



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)

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 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