



CREFITO-9

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 9ª REGIÃO

Rua H, Lote 02, Quadra 04, Setor A- Centro Político Administrativo- CEP:78.049-911, Cuiabá/MT, FONE (65)3644-4272

REQUERIMENTO PARA CADASTRO

Razão Social _____

Nome Fantasia _____

Endereço Completo _____

Bairro _____ Município _____

CEP: _____ E-mail: _____

CNPJ: _____ Telefone: _____

() Estabelecimento Único () Matriz () Filial () Empresa Terceirizada

Assinalar o setor a ser registrado e indicar a data do início das atividades

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

Fisioterapia das ____ às ____ Terapia Ocupacional das ____ às ____

Indicar Nome completo, horário das atividades e número de inscrição dos profissionais no Crefito-9:

Nome _____ Nº _____

Nome _____ Nº _____

Nome _____ Nº _____

Nome _____ Nº _____

Nome _____ Nº _____

Carimbo e Assinatura do Responsável Legal (Empresa)

- **Cópia autenticada vínculo empregatício ou de prestação de serviços de fisioterapia ou terapia ocupacional;**
- **Cópia autenticada do Contrato Social e Alterações (se houver alteração)**
- **Cópia autenticada do CNPJ;**
- **Cópia autenticada de inscrição ou cadastro no Município;**
- **Cópia autenticada do comprovante de Inscrição em outro Conselho de Classe;**
- **Requerimento de Cadastro preenchido, assinado e carimbado**
- **Obs: Caso os documentos sejam entregues em nossa sede ou subsede e as cópias estiverem acompanhadas dos originais (para conferência) não há necessidade de autenticação em cartório.**



CREFITO-9

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 9ª REGIÃO

Rua H, Lote 02, Quadra 04, Setor A- Centro Político Administrativo- CEP:78.049-911, Cuiabá/MT, FONE (65)3644-4272

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Eu, _____ Crefito-9 Nº _____, declaro ter conhecimento de todas as regulamentações sobre Responsabilidade Técnica, exarada pelo COFFITO e CREFITO-9, e exercer com autonomia as funções profissionais de () **Fisioterapia** () **Terapia Ocupacional**, em atendimento ao preceituado na Lei 6.316/75, Resoluções COFFITO 424/13, 425/13 e 139/92.

Declaro ainda, ter conhecimento do dever de comunicar ao Conselho sobre toda e qualquer alteração de responsabilidade técnica, permanentemente atualizados os dados cadastrais.

Preencher os campos abaixo com os dados da empresa:

Razão Social: _____

Registro no CREFITO-9: RE- _____ - MT ou Cadastro _____ MT

Endereço: _____

Nº _____ Complemento _____ Bairro: _____

Cep: _____ Cidade/UF _____

Fone: () _____ Email: _____

Em caso de terceirização informar o CNPJ da empresa: _____

Em caso de terceirização informar a razão Social da Empresa: _____

Dias de trabalho e horário de atendimento:

Dias de Trabalho	() Segunda	() Terça	() Quarta	() Quinta	() Sexta	() Sábado	() Domingo
Horário de Atendimento							

Declaro ainda, que a respectiva empresa dispõe dos seguintes equipamentos de Fisioterapia/Terapia ocupacional:

Quantidade	Especificação

Local e data: _____, _____ de _____ de 20 _____.

Carimbo e Assinatura do Responsável Técnico