



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

