



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 CLÍNICA-ESCOLA

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 Faculdade/Universidade/Mantenedora	
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.

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).(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



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 CADASTRO DE INDÚSTRIA E COMÉRCIO

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

A Empresa abaixo especificada vem solicitar de V. Exa. o registro neste Regional, nos termos da lei n.º. 6.316/75 e Resolução COFFITO 37/84, art. 1º., inciso I e 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\$):
Telefone, inclusive D.D.D.	Fax
E-MAIL / SITE:	

2.) Assinalar conforme o caso:

() Estabelecimento único () Matriz () Filial

6. Assinalar o(s) ramo(s) a ser(em) atualizado(s):

- () **Industrialização** de Equipamentos ou Produtos de Uso em **Fisioterapia**
() **Industrialização** de Equipamentos ou Produtos de Uso em **Terapia Ocupacional**
() **Comercialização** Equipamentos ou Produtos de Uso em **Fisioterapia**
() **Comercialização** de Equipamentos ou Produtos de Uso em **Terapia Ocupacional**
() **Locação** de Equipamentos ou Produtos de Uso em **Fisioterapia**
() **Locação** de Equipamentos ou Produtos de Uso em **Terapia Ocupacional**
() **Arrendamento** de Equipamentos ou Produtos de Uso em **Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional**
() **Outros (especificar):** _____

7. INDICAR O(S) RESPONSÁVEL (EIS) TÉCNICO(S), CONFORME O CASO:

() Nº CREFITO-3	Nome	Horário
_____	_____	_____ às _____ hs.
_____	_____	_____ às _____ hs.

() A RESPONSABILIDADE TÉCNICA É EXERCIDA POR PROFISSIONAL DE OUTRA ÁREA:

NOME: _____

PROFISSÃO: _____ Nº. INSCRIÇÃO ÓRGÃO DE CLASSE _____

Nestes Termos
Pede Deferimento,

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

Assinatura e carimbo do responsável legal da empresa

Atendimento Presencial ao Público: segundas a sextas-feiras, das 8h30 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

REQUERIMENTO PARA CADASTRO

(Empresas que mantêm ambulatório de Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional para seus Funcionários ou Associados)

Exmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª. Região – CREFITO-3
A Empresa abaixo especificada vem solicitar de V. Exa. o registro neste Regional, nos termos da lei n.º. 6.316/75 e Resolução COFFITO 37/84, art. 1º., inciso I e 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\$):
Telefone, inclusive D.D.D.	Fax

2.) Assinalar conforme o caso:

() Estabelecimento único () Matriz () Filial

3.) Assinalar o setor a ser Cadastrado, pacientes/dia e horário de funcionamento:

() Fisioterapia / Pacientes/dia _____ / Dias da Semana: _____ a _____
Horário: _____ às _____ horas e das _____ às _____ horas.

() T. Ocupacional/ Pacientes/dia _____ / Dias da Semana: _____ a _____
Horário: _____ às _____ horas e das _____ às _____ horas.

4.) **Responsabilidade Técnica:** indicar nome(s) completo(s), horário(s) de atividade(s) na empresa, e número(s) de inscrição(s) do(s) profissional(is) no CREFITO-3:

Nome do Profissional	N.º de CREFITO-3	Horário

5.) Indicar nome do(s) sócio(s), diretor(es) ou responsáveis legais pela Empresa:

Nome	N.º do R.G.

Nestes Termos
Pede Deferimento,

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

assinatura e carimbo do responsável legal da empresa

