



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

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)

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

*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);

ANEXO 3

SERVICOS HOSPITALARES

[] Hosp. Público [] Hosp. Privado [] Hosp. Filantrópico [] Empresa terceirizada

TERAPIA INTENSIVA

(Informe abaixo os dados das UTI's, se necessário anexar listagem)

Nomedaunidade: _____ Tipo: [] UTI [] UTIN [] UTIP [] UTIMista N°deLeitos: _____
RT/FisioterapeutaCoordenador: _____

Nomedaunidade: _____ Tipo: [] UTI [] UTIN [] UTIP [] UTIMista N°deLeitos: _____
RT/FisioterapeutaCoordenador: _____

Nomedaunidade: _____ Tipo: [] UTI [] UTIN [] UTIP [] UTIMista N°deLeitos: _____
RT/FisioterapeutaCoordenador: _____

Nomedaunidade: _____ Tipo: [] UTI [] UTIN [] UTIP [] UTIMista N°deLeitos: _____
RT/FisioterapeutaCoordenador: _____

OBSERVAÇÕES

- O RT/fisioterapeuta coordenador pode responder por até 2UTI's
- Apresentar junto com esse requerimento cópia do título de especialização do RT/ Fisioterapeuta coordenador daUTI.

EMFERMIARIAS, EMERGÊNCIA E AMBULATÓRIO

(Informe abaixo os dados das UTI's, se necessário anexar listagem)

Enfermaria: _____ N° deLeitos: _____ Cobertura de Profissionais: [] Físio [] T. Ocupacional

Enfermaria: _____ N° deLeitos: _____ Cobertura de Profissionais: [] Físio [] T. Ocupacional

Enfermaria: _____ N° deLeitos: _____ Cobertura de Profissionais: [] Físio [] T. Ocupacional

Enfermaria: _____ N° deLeitos: _____ Cobertura de Profissionais: [] Físio [] T. Ocupacional

Emergência: _____ N°de Leitos: _____ Cobertura de Profissionais: [] Físio [] T.Ocupacional

Fisioterapeuta ResponsávelTécnco: _____

Terapeuta Ocupacional ResponsávelTécnico: _____

_____, ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do Responsável Técnico