



ATUALIZAÇÃO CADASTRAL – DRF DE PESSOA JURÍDICA

Modalidade do serviço: () Associação () Clínica () Clube () Empresa () Hospital

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.**

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: _____



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

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

Em caso de alteração de endereço e/ou razão social, anexar a este requerimento, os seguintes documentos de acordo com a modalidade de registro:

Clube / Associação	Empresa / Clínica / Hospital
- Cópia autenticada do Estatuto Social e Ata de Assembléia; - Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); - Declaração de Responsabilidade Técnica (anexo).	- Cópia do Contrato Social e suas alterações ou Requerimento de Empresário; - Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); - Declaração de Responsabilidade Técnica (anexo)

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