



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO - DF e GO

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE CONSULTÓRIO

NOME DO PROFISSIONAL		CREFITO Nº	
NOME/NOME FANTASIA (SE FOR O CASO)			
NATUREZA DA ATIVIDADE DA EMPRESA [] FISIOTERAPIA [] TERAPIA OCUPACIONAL		DATA INÍCIO DAS ATIVIDADES	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO
CPF/CNPJ	ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO		
		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
E-MAIL	TELEFONE COMERCIAL ()		CELULAR ()

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA REGISTRO

IMPORTANTE:

- CÓPIA DOS DOCUMENTOS ENVIADOS POR CORREIO DEVEM SER AUTENTICADAS EM CARTÓRIO;
- **NÃO SERÃO RECEBIDOS**, EM HIPÓTESE ALGUMA, REQUERIMENTOS COM DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA, SOB PENA DE PUNIÇÃO AO SERVIDOR QUE RECEBÊ-LO. (Art. 29 da Resolução COFFITO nº 8/78)

1. Requerimento devidamente preenchido e assinado pelo requerente.
2. Formulário de Declaração de Responsabilidade Técnica.
3. Formulário com a relação de equipamentos de Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional existentes, devidamente preenchido e assinado pelo Responsável Técnico.
4. Alvará de Funcionamento em nome do requerente.
5. Comprovante de pagamento das taxas e emolumentos.
6. Comprovante de pagamento da anuidade de pessoa física.
7. "NADA CONSTA" do profissional.
8. Autos de Infração, caso tenha sido fiscalizado.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do interessado/Representante legal



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO - DF e GO

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

ÁREA DA RESPONSABILIDADE TÉCNICA

FISIOTERAPIA TERAPIA OCUPACIONAL

HORÁRIO QUE ATUARÁ COMO RESPONSÁVEL TÉCNICO

MATUTINO VESPERTINO NOTURNO

1. Dados do Responsável Técnico

NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

CPF

CREFITO Nº

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

E-MAIL

TELEFONE RESIDENCIAL

TELEFONE CELULAR

2. Dados do Consultório

RAZÃO SOCIAL E NOME FANTASIA DA EMPRESA (SE FOR O CASO)

NATUREZA DA ATIVIDADE DA EMPRESA

FISIOTERAPIA TERAPIA OCUPACIONAL

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

ENDEREÇO

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

E-MAIL

TELEFONE COMERCIAL

TELEFONE

()

()

DECLARAÇÃO

Declaro, em cumprimento ao previsto no inciso III, do Art 4º da Resolução COFFITO nº 37/84, que exerço função de Responsável Técnico, na empresa supramencionada, revestido de autonomia no exercício profissional e exclusividade no desempenho de minha função.

Declaro, ainda, ter ciência das obrigações a mim imputadas, enquanto Responsável Técnico, devendo, sempre:

a. Manter o consultório regularmente inscrita no CREFITO 11, com sua documentação em dia e os dados atualizados;

b. garantir que seja elaborado o "Plano de Gerenciamento de Manutenção de Equipamentos de Saúde", de modo que todos os equipamentos estejam em condições de uso e com sua manutenção preventiva em dia;

c. solicitar anualmente ou quando houver qualquer alteração nos dados, a Declaração de Regularidade de Funcionamento(DRF);

d. manter o prontuário do paciente atualizado, realizando o registro das evoluções a cada atendimento realizado(Resoluções COFFITO nº 414/12 e 415/12);

e. cumprir e fazer cumprir as leis, resoluções e demais normas em vigor, a fim de garantir a dignidade profissional e a prestação de um serviço de qualidade à sociedade, norteado pelos princípios éticos.

Estou ciente que posso receber notificações e informe do CREFITO 11, por meio do meu e-mail pessoal ou da empresa.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Responsável Técnico



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO - DF e GO

RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS

NOME

NOME FANTASIA(SE FOR O CASO)

NATUREZA DA ATIVIDADE DA EMPRESA

FISIOTERAPIA TERAPIA OCUPACIONAL

CPF/CNPJ

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Declaro, em conformidade com o inciso V do Art 4º da Resolução COFFITO nº 37/92, que o local possui os seguintes equipamentos:

NR ORD	DESCRIÇÃO EQUIPAMENTO	QTDE	MODELO	ANO FABRICAÇÃO	NÚMERO SÉRIE
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

Declaro, ainda, que a empresa possui “Plano de Gerenciamento e Manutenção de Equipamentos de Saúde”, conforme previsto no Parágrafo Único do Art. 5º e no inciso I do Art. 6º da Resolução ANVISA nº 02, de 25 JAN 10, bem como no inciso IX do Art. 23 da Resolução ANVISA nº 63, de 25 NOV 11, e que os equipamentos acima relacionados se encontram em condições de uso e passam por manutenção periódica, conforme previsto em seus respectivos manuais.

_____, _____ de _____ de 20____

Responsável Técnico