**REQUERIMENTO DE REGISTRO DE PESSOA JURIDICA**

**TIPO DE ESTABELECIMENTO:**

PRIVADO  PÚBLICO  FILANTRÓPICO

**DADOS DO ESTABELECIMENTO**

MATRIZ FILIAL\*

RAZÃO SOCIAL: **Clique aqui para digitar o nome da empresa/ instituição.**

NOME FANTASIA: Clique aqui para digitar o nome fantasia do estabelecimento.

CNPJ Nº:Clique aqui para digitar o Nº do CNPJ.

ENDEREÇO: Clique aqui para digitar nome da Rua/avenida/praça/etc. Nº

BAIRRO: Clique aqui para digitar o nome do bairro CIDADE: Qual o nome do município?

PONTO DE REFERÊNCIA: Algum ponto de referência? Deixe em branco se não tiver

E-MAIL: Clique aqui para digitar um e-mail de contato

TELEFONE: Clique aqui para digitar um telefone de contato.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

Fisioterapia  Terapia Ocupacional  Fisioterapia e Terapia Ocupacional

**\* NO CASO DE FILIAL, INCLUA AQUI OS DADOS DA MATRIZ:**

CNPJ Nº: Nº do CNPJ da empresa MATRIZ.

Nº DE REGISTRO NO CREFITO: Registro no CREFITO, mesmo se for em outra jurisdição.

ENDEREÇO: Qual é o endereço da matriz?

**REQUERENTE**

NOME:Clique aqui para digitar o nome da pessoa que está requerendo o registro da empresa.

Nº CPF:Clique aqui para digitar o CPF do requerente.

DATA:Clique aqui para digitar a data.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente

**Encaminhar junto a este requerimento:**

1 – Contrato Social OU Requerimento de empresário OU Estatuto OU Lei de Criação;

2 – CNPJ

|  |  |
| --- | --- |
| **Corpo profissional** | |
| **Nome de todos os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais que atuam no local.** | Nº de Registro no CREFITO-15 |
| Clique aqui para digitar texto. |  |
| Clique aqui para digitar texto. |  |
| Clique aqui para digitar texto. |  |
| Clique aqui para digitar texto. |  |
| Clique aqui para digitar texto. |  |
| Clique aqui para digitar texto. |  |
| Clique aqui para digitar texto. |  |
| Clique aqui para digitar texto. |  |
| Clique aqui para digitar texto. |  |
| Clique aqui para digitar texto. |  |
| Clique aqui para digitar texto. |  |
| Clique aqui para digitar texto. |  |
| Clique aqui para digitar texto. |  |
| Clique aqui para digitar texto. |  |
| Clique aqui para digitar texto. |  |
| Clique aqui para digitar texto. |  |
| Clique aqui para digitar texto. |  |
| Clique aqui para digitar texto. |  |
| Clique aqui para digitar texto. |  |
| Clique aqui para digitar texto. |  |
| Clique aqui para digitar texto. | . |
| Clique aqui para digitar texto. |  |

DATA:Clique aqui para digitar texto.

ASSINATURA DO REQUERENTE:

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

Eu, Clique aqui para digitar texto. Inscrito(a) no CREFITO-15 sob nº Clique aqui para digitar texto. **DECLARO**, para os fins previstos nos incisos III, IV e V do art. 4º da resolução COFFITO nº 37/84 e na resolução COFFITO nº 139/92, que exerço função de responsável técnico, com o gozo de autonomia no exercício profissional e exclusividade no desempenho da função profissional de  **Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional**, sendo a mesma exercida no estabelecimento abaixo:

**Nome do Estabelecimento**: Clique aqui para digitar texto.

**Nº CNPJ:** Clique aqui para digitar texto.

**Endereço:** Clique aqui para digitar texto.

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

Local e data: Clique aqui para digitar texto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Responsável Técnico**

**OBSERVAÇÕES:**

• Em caso de estabelecimento possuir mais de um RT, deve ser preenchida uma declaração para cada profissional.

• Nos serviços hospitalares com serviço de terapia intensiva, o RT/fisioterapeuta coordenador pode responder por até 2 UTI’s, e deve possuir especialização em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação (adulto, pediátrica ou neonatal);