

## REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE ÓRGÃO PÚBLICO

Ilmo. Sr.

**Dr. Alexandre Doval da Costa**

Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª Região

Conforme o disposto na Resolução Nº 37/84 do COFFITO, solicito o registro nesta Autarquia da pessoa jurídica discriminada abaixo para a(s) atividade(s) de:

- Prestação de Serviço em Fisioterapia  
 Prestação de Serviço em Terapia Ocupacional

**Nome do Local de Atendimento:** \_\_\_\_\_

**Órgão Mantenedor:** \_\_\_\_\_

**Nº do CNPJ:** \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_-\_\_\_\_

situado na ( )Rua ( )Av.: \_\_\_\_\_

N.º: \_\_\_\_\_ Sala/Conjunto: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: **RS**

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

O atendimento é realizado das \_\_\_\_h. \_\_\_\_min. às \_\_\_\_h. \_\_\_\_min., nos seguintes dias:

- Segunda  Terça  Quarta  Quinta  Sexta  Sábado  Domingo

É R.T.? Relação de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais: Nº de Inscrição:

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

### Anexos:

- Declaração de Responsabilidade Técnica preenchida e assinada por cada um dos R.T.s assinalados acima (no mínimo **um** profissional para cada área);
- Comprovante de Vínculo entre cada Responsável Técnico e o Órgão Público (cópia de Portaria de Nomeação ou de Contrato de Prestação de Serviços, ou outro documento);
- Comprovante de Endereço (cópia de Alvará de Localização ou de outro documento com o endereço do local de atendimento).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável pelo Local de Atendimento

\_\_\_\_\_  
Nome Legível ou Carimbo