



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA DÉCIMA SEXTA REGIÃO - CREFITO-16

Endereço: Av. do Vale, Quadra 23, Lote 09, Sala 305. Ed. Carraras CEP: 6507-5660 Bairro: Renascença II São Luís/MA

Horário de Atendimento: 09h às 13h e 14h às 17h – Fone: (98) 3304-7779 / 3304-7774

---

## **REQUERIMENTO DE REGISTRO DE LOCAL DE ATENDIMENTO EMPRESA**

O Registro de Empresa no Crefito-16 é obrigatório para toda pessoa jurídica estabelecida no Maranhão que presta serviços de Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional. O prazo para a conclusão do procedimento é de aproximadamente 15 dias após a entrega de todos os documentos relacionados abaixo. Sua regulamentação está na Resolução Coffito nº 37/1984.

### **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:**

- Requerimento para registro de empresa (preenchido e assinado pelo profissional);
- Declaração de responsabilidade técnica preenchida e assinada pelo próprio profissional com inscrição regular no Crefito-16 e habilitado(s) para a(s) atividade(s) que será(ão) exercida(s) no estabelecimento;
- Cópia autenticada do Contrato Social (ou Requerimento de Empresário) registrado na junta comercial ou cartório equivalente (caso existam alterações contratuais, enviar a última alteração e a última consolidação do Contrato Social);
  - Se for filial:** Cópia autenticada da alteração contratual onde a respectiva unidade foi criada
- Cópia autenticada do alvará de licença para localização e/ou funcionamento (emitido pela prefeitura, no documento deve constar o nome do profissional e o endereço do estabelecimento);
- Comprovante de inscrição no CNPJ (impresso no site da Receita Federal);
- Cópia do comprovante de pagamento referente às taxas de registro e à anuidade (proporcional à data de solicitação do registro).

### **Registro para a realização das seguintes atividades:**

- Comercialização, Industrialização e/ou Locação do(s) item(ns) relacionados abaixo:
- 

Atendimento fisioterapêutico terceirizado para \_\_\_\_\_ pacientes/dia (média prevista).

Atendimento terapêutico ocupacional terceirizado para \_\_\_\_\_ pacientes/dia (média prevista).



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA DÉCIMA SEXTA REGIÃO - CREFITO-16**

Endereço: Av. do Vale, Quadra 23, Lote 09, Sala 305. Ed. Carraras CEP: 6507-5660 Bairro: Renascença II São Luís/MA

Horário de Atendimento: 09h às 13h e 14h às 17h – Fone: (98) 3304-7779 / 3304-7774

**REQUERIMENTO DE REGISTRO DE LOCAL DE ATENDIMENTO EMPRESA**

**Solicito**, através do presente requerimento, que seja efetuado o cadastro da pessoa jurídica contratante do serviço que está discriminada abaixo:

Local e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Profissional \_\_\_\_\_

Carimbo ou Nome do Profissional (legível) \_\_\_\_\_

**DADOS DO ESTABELECIMENTO:**

Funcionamento das \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min às \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min nos seguintes dias da semana:

SEGUNDA     TERÇA     QUARTA     QUINTA     SEXTA     SÁBADO

Endereço \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

DDD \_\_\_\_\_ Fone Comercial \_\_\_\_\_ Fone Celular \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**RELAÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS**

**Nº DE INSCRIÇÃO**

<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____