



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 EM FILIAL**

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 sócio-administrador;
- Declaração(ões) de responsabilidade técnica preenchida(s) e assinada(s) pelo(s) profissional(is) 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 a Razão Social 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)

*- O pagamento da taxa deverá ser realizado na rede bancária ou em lotéricas. Após a data de vencimento, solicitar outro boleto bancário com nova data de vencimento*

### **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 EM FILIAL**

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

Razão Social \_\_\_\_\_

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

CNPJ \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
 Matriz  
 Filial Nº \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_

Nome do Sócio-Administrador (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"/>	_____	_____