



## REQUERIMENTO DE REGISTRO DE ÓRGÃO PÚBLICO E ENTIDADE FILANTRÓPICA

CNPJ: |\_|\_|. |\_|\_|\_|. |\_|\_|\_|/ |\_|\_|\_|\_|- |\_|\_|\_|

Razão Social: \_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: |\_|\_|\_|\_|\_|- |\_|\_|\_| UF: |\_|\_|

Fones: |\_|\_|- |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|- |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

E-mail: \_\_\_\_\_.

Assinalar conforme o caso: ( ) Estabelecimento único; ( ) Matriz; ( ) Filial.

Assinalar o(s) setor(es) a ser(em) registrado(s): ( ) Fisioterapia; ( ) Terapia Ocupacional;

### Áreas de Atuação:

- |                      |                  |                          |                     |                            |
|----------------------|------------------|--------------------------|---------------------|----------------------------|
| ( ) Acupuntura       | ( ) Aquática     | ( ) Ambulatorial/Clínica | ( ) Cardiovascular  | ( ) Dermato Funcional      |
| ( ) Do Trabalho      | ( ) Domiciliar   | ( ) Esportiva            | ( ) Neurofuncional  | ( ) Atenção Básica         |
| ( ) Oncologia        | ( ) Osteopatia   | ( ) Pediatria            | ( ) Respiratória    | ( ) Saúde da Mulher        |
| ( ) Quiropraxia      | ( ) T. Ortopedia | ( ) Terapia Intensiva    | ( ) TO Gerontologia | ( ) Contextos Hospitalares |
| ( ) Saúde da Família | ( ) Saúde Mental | ( ) Saúde Coletiva       | ( ) Saúde Funcional | ( ) Gerontologia           |
| ( ) Geral            | ( ) Outras       |                          |                     |                            |

Outros: \_\_\_\_\_



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

\*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.

**Anexar a este requerimento, os seguintes documentos:**

| ENTIDADE FILANTRÓPICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ORGÃO PÚBLICO                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>-Cópia <b>autenticada</b> do Estatuto Social e Ata de Assembleia e Certificado de Entidade Filantrópica;</li><li>- Certificado de Fins Filantrópicos</li><li>- Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);</li><li>- Declaração de Responsabilidade Técnica (anexo).</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Cópia <b>autenticada</b> da Lei de Criação ou Portaria e suas alterações;</li><li>- Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);</li><li>- Declaração de Responsabilidade Técnica (anexo).</li></ul> |

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**



## 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 às 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:

QUANTIDADE

ESPECIFICAÇÃO

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Responsável Técnico