



# 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](http://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](http://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: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>, 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](http://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: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>, 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 (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