



ATUALIZAÇÃO CADASTRAL - DRF DE CONSULTÓRIO

Nome Completo: _____

CPF: |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_| - |_|_| Nº de registro do Consultório |RC|_|_|_|_|

Endereço do Consultório: _____ Nº _____

Bairro: _____ Complemento: _____

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

E-mail: _____

Telefones: |_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|_| / |_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Assinar o Setor a ser registrado: () 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 | | | | |

Outros: _____

Nestes Termos,
Peço Deferimento.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Requerente

Anexar a este requerimento: Declaração de Responsabilidade Técnica



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.

Nome Completo: _____.

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