



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

Exmo. Senhor Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª. Região – CREFITO-3

A Empresa designada _____

Com sede social à _____
(endereço completo, inclusive bairro, cidade e cep)

Vem requerer a V. Exa., através de seu Contador/Advogado/Representante Legal/Portador, que seja analisado e visto as vias do documento em anexo, assinalado a seguir:

- Contrato Social (abertura de empresa);
 Alteração Contratual;
 Ata de Assembléia e/ou Estatuto Social;
 Requerimento de Empresário Individual;
 Distrato Social;
 Outros: _____.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Nome: _____

End.: _____, n.º _____

Complemento: _____

Bairro: _____

Cidade/Estado: _____

CEP: _____

Telefone para Contato: () _____ A/C: _____

E-mail para Contato: _____

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

Assinatura do representante legal ou portador

Observações Importantes:

- ✓ **ANEXAR O FORMULÁRIO “DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA”.**
- ✓ *Em caso de Contrato Social, independente do tipo, enviar todas as vias originais de igual teor, contendo todas as assinaturas, inclusive das testemunhas. As taxas deverão ser recolhidas no decorrer do prazo para liberação do documento analisado e visto.*
- ✓ *Em caso de Alteração Contratual de Endereço e/ou Razão Social, será cobrada uma taxa, para a emissão de um novo certificado de registro.*
- ✓ *Para o recolhimento das taxas, serão emitidos boletos bancários no atendimento (no caso de protocolo em nossa sede e subsedes) ou enviados via postal (nos casos de cidades do interior) após o recebimento do documento.*
- ✓ *Prazo médio para liberação de documentos analisados e vistos: 5 à 15 dias úteis*
- ✓ **Atenção: este formulário não é um requerimento para registro do Estabelecimento.**

Atendimento Presencial ao Público: segundas a sextas-feiras, das 8h30m às 16h00m



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 EMPRESA

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, nos termos da lei n.º. 6.316/75 e Resolução COFFITO 37/84, art. 1º., inciso I, art. 15, inciso II.

1.) Dados da Empresa:

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 / Site	

2.) Assinalar conforme o caso:

() Estabelecimento único () Matriz () Filial

3.) 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.

() **Empresa de Prestação de Serviços à Terceiros na área de Fisioterapia.**

() **Empresa de Prestação de Serviços à Terceiros na área de Terapia Ocupacional**

Citar local: _____ *Utilizar o verso*

Endereço: _____ *se necessário*

4.) 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

5.) Indicar nome do(s) responsável(is) legal(is) pela empresa (sócios, diretores ou condôminos):

Nome	N.º do CREFITO-3	Ou	N.º do R.G.

Nestes Termos
Pede Deferimento,

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

Assinatura e Carimbo do Responsável Legal pela Empresa

Atendimento Presencial ao Público: segundas a sextas-feiras, das 8h30m às 16h00m



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 COFFITO 37/84, que dispomos dos seguintes equipamentos / utensílios de Fisioterapia:

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

Table with 2 columns: Quantidade, Especificações (citar ano de fabricação ou aquisição). Multiple rows for listing equipment.

(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 COFFITO 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 (<i> citar ano de fabricação ou aquisição</i>)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

(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