

REGISTRO DE ENTIDADE FILANTRÓPICA

O REGISTRO DE ENTIDADE FILANTRÓPICA NO CREFITO-5 É OBRIGATÓRIO PARA TODA ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL ESTABELECIDA 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 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-5 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.

- 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.

- CASO A ENTIDADE NÃO POSSUA O CERTIFICADO DE FINS FILANTRÓPICOS EMITIDO PELO CNAS, PODERÁ ENCAMINHAR OUTROS DOCUMENTOS E SOLICITAR QUE A DIRETORIA DESTA REGIONAL ANALISE A POSSIBILIDADE DE ENQUADRAMENTO COMO ENTIDADE FILANTRÓPICA.

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

**APÓS O DEFERIMENTO DO REGISTRO DE ENTIDADE FILANTRÓPICA (EM REUNIÃO DE DIRETORIA),
O CERTIFICADO DE REGISTRO E A DRF (DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE DE FUNCIONAMENTO)
SERÃO ENVIADOS PARA O ENDEREÇO DA ENTIDADE.**

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@CREFITO5.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 _____ M² 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)