



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 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: _____ M² PACIENTES/DIA: _____

TERAPIA OCUPACIONAL: _____ M² 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 número 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
Pedu Deferimentos

Assinatura e carimbo do Responsável Legal da Entidade



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