



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHOREGIONALDEFISIOTERAPIAETERAPIAOCCUPACIONALDADÉCIMASEXTAREGIÃO-CREFITO-16

Endereço: Rua das Andirobas, nº 40, Ed. Executive Lake Center, 1º Andar, Sala 109 CEP: 65075-040 Bairro: Jardim Renascença São Luís/MA

Horário de Atendimento: Segunda a Sexta-feira das 09h às 17h – Fone: (98) 3304-7774 / 3304-7779

Site: www.crefito16.gov.br / E-mail: crefito16@crefito16.gov.br

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE LOCAL DE ATENDIMENTO TERCEIRIZADO

O Cadastro de atendimento terceirizado no CREFITO-16 é obrigatório para toda pessoa jurídica que contrata os serviços (de Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional) prestados por outra pessoa jurídica. O prazo para a conclusão do procedimento é de aproximadamente 15 dias após a entrega de todos os documentos relacionados abaixo.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

- Requerimento para cadastro de atendimento terceirizado preenchido e assinado pelo responsável legal pela pessoa jurídica contratante ou pela pessoa jurídica contratada;
- Comprovante de inscrição no CNPJ da pessoa jurídica contratante (impresso no site da Receita Federal);
- Cópia autenticada do contrato de prestação de serviços (de fisioterapia e/ou terapia ocupacional) firmado entre a pessoa jurídica contratante e a pessoa jurídica contratada.

- Se o contrato de prestação de serviços já tiver expirado (fora do prazo de vigência), será necessário apresentar os aditivos contratuais referente à vigência no período de solicitação do cadastro.

- A pessoa jurídica contratada para a prestação do serviço de fisioterapia e/ou terapia ocupacional deverá estar registrada no CREFITO-16.

- Não há cobrança de taxas, emolumentos e anuidades.

Registro para a realização das seguintes atividades:

- Atendimento fisioterapêutico terceirizado para _____ pacientes/dia (média prevista).
- Atendimento terapêutico ocupacional terceirizado para _____ pacientes/dia (média prevista).

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

Nome do Estabelecimento _____

CNPJ _____/_____-_____

Próprio

Mantenedora



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHOREGIONALDEFISIOTERAPIAETERAPIAOCCUPACIONALDADÉCIMASEXTAREGIÃO-CREFFITO-16

Endereço: Rua das Andirobas, nº 40, Ed. Executive Lake Center, 1º Andar, Sala 109 CEP: 65075-040 Bairro: Jardim Renascença São Luís/MA

Horário de Atendimento: Segunda a Sexta-feira das 09h às 17h – Fone: (98) 3304-7774 / 3304-7779

Site: www.crefito16.gov.br / E-mail: crefito16@crefito16.gov.br

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE LOCAL DE ATENDIMENTO TERCEIRIZADO

Local e Data _____, _____ de _____ de _____

Assinatura _____

Nome do Responsável Legal (legível) _____

DADOS DO ESTABELECIMENTO ONDE O SERVIÇO TERCEIRIZADO É REALIZADO:

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 _____

DADOS DA PESSOA JURÍDICA CONTRATADA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Nº de Registro no Crefito-16: E- _____ -MA CNPJ _____ / _____ - _____

Razão Social _____

Endereço _____

Nº _____ Complemento _____ Bairro _____

Cidade _____ UF _____ CEP _____