



## 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**



### 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

### CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA EMPRESAS QUE TERCEIRIZAM SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA/TERAPIA OCUPACIONAL

#### LOCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL:

Razão Social: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

DDD: \_\_\_\_\_ FONE CELULAR: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

FUNCIONAMENTO DAS \_\_\_\_\_ ÀS \_\_\_\_\_ NOS SEGUINTE DIAS DA SEMANA:

SEGUNDA  TERÇA  QUARTA  QUINTA  SEXTA  SÁBADO  DOMINGO

### EMPRESA CONTRATADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

Nº DE REGISTRO/CADASTRO DA EMPRESA NO CREFITO-9: \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE/UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL TÉCNICO: \_\_\_\_\_ INSCRIÇÃO CREFITO-9: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Carimbo e Assinatura do Responsável Legal (Empresa)**