SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3ª. REGIÃO
Rua Cincinato Braga, 267/277 – Bela Vista - CEP 01333-011 - São Paulo – SP
Tel.: 0800 750 5900 **Site: www.crefito3.org.br**

CREFITO-3

REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS

(REGISTRO ISENTO DE TAXAS E ANUIDADE CONFORME DISPOSTO NA RESOLUÇÃO CREFITO-3 Nº. 24/2006, EM SEU ARTIGO 2º.-PARÁGRAFO ÚNICO)

Exmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª. Região, a Empresa abaixo especificada vem solicitar de V. Exa. o registro neste Conselho do local onde prestamos serviços, nos termos da lei n.º. 6.316/75, Resolução COFFITO 37/84 e Resolução CREFITO-3 24/06, em seu art. 2.

1.) Dados da Empresa Prestadora dos Serviços (Contratada):

Razão Social da Empresa		
Endereço (Rua, Avenida, Alameda, Travessa, Praça, etc.)		**Bairro**
CEP	**Cidade / Estado**	
C.N.P.J./M.F.	**REGISTRO NO CREFITO-3 (vide Certificado ou DRF):**	

2.) Dados da Empresa Receptora dos Serviços (Contratante):

Razão Social da Empresa		
Endereço (Rua, Avenida, Alameda, Travessa, Praça, etc.)		**Bairro**
CEP	**Cidade / Estado**	
C.N.P.J./M.F.	**CAPITAL SOCIAL (R$):**	
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL:**	
Telefone, inclusive D.D.D.	**Fax**	
e-mail:		

3.) Assinalar conforme o caso:

( ) Estabelecimento único ( ) Matriz ( ) Filial

4.) Assinalar o(s) setor(es) a ser(em) registrado(s), pacientes por dia e horário de atendimento:

( ) **Clínica/Ambulatório de Fisioterapia** – Média de Pacientes atendidos por dia: _____.
Dias da Semana: _____ à _____
Horário de Atendimento: das _____ às _____ hs. e das _____ às _____ hs.

( ) **Clínica/Ambulatório de Terapia Ocupacional** – Média de Pacientes atendidos por dia: ____.
Dias da Semana: _____ à _____
Horário de Atendimento: das _____ às _____ hs. e das _____ às _____ hs.

5.) Responsabilidade Técnica: indicar nome(s) completo(s), horário(s) de atividade(s) na empresa, e número(s) de inscrição(s) do(s) profissionais no CREFITO-3 (*utilizar o verso se necessário*) :

Nome do Profissional	*N.º de CREFITO-3*	*Horário*

ANEXAR:
- Declaração de Responsabilidade Técnica (DRT);
- Cópia autenticada do Alvará de Funcionamento do local onde está sendo prestado o serviço;

Nestes Termos
Pede Deferimento,

_____,_____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Responsável Legal pela Empresa

Horário de atendimento presencial ao público: segundas as sextas-feiras, das 8h30m às 16h00 horas

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3ª. REGIÃO
Rua Cincinato Braga, 267/277 – Bela Vista - CEP 01333-011 - São Paulo – SP
Tel.: 0800 750 5900 **Site: www.crefito3.org.br**

CREFITO-3

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA – PJ - "FISIOTERAPEUTA"

(Resolução COFFITO nº 37/1984, incisos III, IV e V e Resolução COFFITO nº 139/1992)

ATENÇÃO: PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS !

Declaro para os devidos fins, previstos nos incisos III, IV e V do artigo 4º da Resolução COFFITO nº 37/1984 e Resolução COFFITO nº 139/1992, que exerço a função de responsável técnico com gozo de autonomia do exercício profissional e exclusividade no desempenho de minha função, sendo a mesma exercida no horário das _____ às _____ horas, nos dias da semana de _____ à _____, na entidade/ empresa: _____

_____

Assinalar conforme o(s) caso(s):

☐ Declaro mais, que a empresa dispõe da seguinte área física, destinada às atividades de Fisioterapia: _____ m² , para o atendimento médio de _____ pacientes ao dia.

☐ Declaro mais, que o atendimento é efetuado em ambiente hospitalar (Leitos e UTI's).

☐ Declaro mais, que a empresa tem como objetivo a prestação de serviços conforme atividades desenvolvidas discriminadas abaixo.

Informo, de acordo com o artigo 4º, inciso V, da Resolução COFIITO 37/84, que dispomos dos seguintes equipamentos / utensílios de Fisioterapia:

(Obs.: Caso não possuam equipamentos, discriminar quais são as atividades desenvolvidas)

Quantidade	Especificações (*citar ano de fabricação ou aquisição*)

(Caso este espaço seja insuficiente, queira usar o verso ou anexar relação com os mesmos dados e procedimentos exigidos abaixo)

Local e data:_____,_____ de _____ de _____.

_____

(Nome e Número de inscrição no CREFITO-3 - carimbado ou manuscrito e Assinatura RECONHECIDA EM CARTÓRIO do Profissional Responsável Técnico)

Atendimento Presencial ao Público: Segundas às Sextas-Feiras das 8h30m às 16h00

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3ª. REGIÃO
Rua Cincinato Braga, 267/277 – Bela Vista - CEP 01333-011 - São Paulo – SP
Tel.: 0800 750 5900 **Site: www.crefito3.org.br**

CREFITO-3

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA – PJ - "TERAPEUTA OCUPACIONAL"

(Resolução COFFITO nº 37/1984, incisos III, IV e V e Resolução COFFITO nº 139/1992)

ATENÇÃO: PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS !

Declaro para os devidos fins, previstos nos incisos III, IV e V do artigo 4º da Resolução COFFITO nº 37/1984 e Resolução COFFITO nº 139/1992, que exerço a função de responsável técnico com gozo de autonomia do exercício profissional e exclusividade no desempenho de minha função, sendo a mesma exercida no horário das _____ às _____ horas, nos dias da semana de _____ à _____, na entidade/ empresa: _____

_____

Assinalar conforme o caso:

☐ Declaro mais, que a empresa dispõe da seguinte área física, destinada às atividades de Terapia Ocupacional: _____ m² , para o atendimento médio de _____ pacientes ao dia.

☐ Declaro mais, que o atendimento é realizado em ambiente hospitalar (Leitos e UTI's).

☐ Declaro mais, que a empresa tem como objetivo a prestação de serviços em local de terceiros.

Informo, de acordo com o artigo 4º, inciso V, da Resolução COFIITO 37/84, que dispomos dos seguintes equipamentos / utensílios de Terapia Ocupacional:

(Obs.: Caso não possuam utensílios ou equipamentos, discriminar quais são as atividades desenvolvidas)

Quantidade	Especificações (***citar ano de fabricação ou aquisição***)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

(Caso este espaço seja insuficiente, queira usar o verso ou anexar relação com os mesmos dados e procedimentos exigidos abaixo)

Local e data: _____,_____ de _____ de _____.

_____

(Nome e Número de inscrição no CREFITO-3 - carimbado ou manuscrito e
Assinatura RECONHECIDA EM CARTÓRIO do Profissional Responsável Técnico)

Atendimento Presencial ao Público: Segundas às Sextas-Feiras das 8h30m às 16h00