



CREFIT9
Conselho Regional de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional da 9ª Região



REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE CONSULTÓRIO

Nome: _____

CPF: _____, inscrito(a) neste Regional sob o número _____

vem solicitar o registro do seu consultório de _____

localizado a _____

Cep: _____, fone (0xx _____) _____ com horário de utilização

das ____:____ ` as ____:____ e das ____:____ ` as ____:____, nos termos da

legislação em vigor da (Lei 6.316/75 e Resolução COFFITO-8/78.)

Junto os presentes documentos exigidos

Nestes termos

Pede deferimento

Assinatura e carimbo do requerente

Anexar a este requerimento, fotocópias **AUTENTICADAS** dos seguintes documentos

- 1) Alvará em vigor, expedido pela prefeitura, em seu nome;
- 2) Comprovante de inscrição no INSS como autônomo;
- 3) Comprovante do cadastramento do ISS (Imposto Sobre Serviço);



DECLARAÇÃO

Resolução COFFITO-37/84, Art. 4º., Incisos IV e V;
Resolução COFFITO-139/92, Art. 1º., Parágrafo único I, II e III
Portaria Crefito-8/005/92

Declaro, para os devidos fins previstos nos incisos III, IV e V art. 4º da resolução COFFITO-37/84 e Resolução COFFITO-139/92, que exerço a função de RESPONSÁVEL TÉCNICO com o gozo de autonomia no exercício profissional e exclusividade no desempenho de minha função, sendo a mesma exercida no(s) seguinte(s) horário(s): _____ nos dias _____ na Entidade: _____
Endereço: _____

Declaro mais, que a entidade dispõe da seguinte área física destinada às atividades de FISIOTERAPIA E/OU TERAPIA OCUPACIONAL: _____M², para atendimento médio de _____ clientes /dia.

Declaro ainda, que a entidade dispõe dos seguintes equipamentos de Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional:

QUANTIDADE

ESPECIFICAÇÃO

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

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura e carimbos dos Responsáveis Técnicos