



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL**  
**DA 14ª REGIÃO – PIAUÍ**

**Ilustríssimo Senhor Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 14ª Região**

Razão Social: \_\_\_\_\_

por seu representante legal, vem solicitar registro neste Conselho, nos termos da Legislação em vigor (Lei 6.316/75 e Resolução COFFITO-37/84).  
Junta ao presente a ficha cadastral e os comprovantes exigidos.

Nestes termos,  
Pede deferimento.

Local e Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Avenida Universitária, 750 - Ed. Diamond Center - Salas 810, 811, 812 e  
813 - Bairro: Fátima - CEP: 64049-494 – Teresina - Piauí

(86) 3216.6030 - [www.crefito14.org.br](http://www.crefito14.org.br) / [crefito14@crefito14.org.br](mailto:crefito14@crefito14.org.br)

[crefito14](https://www.instagram.com/crefito14)





**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL**  
**DA 14ª REGIÃO – PIAUÍ**

## **ANEXOS**

- Comprovante da existência da empresa, a saber: contrato social, registro de firma individual, ata de assembleia, estatutos, regimento ou outro instrumento hábil, conforme o caso.
  - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ
  - Alvará de localização ou funcionamento da Prefeitura
  - Alvará de licença da Secretaria de Saúde
  - Declaração de responsabilidade técnica com gozo de autonomia
  - Relação dos Equipamentos
  -
-



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL**  
**DA 14ª REGIÃO – PIAUÍ**

# FICHA CADASTRAL

Resolução COFFITO - 37/84  
(DOU, de 23/04/84, Seção I - Parte II)

Nome ou Razão Social: \_\_\_\_\_

Endereço Completo: \_\_\_\_\_

Horário de Funcionamento: \_\_\_\_\_

Natureza das Atividades: \_\_\_\_\_

Data do Início das Atividades: \_\_\_\_\_

## RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA

Nome(s)

CPF:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Avenida Universitária, 750 - Ed. Diamond Center - Salas 810, 811, 812 e  
813 - Bairro: Fátima - CEP: 64049-494 – Teresina - Piauí

(86) 3216.6030 - [www.crefito14.org.br](http://www.crefito14.org.br) / [crefito14@crefito14.org.br](mailto:crefito14@crefito14.org.br)

[crefito14](#)





**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL**  
**DA 14ª REGIÃO – PIAUÍ**

**RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

(Fisioterapeutas e/ou Terapeutas Ocupacionais vinculados à empresa)

Nome(s)

CREFITO:

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

A entidade dispõe da seguinte área física destinada às atividades de fisioterapia e/ou terapia ocupacional: \_\_\_\_\_m<sup>2</sup>, para o atendimento médio de \_\_\_\_\_ clientes/dia.

A entidade dispõe dos equipamentos de fisioterapia e/ou terapia ocupacional abaixo relacionados:

<b>Quantidade</b>	<b>Especificação</b>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL**  
**DA 14ª REGIÃO – PIAUÍ**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Atesto, para os devidos fins e sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras. Ainda, autorizo o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 14ª Região – CREFITO-14 – a encaminhar toda e qualquer notificação, inclusive as relativas a processos ético-disciplinares (cf. art. 12 da Res. 423/2013 – COFFITO), por via eletrônica, no endereço de e-mail

\_\_\_\_\_,  
ficando dispensado o envio de notificações físicas por correio ou qualquer outro meio.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Responsável Técnico  
Insc. CREFITO

Avenida Universitária, 750 - Ed. Diamond Center - Salas 810, 811, 812 e  
813 - Bairro: Fátima - CEP: 64049-494 – Teresina - Piauí

(86) 3216.6030 - [www.crefito14.org.br](http://www.crefito14.org.br) / [crefito14@crefito14.org.br](mailto:crefito14@crefito14.org.br)

crefito14

