



ATUALIZAÇÃO CADASTRAL – DRF DE ÓRGÃO PÚBLICO E ENTIDADE FILANTRÓPICA

CNPJ: |_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|/ |_|_|_|_|- |_|_|_| Nº de registro no Conselho |RE|_|_|_|_|

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

Endereço: _____ Nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: |_|_|_|_|_|- |_|_|_|_| UF: |_|_|

Fones: |_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| / |_|_|- |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail: _____.

Assinalar conforme o caso: () Estabelecimento único; () Matriz; () Filial.

Assinalar o(s) setor(es) a ser(em) registrado(s): () Fisioterapia; () Terapia Ocupacional;

Áreas de Atuação:

- | | | | | |
|----------------------|------------------|--------------------------|---------------------|----------------------------|
| () Acupuntura | () Aquática | () Ambulatorial/Clínica | () Cardiovascular | () Dermato Funcional |
| () Do Trabalho | () Domiciliar | () Esportiva | () Neurofuncional | () Atenção Básica |
| () Oncologia | () Osteopatia | () Pediatria | () Respiratória | () Saúde da Mulher |
| () Quiropraxia | () T. Ortopedia | () Terapia Intensiva | () TO Gerontologia | () Contextos Hospitalares |
| () Saúde da Família | () Saúde Mental | () Saúde Coletiva | () Saúde Funcional | () Gerontologia |
| () Geral | () Outras | | | |

Outros: _____



Nome Completo do(s) Profissional(is) e responsável(is) técnico(s)	Nº de Registro	Horário Atendimento

*Se o número de profissionais ultrapassar o espaço acima, encaminhar lista completa em anexo.

*Para a emissão da DRF é necessário que tanto a empresa, quanto os profissionais estejam regulares junto ao CREFITO-13.

Anexar a este requerimento, o seguinte documento:

- Declaração de Responsabilidade Técnica devidamente preenchida, assinada e carimbada.

O CREFITO-13 ressalta que **somente** aceitará documentação, mediante a apresentação de **todos** os documentos acima arrolados, nos termos do que dispõe a Resolução COFFITO 08/78 Art. 29.

NESTES TERMOS,
PEÇO DEFERIMENTO.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável Legal



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Resolução COFFITO-37/84, Art. 4º., Incisos IV e V;
Resolução COFFITO-139/92, Art. 1º., Parágrafo único I, II e III

Declaro, para os devidos fins previstos nos incisos III, IV e V art. 4º da Resolução COFFITO-37/84 e Resolução COFFITO-139/92, que exerço a função de RESPONSÁVEL TÉCNICO com o gozo de autonomia no exercício profissional e exclusividade no desempenho de minha função, sendo a mesma exercida no(s) seguinte(s) turno(s): ☐ Matutino ☐ Vespertino ☐ Noturno.

Nos dias: ☐ Segunda – Feira ☐ Terça – Feira ☐ Quarta- Feira ☐ Quinta – Feira ☐ Sexta – Feira
☐ Sábado ☐ Domingo.

Na Entidade (Razão Social): _____.

Endereço: _____.

Declaro mais, que a entidade é destinada às atividades de FISIOTERAPIA E/OU TERAPIA OCUPACIONAL, com atendimento em média de _____ clientes /dia.

Declaro ainda, que a entidade dispõe dos seguintes equipamentos de Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional:

QUANTIDADE

ESPECIFICAÇÃO

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do Responsável Técnico