|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  **CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO - DF e GO** | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS DA EMPRESA – REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE EMPRESA** | | | | | | | | | | | | | | |
| RAZÃO SOCIAL E NOME FANTASIA DA EMPRESA [ ] | | | | | | | | | | | | | | |
| NATUREZA DA ATIVIDADE DA EMPRESA  [ ] FISIOTERAPIA [ ] TERAPIA OCUPACIONAL | | | | | DATA INÍCIO DAS ATIVIDADES  ] | | HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO  [ ] | | | CNPJ [ ] | | | | |
| CNPJ [ ] | | | | INSCRIÇÃO ESTADUAL/MUNICIPAL [ | | | Nome do Proprietário/Sócios ] | | | | | | | |
| ENDEREÇO [ c c ] | | | | | | | | | Nº [ c ] | | | | COMPLEMENTO [ ] | |
| BAIRRO [ x x } | | | CIDADE ( c c ] | | | | | UF [ v ] | | CEP [ ] | | | | |
| E-MAIL [ x ] | | | | | | | | TELEFONE COMERCIAL  ( ) [ } | | | TELEFONE  ( )[ ] | | | |
| **RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS E ESTAGIÁRIOS DO CORPO CLÍNICO**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **NR**  **ORD** | **NOME** | **CREFITO**  **Nº** | **CATEGORIA** | | **DATA**  **ADMISSÃO** | **TURNO DE**  **TRABALHO** | | **FISIO** | **TO** | | **01** |  |  | [ ] | [ ] |  | [ ] M [ ] V [ ] N | | **02** |  |  | [ ] | [ ] |  | [ ] M [ ] V [ ] N | | **03** |  |  | [ ] | [ ] |  | [ ] M [ ] V [ ] N | | **04** |  |  | [ ] | [ ] |  | [ ] M [ ] V [ ] N | | **05** |  |  | [ ] | [ ] |  | [ ] M [ ] V [ ] N | | **06** |  |  | [ ] | [ ] |  | [ ] M [ ] V [ ] N | | **07** |  |  | [ ] | [ ] |  | [ ] M [ ] V [ ] N | | **08** |  |  | [ ] | [ ] |  | [ ] M [ ] V [ ] N | | **09** |  |  | [ ] | [ ] |  | [ ] M [ ] V [ ] N | | **10** |  |  | [ ] | [ ] |  | [ ] M [ ] V [ ] N | | **11** |  |  | [ ] | [ ] |  | [ ] M [ ] V [ ] N | | **12** |  |  | [ ] | [ ] |  | [ ] M [ ] V [ ] N | | **13** |  |  | [ ] | [ ] |  | [ ] M [ ] V [ ] N | | **14** |  |  | [ ] | [ ] |  | [ ] M [ ] V [ ] N | | **15** |  |  | [ ] | [ ] |  | [ ] M [ ] V [ ] N |   **RELAÇÃO DE ESTAGIÁRIOS (Se houver)**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **NR**  **ORD** | **NOME** | **INST. DE ENSINO** | **CATEGORIA** | | **Periodo do Curso** | **TURNO DE**  **TRABALHO** | | **FISIO** | **TO** | | **01** |  |  | [ ] | [ ] |  | [ ] M [ ] V [ ] N | | **02** |  |  | [ ] | [ ] |  | [ ] M [ ] V [ ] N | | **03** |  |  | [ ] | [ ] |  | [ ] M [ ] V [ ] N | | **04** |  |  | [ ] | [ ] |  | [ ] M [ ] V [ ] N | | **05** |  |  | [ ] | [ ] |  | [ ] M [ ] V [ ] N |   **DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA** | | | | | | | | | | | | | | |
| ÁREA DA RESPONSABILIDADE TÉCNICA  [ ] FISIOTERAPIA | [ ] TERAPIA OCUPACIONAL | | | |  | TURNO(S) QUE ATUA NA EMPRESA  [ ] MATUTINO [ ] VESPERTINO | | | | | | [ | | ] NOTURNO |
| 1. *Dados do Responsável Técnico* | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO [ c } | | | | | | | | | | | | | | |
| CPF [ ] | | CREFITO Nº [ ] | | | | ENDEREÇO RESIDENCIAL [ v ] | | | | | | | | |
| COMPLEMENTO [ n ] | | | | | | | | | Nº [ ] | | | COMPLEMENTO [ c c ] | | |
| BAIRRO [ VVV } | | | CIDADE [ c v ] | | | | | UF ( } ] | | CEP [ ] | | | | |
| E-MAIL [ ] | | | | | | | | TELEFONE RESIDENCIAL [ c ] | | | TELEFONE CELULAR [ c ] | | | |
| **DECLARAÇÃO**  Declaro, em cumprimento ao previsto no inciso III, do Art 4º da Resolução COFFITO nº 37/84, que exerço função de Responsável Técnico, na empresa supramencionada, revestido de autonomia no exercício profissional e exclusividade no desempenho de minha função. Declaro, ainda, ter ciência das obrigações a mim imputadas, enquanto Responsável Técnico, conforme a Resolução COFFITO n° 139/92, devendo, sempre:   1. *garantir que a empresa na qual trabalho esteja regularmente inscrita no CREFITO 11, com sua documentação em dia e os dados atualizados, inclusive dados de corpo clínico;* 2. *garantir que os serviços nas áreas da Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional, sejam prestados apenas por profissionais legalmente habilitados, bem como que durante os horários de atendimento à clientela, estejam em atividades no serviço, profissionais, em número compatível com a natureza da atenção à ser prestada;* 3. *cumprir e fazer cumprir as leis, resoluções e demais normas em vigor, a fim de garantir a dignidade profissional e a prestação de um serviço de qualidade à sociedade, norteado pelos princípios éticos.*   Estou ciente que posso receber notificações e informe do CREFITO 11, por meio do meu e-mail pessoal ou da empresa.  ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de de 20 .  Cidade, Data  Nome e assinatura do Responsável Administrativo  Nome e assinatura do Responsável Técnico | | | | | | | | | | | | | | |
| SCS Quadra 8, Venâncio Shopping, Bloco B-60, 4º andar, sala 440 - Asa Sul - Brasília/DF - CEP 70333900  Av. República do Líbano 2341, Quadra D-7 Lotes 67/70 - Ed. Center Shopping Tamandaré, Andar L3, Sala 40 - Setor Oeste - Goiânia/GO - CEP: 74125904 atendimento@crefito11.gov.br; [atendimentosubsede@crefito11.gov.br](mailto:atendimentosubsede@crefito11.gov.br)  *Central telefônica : (61) 3225-1111* | | | | | | | | | | | | | | |