aceitará documentação, mediante a apresentação de **todos** os documentos acima arrolados, nos termos do que dispõe a Resolução COFFITO 08/78 Art. 29.