



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

ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

() INSTITUCIONAL / HOSPITAL () ORGÃO PÚBLICO () EMPRESA PRIVADA
() CONSULTÓRIO () FILANTRÓPICO () OUTROS

RAZAO SOCIAL DA EMPRESA - OU - NOME DO CONSULTORIO PESSOA FÍSICA:

NOME FANTASIA (Pessoa Jurídica): _____

CNPJ / CPF.: _____

NÚMERO REGISTRO NO CONSELHO: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____

CEP: _____ * E-MAIL (obrigatório): _____

TELEFONE: _____ CELULAR: _____

() ESTABELECIMENTO ÚNICO () MATRIZ () FILIAL| CAPITAL SOCIAL R\$ _____

DATA INICIO DAS ATIVIDADES:

() FISIOTERAPIA : ____/____/____ () TERAPIA OCUPACIONAL: ____/____/____

INDICAR AREA FISICA OCUPADA PELO SETOR e MEDIA DE PACIENTES/DIA:

FISIOTERAPIA = _____ M² PACIENTES/DIA = _____

T. OCUPACIONAL = _____ M² PACIENTES/DIA = _____

HORARIO DAS ATIVIDADES: _____

INDICAR NOME COMPLETO, HORARIO DE ATIVIDADE, NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CREFITO DE FISIOTERAPEUTAS E/OU TERAPEUTAS OCUPACIONAIS EM ATIVIDADE NA EMPRESA:

CREFITO-9/_____ Nome: _____ Horário: _____

CREFITO-9/_____ Nome: _____ Horário: _____

CREFITO-9/_____ Nome: _____ Horário: _____

CREFITO-9/_____ Nome: _____ Horário: _____

CREFITO-9/_____ Nome: _____ Horário: _____

CREFITO-9/_____ Nome: _____ Horário: _____

PROPRIETÁRIO DA EMPRESA, SÓCIO, DIRETORES OU CONDOMÍNIOS.

NESTES TERMOS
PEDE DEFERIMENTO,

_____, _____ de _____ de _____

ASSINATURA E CARIMBO DO PROPRIETÁRIO



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

**Resolução COFFITO-37/84, Art. 4º., Incisos IV e V;
Resolução COFFITO-139/92, Art. 1º., Parágrafo único I, II e III
Portaria Crefito-8/005/92**

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) **horário(s)**: _____

nos **dias** _____

na **Entidade**: _____

Endereço: _____

Declaro mais, que a entidade dispõe da seguinte **área física** destinada às atividades de FISIOTERAPIA E/OU TERAPIA OCUPACIONAL: _____ M², para **atendimento médio** de _____ clientes /dia.

Declaro ainda, que a entidade dispõe dos seguintes equipamentos de Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional:

QUANTIDADE

ESPECIFICAÇÃO

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura e carimbos dos Responsáveis Técnicos