



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 6ª REGIÃO - CE

DADOS DA EMPRESA – REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE EMPRESA

RAZÃO SOCIAL E NOME FANTASIA DA EMPRESA

NATUREZA DA ATIVIDADE DA EMPRESA
 FISIOTERAPIA TERAPIA OCUPACIONAL

DATA INÍCIO DAS ATIVIDADES

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

CNPJ

CNPJ

INSCRIÇÃO ESTADUAL/MUNICIPAL

Nome do Proprietário/Sócios

ENDEREÇO

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

E-MAIL

TELEFONE COMERCIAL

TELEFONE

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS E ESTAGIÁRIOS DO CORPO CLÍNICO

| NR ORD | NOME | CREDITO Nº | CATEGORIA | | DATA ADMISSÃO | TURNO DE TRABALHO |
|-----------|------|---------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--|
| | | | FISIO | TO | | |
| 01 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N |
| 02 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N |
| 03 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N |
| 04 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N |
| 05 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N |
| 06 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N |
| 07 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N |
| 08 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N |
| 09 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N |
| 10 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N |
| 11 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N |
| 12 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N |
| 13 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N |
| 14 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N |
| 15 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N |

RELAÇÃO DE ESTAGIÁRIOS (Se houver)

| NR ORD | NOME | INST. DE ENSINO | CATEGORIA | | Periodo do Curso | TURNO DE TRABALHO |
|-----------|------|--------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | FISIO | TO | | |
| 01 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N |
| 02 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N |
| 03 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N |
| 04 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N |
| 05 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N |

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

ÁREA DA RESPONSABILIDADE TÉCNICA

FISIOTERAPIA TERAPIA OCUPACIONAL

TURNO(S) QUE ATUA NA EMPRESA

MATUTINO VESPERTINO

NOTURNO

1. Dados do Responsável Técnico

NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

CPF

CREDITO Nº

ENDEREÇO RESIDENCIAL

| | | | |
|-------------|--------|----------------------|------------------|
| COMPLEMENTO | | Nº | COMPLEMENTO |
| BAIRRO | CIDADE | UF | CEP |
| E-MAIL | | TELEFONE RESIDENCIAL | TELEFONE CELULAR |

DECLARAÇÃO

Declaro, em cumprimento ao previsto no inciso III, do Art 4º da Resolução COFFITO nº 37/84, que exerço função de Responsável Técnico, na empresa supramencionada, revestido de autonomia no exercício profissional e exclusividade no desempenho de minha função. Declaro, ainda, ter ciência das obrigações a mim imputadas, enquanto Responsável Técnico, conforme a Resolução COFFITO nº 139/92, devendo, sempre:

a. garantir que a empresa na qual trabalho esteja regularmente inscrita no CREFITO 6, com sua documentação em dia e os dados atualizados, inclusive dados de corpo clínico;

b. garantir que os serviços nas áreas da Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional, sejam prestados apenas por profissionais legalmente habilitados, bem como que durante os horários de atendimento à clientela, estejam em atividades no serviço, profissionais, em número compatível com a natureza da atenção à ser prestada;

c. cumprir e fazer cumprir as leis, resoluções e demais normas em vigor, a fim de garantir a dignidade profissional e a prestação de um serviço de qualidade à sociedade, norteados pelos princípios éticos.

Estou ciente que posso receber notificações e informe do CREFITO 6, por meio do meu e-mail pessoal ou da empresa.

_____ de _____ de 20__.

Cidade, Data

Nome e assinatura do Responsável Técnico

Nome e assinatura do Responsável Administrativo

Av. Rogaciano Leite, 432 – Salinas - Fortaleza/CE - CEP: 60810-786
 R. Catulo da Paixão, 175, Sala 308 - Triângulo Crajubar - Ed. Pátio Cariri - Juazeiro do Norte /CE - CEP: 63041-162
 Rua Paulo Aragão, 789 – Centro Sobral /CE - CEP: 62011-250
Crefito6@crefито6.org.br | Central telefônica : (85) 99944-1506