



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CREFITO-6

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - 6ª REGIÃO

Ilustríssimo Senhor Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 6ª Região

Razão Social: _____

por seu representante legal, vem solicitar registro neste Conselho, nos termos da Legislação em vigor (Lei 6.316/75 e Resolução COFFITO-37/84)

Junta ao presente a ficha cadastral e os comprovantes exigidos.

Nestes termos,
Pede deferimento.

Local e Data: _____

Assinatura

(Assinale no verso os comprovantes anexados)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CREFITO-6

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - 6ª REGIÃO

ANEXOS

Original ou Fotocópia Autenticada de:

- Comprovante da existência da empresa, a saber: contrato social, registro de firma individual, ata de assembléia, estatutos, regimento ou outro instrumento hábil, conforme o caso.
- Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ (mesmo C.G.C.)
- Alvará de localização ou funcionamento da Prefeitura
- Alvará de licença da Secretaria de Saúde
- Comprovante de quitação do emolumento de registro (Resolução COFFITO-37/84)
- Ficha Cadastral
- Declaração de responsabilidade técnica com gozo de autonomia
- Metros quadrados da área física
- Relação dos Equipamentos
- Cópia da Cédula de Identidade Profissional (Crefito-6)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CREFITO-6

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - 6ª REGIÃO

FICHA CAD ASTRAL

Resolução COFFITO - 37/84
(DOU, de 23/04/84, Seção I - Parte II)

Nome Fantasia: _____

Endereço Completo: _____

Horário de Funcionamento: _____

Fone: _____ E-mail: _____

Natureza das Atividades: _____

Data do Início das Atividades: _____

RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA

(Indicar nome(s) completo(s) e do CPF)

Nome(s)

CPF

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

RESPONSABILIDADE TÉCNICA

(Fisioterapeutas e/ou Terapeutas Ocupacionais vinculados à empresa)

Nome(s)

CREFITO:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CREFITO-6

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - 6ª REGIÃO

DECLARAÇÃO

Resolução COFFITO - 37/84

Resolução COFFITO - 139/92

Declaro para os fins previstos nos incisos IV, V e VI da Resolução COFFITO - 37/84 e Resolução COFFITO - 139/92, que exerço função de responsável técnico, com gozo de autonomia no exercício profissional e exclusividade no desempenho de minha função.

Declaro mais que a entidade dispõe da seguinte área física destinada às atividades de fisioterapia e/ou terapia ocupacional: _____ m², para o atendimento médio de _____ clientes/dia.

Declaro, ainda, que a entidade dispõe dos equipamentos de fisioterapia e/ou terapia ocupacional abaixo relacionados:

Quantidade

Especificação

Quantidade	Especificação
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Local e Data: _____

Responsável Técnico
Insc. CREFITO

(Use o verso, se necessário)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CREFITO-6

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - 6ª REGIÃO

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - 1

Eu, _____

CREFITO N° _____ /, respondo perante o Conselho Regional de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional da Sexta Região pelo serviço de:

() Fisioterapia OU () Terapia Ocupacional

do(a) da Clínica/Empresa: _____

em conformidade com as Resoluções Coffito 37/82 e 139/92, nos seguintes dias da semana:

_____ - _____ - _____ - _____ - _____ no horário: _____,

Comprometendo-me também a comunicá-lo sobre eventual mudança ou desistência do cargo
ora citado.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável Técnico / carimbo



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CREFITO-6

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - 6ª REGIÃO

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - 2

Eu, _____

CREFITO N° _____ /, respondo perante o Conselho Regional de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional da Sexta Região pelo serviço de:

() Fisioterapia OU () Terapia Ocupacional

do(a) da Clínica/Empresa: _____

em conformidade com as Resoluções Coffito 37/82 e 139/92, nos seguintes dias da semana:

_____ - _____ - _____ - _____ - _____ no horário: _____,

Comprometendo-me também a comunicá-lo sobre eventual mudança ou desistência do cargo
ora citado.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável Técnico / carimbo