



**CREFITO9**  
Conselho Regional de Fisioterapia e  
Terapia Ocupacional da 9ª Região



**REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE ENTIDADE FILANTRÓPICA**

Ilmo. Sr. **Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 9ª. Região – Crefito-9.**

A Entidade abaixo especificada, vem solicitar a Vsa. , o registro nesta Autarquia, nos termos da Lei Federal nº 6.316/75 e Resolução COFFITO-37/84, Art. 1, inciso I art. 15. Inciso II.

Nome da entidade \_\_\_\_\_

Endereço completo da Entidade		
Nº telefone	Nº CGC/MF	Nº certificado de Fins Filantrópico

**Balço Patrimonial (Capital de Investimento) em Reais, R\$**

Assinalar setor(es) a ser(em) registrado(s) e indicar a data do início das atividades:

FISIOTERAPIA; INICIO\_\_\_/\_\_\_  TERAPIA OCUPACIONAL; INICIO\_\_\_/\_\_\_

Endereço completo do(s) setor(es) \_\_\_\_\_

Indicar a área física ocupada pelo(s) setor(es), e média paciente/dia:

FISIOTERAPIA: \_\_\_\_\_ M<sup>2</sup> PACIENTES/DIA: \_\_\_\_\_  
TERAPIA OCUPACIONAL: \_\_\_\_\_ M<sup>2</sup> PACIENTES/DIA: \_\_\_\_\_

Horário de Atividades do(s) setor(es):

FISIOTERAPIA: das \_\_\_\_\_` as \_\_\_\_\_ h. TERAPIA OCUPACIONAL: das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ h.

Responsabilidade técnica: Indicar nome(s) completo(s), horário de atividade(s) na empresa e numero de inscrição do profissional(is), no CREFITO-9:

NOME: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
NOME: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
NOME: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
NOME: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Indicar nome do proprietário, sócios, diretores ou condôminos da empresa:

NOME: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
NOME: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
NOME: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

**Anexar a este requerimento, os seguintes documentos autenticados:**

- 1) **Comprovante de existência da empresa, a saber:**  
Estatutos, Ata da assembléia, Regimento ou outro instrumento hábil, Certificado de Fins Filantrópicos, e Balço Patrimonial Financeiro referente ao último exercício.
- 2) **CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica**
- 3) **Declaração de Responsabilidade Técnica**

Nestes Termos  
Pede Deferimentos

Assinatura e carimbo do Responsável Legal da Entidade



**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: \_\_\_\_\_ M<sup>2</sup>, 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