

## REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE EMPRESA

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       Comercialização, Industrialização e/ou  
 Prest. Serviço em Terapia Ocupacional       Locação de Equipamentos de uso em  
fisioterapia e/ou terapia ocupacional

**Razão Social:** \_\_\_\_\_

**CNPJ:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_       **Matriz**       **Filial Nº** \_\_\_\_\_

**Nome (Fantasia) do Local de Atendimento:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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 que a entidade presta serviço);
- Cópia **autenticada** do Contrato Social ou Requerimento de Empresário (incluir Alterações Contratuais, todos os documentos precisam estar registrados na Junta Comercial ou cartório equivalente);
- Cópia **autenticada** do Alvará de Licença, Funcionamento e/ou de Localização);
- Cópia do comprovante de inscrição no CNPJ (impresso no site da Receita);
- Cópia do comprovante de pagamento.

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

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

\_\_\_\_\_  
Nome Legível ou Carimbo