



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 ENTIDADE FILANTRÓPICA**

O Registro de Entidade Filantrópica no Crefito-16 é obrigatório para toda entidade beneficente de assistência social 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 224/2001.

### **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:**

- Requerimento para registro de entidade filantrópica preenchido e assinado pelo responsável legal;
- 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 comprovante de vínculo entre o(s) responsável(is) técnico(s) e a entidade.
- Cópia autenticada do comprovante de existência (estatuto ou similar) registrado na junta comercial ou em cartório equivalente;
- Comprovante de inscrição no CNPJ (impresso no site da Receita Federal);
- Cópia autenticada do certificado de fins filantrópicos emitido pelo CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social.
- Cópia autenticada do Alvará de licença para localização e/ou funcionamento emitido pela prefeitura (no documento deve constar a Razão Social da entidade e o endereço do estabelecimento);

*- Caso a entidade não possua o certificado de fins filantrópicos emitido pelo CNAS, poderá encaminhar outros documentos e solicitar que a diretoria deste regional analise a possibilidade de enquadramento como entidade filantrópica.*

*- 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).



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 ENTIDADE FILANTRÓPICA**

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

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

Assinatura \_\_\_\_\_

Nome do Responsável Legal (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"/>	_____	_____