



REQUERIMENTO DE PESSOA JURÍDICA

[] Empresa Privada [] Órgão Público [] Entidade Filantrópica

[] Prestador de Serviço [] Cooperativa

RAZÃO SOCIAL: _____

NOME FANTASIA: _____

CNPJ: _____ TEL: (____) _____ CEL: (____) _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ CEP: _____

E-MAIL: _____ SITE: _____

CAPITAL SOCIAL REGISTRADO: R\$: _____

Solicitação

- | | |
|---|--|
| (<input type="checkbox"/>) BAIXA DE PESSOA JURÍDICA | (<input type="checkbox"/>) INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA |
| (<input type="checkbox"/>) MUDANÇA DE ENDEREÇO | (<input type="checkbox"/>) TROCA DE RESPONSÁVEL TÉCNICO |
| (<input type="checkbox"/>) MUDANÇA DE CNPJ | (<input type="checkbox"/>) TROCA DE RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO |
| (<input type="checkbox"/>) MUDANÇA DE RAZÃO SOCIAL | (<input type="checkbox"/>) DECLARAÇÃO DE NADA CONSTA |
| (<input type="checkbox"/>) RENOVAÇÃO DE DRF | (<input type="checkbox"/>) PARECER JURÍDICO |
| (<input type="checkbox"/>) CADASTRO | |

Nestes termos,

Pede deferimento,

_____, ____ de _____ de _____

(Assinatura e carimbo do profissional)

Área (s) de atuação da Empresa:

- Geral Pilates Neurofuncional Hidroterapia Contexto Sociais
 Equoterapia Traumato-Ortopedia RPG Acupuntura Cardiovascular
 Dermato-Funcional Quiropraxia Saúde Funcional Saúde Mental Saúde Coletiva
 Saúde da Família Osteopatia

Outros:

ESTABELECIMENTO ÚNICO MATRIZ FILIAL

() Fisioterapia, início das atividades _____ / _____ / _____

() Terapia Ocupacional, início das atividades _____ / _____ / _____

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS

RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO	Nº DO CREFITO	DIAS E HORÁRIOS NO ESTABELECIMENTO

RESPONSÁVEL TÉCNICO	Nº DO CREFITO	DIAS E HORÁRIOS NO ESTABELECIMENTO