



# CREFITO<sup>20</sup>

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia  
Ocupacional da 20ª Região

## REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE CLÍNICA-ESCOLA

Ilmo. Senhor

Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 20ª Região - **CREFITO-20**

A Empresa abaixo especificada, vem solicitar de V. Sa. o registro nesta Autarquia, nos termos da lei federal nº. 6.316/75 e Resolução COFFITO 37/84, art. 1º, inciso I, art. 15, inciso II.

### Dados da Empresa: Razão Social da Faculdade/Universidade/Mantenedora;

Endereço (Rua, Avenida, Alameda, Travessa, Praça, etc.)

Bairro: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

CNPJ/M.F.: \_\_\_\_\_ Capital Social (R\$): \_\_\_\_\_

Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_ Inscrição Municipal: \_\_\_\_\_

Telefone(DDD): \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### Dados da Clínica Escola: Razão Social da Clínica;

Endereço (Rua, Avenida, Alameda, Travessa, Praça, etc.)

Bairro: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

CNPJ/M.F.: \_\_\_\_\_ Telefone(DDD): \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Assinalar conforme o caso:

( ) Estabelecimento único      ( ) Matriz      ( ) Filial

Assinalar o(s) setor(es) a ser(em) registrado(s), pacientes por dia e horário de atendimento:

( ) **Clínica/Ambulatório de Fisioterapia – Média de Pacientes atendidos por dia:** \_\_\_\_\_

Dias da Semana: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Horário de Atendimento: das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs. e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs.

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 20ª REGIÃO

Av. Djalma Batista, 1719 (Edifício Atlantic Tower) – Torre Medical, Sala 310, Chapada, Manaus-AM, CEP: 69050-010

Fone: (92) 3213-5856 / (92) 99251-8570 | E-mail: [secretaria@crefito20.org.br](mailto:secretaria@crefito20.org.br) | Site: [www.crefito20.org.br](http://www.crefito20.org.br)



# CREFITO<sup>20</sup>

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia  
Ocupacional da 20ª Região

( ) **Clínica/Ambulatório de Terapia Ocupacional – Média de Pacientes atendidos por dia:** \_\_\_\_\_

Dias da Semana: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Horário de Atendimento: das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs. e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs.

**Responsabilidade Técnica:** indicar nome(s) completo(s), horário(s) de atividade(s) na empresa, e número(s) de inscrição(s) do(s) profissionais no CREFITO-20 (utilizar o verso se necessário):

Nome do Profissional	Nº do CREFITO-20	Horário

Indicar nome do(s) responsável(eis) legal(is). (sócios, diretores ou condôminos):

Nome do Profissional	Nº do CREFITO-20	Ou nº CPF

DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS:

( ) Requerimento para Registro de Clínica-Escola, preenchido, assinado e carimbado;

( ) Declaração de Responsabilidade Técnica.

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 20ª REGIÃO

Av. Djalma Batista, 1719 (Edifício Atlantic Tower) – Torre Medical, Sala 310, Chapada, Manaus-AM, CEP: 69050-010

Fone: (92) 3213-5856 / (92) 99251-8570 | E-mail: [secretaria@crefito20.org.br](mailto:secretaria@crefito20.org.br) | Site: [www.crefito20.org.br](http://www.crefito20.org.br)



# CREFIT<sup>20</sup>

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia  
Ocupacional da 20ª Região

- ( ) Cópia contrato social e alterações contratuais existentes (caso a última alteração contratual tenha consolidação das cláusulas, enviar somente esta), ou outro documento hábil que comprove a existência da empresa, devidamente registrados em Cartório ou Junta Comercial;
- ( ) Cópia do instrumento constitutivo da clínica escola (contrato social, estatuto ou documento que comprove sua criação e registro em cartório ou Junta Comercial);
- ( ) Cópia do comprovante de inscrição no CNPJ/MF da instituição mantenedora (pode ser a certidão emitida via internet no site da Receita Federal).
- ( ) Cópia do comprovante de inscrição no CNPJ/MF da Clínica Escola;
- ( ) Cópia do comprovante de endereço da Clínica Escola.

Nestes termos pede deferimento,

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Responsável Legal da Empresa  
(Faculdade/Universidade/Mantenedora)

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**

**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 20ª REGIÃO**

Av. Djalma Batista, 1719 (Edifício Atlantic Tower) – Torre Medical, Sala 310, Chapada, Manaus-AM, CEP: 69050-010  
Fone: (92) 3213-5856 / (92) 99251-8570 | E-mail: [secretaria@crefito20.org.br](mailto:secretaria@crefito20.org.br) | Site: [www.crefito20.org.br](http://www.crefito20.org.br)