

## REGISTRO DE EMPRESA

O REGISTRO DE EMPRESA NO CREFITO-5 É OBRIGATÓRIO PARA TODA PESSOA JURÍDICA ESTABELECIDADA NO RIO GRANDE DO SUL 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 37/1984.

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE EMPRESA PREENCHIDO E ASSINADO PELOSÓCIO-ADMINISTRADOR;
- DECLARAÇÃO(ÕES) DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA PREENCHIDA(S) E ASSINADA(S) PELO(S) PROFISSIONAL(IS) COM INSCRIÇÃO REGULAR NO CREFITO-5 E HABILITADO(S) PARA A(S) ATIVIDADE(S) QUE SERÁ(ÃO) EXERCIDA(S) NO ESTABELECIMENTO;
- CÓPIA **AUTENTICADA** DO CONTRATO SOCIAL (OU REQUERIMENTO DE EMPRESÁRIO) REGISTRADO NA JUNTA COMERCIAL OU CARTÓRIO EQUIVALENTE (CASO EXISTAM ALTERAÇÕES CONTRATUAIS, ENVIAR A ÚLTIMA ALTERAÇÃO E A ÚLTIMA CONSOLIDAÇÃO DO CONTRATO SOCIAL);
  - o SE FOR FILIAL: CÓPIA **AUTENTICADA** DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL ONDE A RESPECTIVA UNIDADE FOI CRIADA.
- COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CNPJ (IMPRESSO NO SITE DA RECEITAFEDERAL);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE PAGAMENTO REFERENTE ÀS TAXAS DE REGISTRO E À ANUIDADE (PROPORCIONAL À DATA DE SOLICITAÇÃO DO REGISTRO).

- 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.

- O PAGAMENTO DA TAXA DEVERÁ SER REALIZADO NA REDE BANCÁRIA OU EM LOTÉRICAS. APÓS A DATA DE VENCIMENTO, SOLICITAR OUTRO BOLETO BANCÁRIO COM NOVA DATA DE VENCIMENTO.

### 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 REGISTRO DE EMPRESA (EM REUNIÃO DE DIRETORIA),  
O CERTIFICADO DE REGISTRO E A DRF (DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE DE FUNCIONAMENTO)  
SERÃO ENVIADOS PARA O ENDEREÇO DA EMPRESA.**

## REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE EMPRESA

PARA A REALIZAÇÃO DAS SEGUINTE ATIVIDADES:

COMERCIALIZAÇÃO, INDUSTRIALIZAÇÃO E/OU LOCAÇÃO DO(S) ITEM(NS) RELACIONADOS ABAIXO:

\_\_\_\_\_

ATENDIMENTO **FISIOTERAPÊUTICO** DE \_\_\_\_\_ PACIENTES/DIA (MÉDIA PREVISTA).

ATENDIMENTO **TERAPÊUTICO OCUPACIONAL** DE \_\_\_\_\_ PACIENTES/DIA (MÉDIA PREVISTA).

SOLICITO, ATRAVÉS DO PRESENTE REQUERIMENTO, QUE SEJA EFETUADA A INSCRIÇÃO DA PESSOA JURÍDICA DISCRIMINADA ABAIXO:

RAZÃO SOCIAL \_\_\_\_\_

NOME FANTASIA \_\_\_\_\_

CNPJ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

MATRIZ

FILIAL Nº \_\_\_\_\_

LOCAL E DATA \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_.

ASSINATURA \_\_\_\_\_

NOME DO SÓCIO-ADMINISTRADOR (LEGÍVEL) \_\_\_\_\_

### DADOS DO ESTABELECIMENTO

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 \_\_\_\_\_

### RELAÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

### Nº DE INSCRIÇÃO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

**DECLARO**, PARA OS FINS PREVISTOS NOS INCISOS III, IV E V DO ART. 4º DA RESOLUÇÃO COFFITO Nº 37/84 E NA RESOLUÇÃO COFFITO Nº 139/92, QUE EXERÇO FUNÇÃO DE RESPONSÁVEL TÉCNICO, COM O GOZO DE AUTONOMIA NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL E EXCLUSIVIDADE NO DESEMPENHO DE MINHA FUNÇÃO, SENDO A MESMA EXERCIDA NO ESTABELECIMENTO ABAIXO:

- EM MEU CONSULTÓRIO, ONDE É REALIZADO ATENDIMENTO DE FORMA AUTÔNOMA;
- NA SEDE/FILIAL DA PESSOA JURÍDICA (PARA A QUAL TRABALHO) COM A SEGUINTE RAZÃO SOCIAL:

- NA(S) PESSOA(S) JURÍDICA(S) QUE CONTRATA(M) A PESSOA JURÍDICA PARA A QUAL TRABALHO\*  
(NESTES CASOS, SOLICITE INFORMAÇÕES SOBRE O CADASTRO DE ATENDIMENTO TERCEIRIZADO, ATRAVÉS DO E-MAIL [SECRETARIA1@CREFITOS.ORG.BR](mailto:SECRETARIA1@CREFITOS.ORG.BR))

E FICO A DISPOSIÇÃO DAS \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ MIN ÀS \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ MIN NOS SEGUINTE DIAS DA SEMANA:

- SEGUNDA  TERÇA  QUARTA  QUINTA  SEXTA  SÁBADO  DOMINGO

**DECLARO TAMBÉM** QUE O LOCAL DISPÕE DE UM ESPAÇO FÍSICO COM ÁREA DE \_\_\_\_\_ M<sup>2</sup> DESTINADO:

- AO COMÉRCIO E/OU FABRICAÇÃO DO(S) SEGUINTE(S) PRODUTO(S): \_\_\_\_\_

- À PRESTAÇÃO DE SERVIÇO NA(S) ÁREA(S) DE \_\_\_\_\_ PARA APROXIMADAMENTE \_\_\_\_\_ PACIENTES POR DIA (NÚMERO MÉDIO ESTIMADO), COM A UTILIZAÇÃO DOS SEGUINTE EQUIPAMENTOS:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

ENTRE OUTROS. OS ATENDIMENTOS SERÃO REALIZADOS ATRAVÉS DE:

- CONSULTA PARTICULAR  CONVÊNIO COM O SUS
- OUTROS CONVÊNIOS: \_\_\_\_\_

LOCAL E DATA \_\_\_\_\_, DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_.

ASSINATURA \_\_\_\_\_

(COLOCAR CARIMBO OU ESCREVER NOME LEGÍVEL DO PROFISSIONAL ABAIXO)