



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 15ª REGIÃO - CREFITO 15**  
Av. Nossa Sra. da Penha, 2796 - Sala 1501, 1502, 1503, 1509 e 1510 -Ed. Impacto Empresarial - Santa  
Luíza, Vitória/ES, CEP 29045-402 – Tel. (27) 3227-6616 - Vitória/ ES. [crefito15@crefito15.org.br](mailto:crefito15@crefito15.org.br)

**REQUERIMENTO DE ATUALIZAÇÃO DE DRF**

**Tipo de Estabelecimento:**

( ) CONSULTÓRIO ( ) EMPRESA ( ) INSTITUIÇÃO PÚBLICA OU FILANTRÓPICA

**DADOS DO ESTABELECIMENTO:**

**Nome/ Razão social:**.....

.....

**Nome Fantasia:**.....

**Nº CPF/ CNPJ:**..... **Nº de Registro CREFITO15:**.....

**Endereço:**.....

**Nº:**..... **Complemento:**..... **Bairro:**.....

**Cidade:**..... **Estado:**..... **CEP:**.....

**Telefone: 1:** (.....)..... **2:**(.....).....

**Email:**.....

**Motivo da Atualização:** [ ] Mudança de endereço [ ] Alteração de Resp. técnico [ ] Inclusão de Profissionais  
[ ] Alteração do contrato social [ ] Outros: \_\_\_\_\_.

**RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA**

(Informe abaixo o nome do responsável administrativo, mesmo que não tenha havido alteração)

**Nome:**.....

..... **Nº CPF:**.....

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Responsável Administrativo

As alterações serão efetuadas e não havendo irregularidades, a nova DRF (Declaração de Regularidade para Funcionamento) será enviada por e-mail e/ou retirada na sede do Conselho.

Alterações cadastrais e de endereço requerem emissão de segunda via do Registro de Empresa, com boleto sendo emitido e enviado por e-mail.

## ANEXO 1

### **PROFISSIONAIS**

Informe abaixo o nome de TODOS os profissionais que atuam na empresa. (Mesmo que não tenha havido alteração – Se necessário anexar listagem)

<b>Nome dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais que atuam no local.</b>	<b>Nº Crefito 15</b>	<b>RT*? (Sim/ Não)</b>

\*RT = Responsável Técnico ou Fisioterapeuta Coordenador de UTI

\_\_\_\_\_ , / /

\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Responsável Técnico

## ANEXO 2

### RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Eu \_\_\_\_\_, inscrito neste conselho sob nº \_\_\_\_\_ declaro, para os fins previstos nos incisos III, IV e V do art. 4º da resolução COFFITO nº 37/84 e na resolução COFFITO nº 139/92, **que exerço função de responsável técnico**, com o gozo de autonomia no exercício profissional e exclusividade no desempenho da função profissional de ( ) **Fisioterapeuta** ( ) **Terapeuta Ocupacional**, sendo a mesma exercida neste estabelecimento.

Declaro ainda ter conhecimento do dever de comunicar ao Conselho sobre toda e qualquer alteração de responsabilidade técnica, e manter permanentemente atualizados os dados cadastrais.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Responsável Técnico

#### **OBSERVAÇÕES:**

- Em caso de estabelecimento possuir mais de um RT, deve ser preenchida uma declaração para cada profissional.
- Nos serviços hospitalares com serviço de terapia intensiva, o RT/fisioterapeuta coordenador pode responder por até 2 UTI's, e deve possuir especialização em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação (adulto, pediátrica ou neonatal);