



REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE EMPRESA

Ilmo Sr. Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 9ª Região
A empresa abaixo especificada, vem solicitar a V. Sa o registro nesta autarquia, nos termos da
Lei Federal nº 6316/75 e Resolução COFFITO-37/84

Razão Social _____

Nome Fantasia _____

Endereço Completo _____

CNPJ _____ Telefone _____

() Estabelecimento Único () Matriz () Filial

Capital Social Registrado

R\$ _____

Assinar setor(es) a ser(em) registrada(s) e indicar a data do início das atividades

() Fisioterapia Início ____/____/____ () Terapia Ocupacional Início ____/____/____

Indicar a área física ocupada pelo(s) setor(es) e média cliente/dia

Fisioterapia _____ m2 Cliente/Dia _____

Terapia Ocupacional _____ m2 Cliente/dia _____

Horário de atividades do(s) setor(es)

Fisioterapia das ____as ____ Terapias Ocupacionais das ____as ____

Responsabilidades Técnica - Indicar nome(s) Completo(s), horário(s) de atividades(s) na empresa
e número de inscrição do(s) profissional (is), no CREFITO-9:

Nome _____ Nº _____

Nome _____ Nº _____

Nome _____ Nº _____

Nome _____ Nº _____

Indicar Nome(s) do(s) proprietário(a), Sócio(s) ou condômino(s) da empresa

Nome _____

Nome _____

Nome _____

Nome _____

Nome _____

Carimbo e Assinatura do Responsável Legal (Empresa)

Anexar a este requerimento os seguintes documentos

Fotocópia autenticada:

- Alvará da Prefeitura Municipal;
- Contrato Social;
- Cartão CNPJ.



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