

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE ÓRGÃO PÚBLICO E ENTIDADE FILANTRÓPICA

ome Fantasia:					
ndereço:					N º
omplemento:				Bairro:	
dade:			_CEP: _ _ _	_ _ - _ _	_ UF: _
ones: _ - _	_ _ _ _ .	_ _ / _ -	_ _ _ _	_	
-mail:					
ssinalar conforme o caso:	: () Estabelecimo	ento único; () Matriz;	() Filial.		
				l;	
ssinalar o(s) setor(es) a se				l;	
ssinalar o(s) setor(es) a se Áreas de Atuação:			Terapia Ocupaciona		cional
ssinalar o(s) setor(es) a se Áreas de Atuação: () Acupuntura	er(em) registrado((s): () Fisioterapia;()	Terapia Ocupaciona	() Dermato Fund	
Áreas de Atuação: () Acupuntura () Do Trabalho	er(em) registrado((s): () Fisioterapia;() () Ambulatorial/Clínica	Terapia Ocupaciona () Cardiovascular () Neurofuncional	() Dermato Fund () Atenção Básic	ca
Áreas de Atuação: () Acupuntura () Do Trabalho () Oncologia	er(em) registrado(() Aquática () Domiciliar () Osteopatia	(s): () Fisioterapia;() () Ambulatorial/Clínica () Esportiva	Terapia Ocupaciona () Cardiovascular () Neurofuncional	() Dermato Fund () Atenção Básio () Saúde da Mul	ca Iher
() Do Trabalho () Oncologia	er(em) registrado(() Aquática () Domiciliar () Osteopatia () T. Ortopedia	(s): () Fisioterapia;() () Ambulatorial/Clínica () Esportiva () Pediatria () Terapia Intensiva	Terapia Ocupaciona () Cardiovascular () Neurofuncional () Respiratória	() Dermato Fund () Atenção Básic () Saúde da Mul () Contextos Ho	ca Iher



Nome Completo do(s) Profissional(is) e responsável(is) técnico(s)	Nº de Registro	Horário Atendimento

Anexar a este requerimento, os seguintes documentos:

ENTIDADE FILANTRÓPICA	ORGÃO PÚBLICO
-Cópia autenticada do Estatuto Social e Ata de Assembleia e Certificado de Entidade Filantrópica;	- Cópia autenticada da Lei de Criação ou Portaria e suas alterações;
- Certificado de Fins Filantrópicos	- Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);	- Declaração de Responsabilidade Técnica (anexo).
- Declaração de Responsabilidade Técnica (anexo).	besiaração de nesponsabilidade recinica (unexo).

O CREFITO-13 ressalta que **somente** aceitará documentação, mediante a apresentação de **todos** os documentos acima arrolados, nos termos do que dispõe a Resolução COFFITO 08/78 Art. 29.

NESTES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO.

Local e data:		, de	de	·
_	Assinatura do	Responsável Legal		

^{*}Se o número de profissionais ultrapassar o espaço acima, encaminhar lista completa em anexo.

^{*}Para a emissão da DRF é necessário que tanto a empresa, quanto os profissionais estejam regulares junto ao CREFITO-13.



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Resolução COFFITO-37/84, Art. 4º., Incisos IV e V; Resolução COFFITO-139/92, Art. 1º., Parágrafo único I, II e III

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) turno(s): () Matutino () Vespertino () Noturno. Nos dias: () Segunda – Feira () Terça – Feira () Quarta- Feira () Quinta – Feira () Sexta – Feira ()Sábado () Domingo. Na Entidade (Razão Social): Endereço: Declaro mais, que a entidade é destinada ás atividades de FISIOTERAPIA E/OU TERAPIA OCUPACIONAL, com atendimento em média de ______clientes /dia. Declaro ainda, que a entidade dispõe dos seguintes equipamentos de Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional: **ESPECIFICAÇÃO QUANTIDADE**

Assinatura e carimbo do Responsável Técnico