

## **CADASTRO DE ATENDIMENTO TERCEIRIZADO**

O CADASTRO DE ATENDIMENTO TERCEIRIZADO NO CREFITO-5 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. SUA REGULAMENTAÇÃO ESTÁ NA PORTARIA CREFITO-5 Nº 02/2011.

### **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-5.
- CASO OS DOCUMENTOS SEJAM ENTREGUES EM NOSSA SEDE OU SECCIONAIS E AS CÓPIAS ESTIVEREM ACOMPANHADAS DOS ORIGINAIS (PARA CONFERÊNCIA), NÃO SERÁ NECESSÁRIA A AUTENTICAÇÃO EM TABELIONATO.
- NÃO HÁ COBRANÇA DE TAXAS, EMOLUMENTOS E ANUIDADES.

### **ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO**

- A DOCUMENTAÇÃO PODERÁ SER ENTREGUE EM NOSSA SEDE, SECCIONAIS OU ENVIADA PELO CORREIO.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SEDE PORTO ALEGRE<br>AVENIDA PALMEIRA, 27/403<br>CEP 90470-300<br>FONE/FAX: (51) 3334-6586<br><a href="mailto:CREFITO5@CREFITO5.ORG.BR">CREFITO5@CREFITO5.ORG.BR</a> | <input type="checkbox"/> SECCIONAL CAXIAS DO SUL<br>RUA MOREIRA CÉSAR, 2715/21<br>CEP 95034-000<br>FONE/FAX: (54) 3215-2872<br><a href="mailto:CAXIASDOSUL@CREFITO5.ORG.BR">CAXIASDOSUL@CREFITO5.ORG.BR</a> | <input type="checkbox"/> SECCIONAL SANTA MARIA<br>ALAMEDA MONTEVIDÉO, 322/204<br>CEP 97050-030<br>FONE/FAX: (55) 3221-6730<br><a href="mailto:SANTAMARIA@CREFITO5.ORG.BR">SANTAMARIA@CREFITO5.ORG.BR</a> |
|---|---|--|

**APÓS O DEFERIMENTO DO CADASTRO DE ATENDIMENTO TERCEIRIZADO (EM REUNIÃO DE DIRETORIA),  
A DRF (DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE DE FUNCIONAMENTO)  
SERÁ ENVIADA PARA O ENDEREÇO DO LOCAL DE ATENDIMENTO.**

## REQUERIMENTO PARA CADASTRO DE ATENDIMENTO TERCEIRIZADO

PARA A REALIZAÇÃO DAS SEGUINTE 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:

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 SEGUINTE DIAS DA SEMANA:

SEGUNDA  TERÇA  QUARTA  QUINTA  SEXTA  SÁBADO  DOMINGO

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-5: **E- \_\_\_\_\_ -RS** CNPJ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

RAZÃO SOCIAL \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_

CIDADE/UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_