



REGISTRO DE EMPRESA

DADOS DO ESTABELECIMENTO

RAZÃO SOCIAL:

NOME FANTASIA:

CNPJ Nº:

ENDEREÇO:

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

☐ Fisioterapia

☐ Terapia Ocupacional

☐ Fisioterapia e Terapia Ocupacional

PRESTA SERVIÇO EM HOSPITAIS: ☐ NÃO

☐ SIM:

QUAIS:

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

CNPJ Nº:

Nº DE REGISTRO NO CREFITO:

ENDEREÇO:

ÓRGÃO PÚBLICO:

Assinatura do Requerente

Para Pessoa Jurídica, Encaminhar junto a este requerimento:

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

2 – CNPJ



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Eu, _____ Inscrito(a) no CREFITO-15
sob nº _____ **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:

Nº CNPJ:

Endereço:

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:

Assinatura do Responsável Técnico

OBSERVAÇÕES:

- Caso o estabelecimento possua 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);



ANEXO 3

SERVIÇOS HOSPITALARES

[] Hosp. Público [] Hosp. Privado [] Hosp. Filantrópico [] Empresa terceirizada

TERAPIA INTENSIVA

(Informe abaixo os dados das UTI's, se necessário anexar listagem)

Nomedaunidade: _____ Tipo: [] UTI [] UTIN [] UTIP [] UTIMista N°deLeitos: _____
RT/FisioterapeutaCoordenador: _____

Nomedaunidade: _____ Tipo: [] UTI [] UTIN [] UTIP [] UTIMista N°deLeitos: _____
RT/FisioterapeutaCoordenador: _____

Nomedaunidade: _____ Tipo: [] UTI [] UTIN [] UTIP [] UTIMista N°deLeitos: _____
RT/FisioterapeutaCoordenador: _____

Nomedaunidade: _____ Tipo: [] UTI [] UTIN [] UTIP [] UTIMista N°deLeitos: _____
RT/FisioterapeutaCoordenador: _____

OBSERVAÇÕES

- O RT/fisioterapeuta coordenador pode responder por até 2UTI's
- Apresentar junto com esse requerimento cópia do título de especialização do RT/ Fisioterapeuta coordenador daUTI.

EMFERMARIAS, EMERGÊNCIA E AMBULATÓRIO

(Informe abaixo os dados das UTI's, se necessário anexar listagem)

Enfermaria: _____ N° deLeitos: _____ Cobertura de Profissionais: [] Fisio [] T. Ocupacional

Enfermaria: _____ N° deLeitos: _____ Cobertura de Profissionais: [] Fisio [] T. Ocupacional

Enfermaria: _____ N° deLeitos: _____ Cobertura de Profissionais: [] Fisio [] T. Ocupacional

Enfermaria: _____ N° deLeitos: _____ Cobertura de Profissionais: [] Fisio [] T. Ocupacional

Emergência: _____ N°de Leitos: _____ Cobertura de Profissionais: [] Fisio [] T.Ocupacional

Fisioterapeuta ResponsávelTécnco: _____

Terapeuta Ocupacional ResponsávelTécnico: _____

_____, ____/____/____

Assinatura e carimbo do Responsável Técnico

4