



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 REGISTRO DE ÓRGÃO PÚBLICO

Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 9ª região - CREFITO-9.

O órgão abaixo especificado vem solicitar de V.Sa. o registro nesta Autarquia nos termos da Lei 6.316/75 e Resolução COFFITO-37/84, Art.15 inciso I 122/91:

Nome:.....

Endereço:.....Bairro.....

CEP:.....Cidade.....

Nº.CGC/MF:.....Telefone.....

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

() Fisioterapia início ___/___/___ () T. Ocupacional início ___/___/___

indicar área física ocupada pelo(s) setor(es) e média cliente/dia.

Fisioterapia = M2_____ clientes/dia _____.

Terapia Ocupacional = M2_____ clientes/dia _____.

.horário de atividade do(s) setor(es):

Fisioterapia = das _____ às _____ hs.

T. Ocupacional = das _____ às _____ hs.

Responsabilidade Técnica indicar nome(s) completo(s), horário(s) das atividade(s) na empresa, e No.(s) de inscrição do(s) profissional(is) no CREFITO.

.....
.....
.....

indicar (se for o caso), nome(s) completo(s), horário(s) de atividade(s) na empresa e No.de inscrição no CREFITO de outros Fisioterapeutas e/ou Terapeutas Ocupacionais em atividade na empresa.

.....
.....
.....

indicar nome dos responsáveis pelo órgão

.....
.....

Nestes Termos Pede deferimento

_____, de _____ de _____.

assinatura e carimbo do responsável

pelo órgão

ANEXAR

I - Cópia da Lei que criou o órgão e Cópia da inscrição no CNPJ.

II - Declaração firmada pelo profissional responsável técnico.



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

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