



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

REQUERIMENTO DE 2ª VIA DE DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE DE FUNCIONAMENTO (DRF)

MODALIDADE

- CLÍNICA OU EMPRESAS
 ESTÚDIO DE PILATES
 EMPRESÁRIO INDIVIDUAL (Inclusive PROFISSIONAL que tenha Registro e Licenciamento de Empresa (RLE) na modalidade Home Care)

RAZÃO SOCIAL

NOME FANTASIA

NATUREZA DA ATIVIDADE DA EMPRESA

FISIOTERAPIA TERAPIA OCUPACIONAL

DATA INÍCIO DAS ATIVIDADES

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

CNPJ

INSCRIÇÃO ESTADUAL / MUNICIPAL

ENDEREÇO

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

E-MAIL

TELEFONE COMERCIAL

CELULA

()

()

NOME DO PROPRIETÁRIO/SÓCIOS PROPRIETÁRIOS/DIRETORES

Nome _____ CPF _____

Nome _____ CPF _____

Nome _____ CPF _____

NOME DO(S) RESPONSÁVEL(IS) TÉCNICO(S)

Nome _____ CREDITO Nº _____

Nome _____ CREDITO Nº _____

Nome _____ CREDITO Nº _____

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA RENOVAÇÃO DE DRF

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 com a relação do corpo clínico e estagiários, devidamente preenchido e assinado pelo requerente.
3. Formulário de Declaração de Responsabilidade Técnica.
4. Formulário com a relação de equipamentos de Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional existentes, devidamente preenchido e assinado pelo Responsável Técnico.
5. Cartão de CNPJ.
6. Contrato Social registrado na Junta Comercial ou Requerimento do Empresário.
7. Comprovante de pagamento da anuidade, taxas e/ou emolumentos de Pessoa Jurídica.
8. "NADA CONSTA" de todos os profissionais fisioterapeutas e/ou terapeutas ocupacionais constantes do corpo clínico.
9. Autos de Infração, caso tenha sido fiscalizado.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Responsável Administrativo/Legal da empresa



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

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

ÁREA DA RESPONSABILIDADE TÉCNICA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA <input type="checkbox"/> TERAPIA OCUPACIONAL	HORÁRIO QUE ATUARÁ COMO RESPONSÁVEL TÉCNICO <input type="checkbox"/> MATUTINO <input type="checkbox"/> VESPERTINO <input type="checkbox"/> 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 da Empresa

RAZÃO SOCIAL E NOME FANTASIA DA EMPRESA			
NATUREZA DA ATIVIDADE DA EMPRESA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA <input type="checkbox"/> TERAPIA OCUPACIONAL	DATA INÍCIO DAS ATIVIDADES	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	ESTIMATIVA CLIENTES/DIA
CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL/MUNICIPAL	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:

- exigir que a empresa na qual trabalho esteja regularmente inscrita no CREFITO 11, com sua documentação em dia e os dados atualizados, inclusive o corpo clínico;
- garantir que os serviços nas áreas da Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional, sejam prestados apenas por profissionais legalmente habilitados e em dia com suas obrigações junto ao Conselho, bem como que durante os horários de atendimento à clientela, estejam em atividades no serviço, profissionais, em número compatível com a natureza da atenção à ser prestada;
- estar presente durante todos os horários de atendimento;
- 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;
- garantir que os estágios na área de fisioterapia e/ou terapia ocupacional, sempre que oferecidos, o sejam de acordo com a legislação vigente (Resolução COFFITO nº 431 e 432, de 27 Set 14; Resolução CREFITO 11 nº 05, de 11 Jan 14; Resolução COFFITO nº 451 e 452, de 26 Fev 15);
- solicitar anualmente ou quando houver qualquer alteração nos dados, a Declaração de Regularidade de Funcionamento (DRF);
- exigir que os profissionais mantenham o prontuário do paciente atualizado, realizando o registro das evoluções a cada atendimento realizado (Resoluções COFFITO nº 414/12 e 415/12);
- 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, norteados 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 PROFISSIONAIS E ESTAGIÁRIOS DO CORPO CLÍNICO

RAZÃO SOCIAL

NOME FANTASIA

NATUREZA DA ATIVIDADE DA EMPRESA

FISIOTERAPIA TERAPIA OCUPACIONAL

CNPJ

INSCRIÇÃO ESTADUAL/MUNICIPAL

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS

NR ORD	NOME	CREFITO Nº	CATEGORIA		DATA ADMISSÃO	TURNO DE TRABALHO
			FISIO	TO		
01			[]	[]		[]M []V []N
02			[]	[]		[]M []V []N
03			[]	[]		[]M []V []N
04			[]	[]		[]M []V []N
05			[]	[]		[]M []V []N
06			[]	[]		[]M []V []N
07			[]	[]		[]M []V []N
08			[]	[]		[]M []V []N
09			[]	[]		[]M []V []N
10			[]	[]		[]M []V []N
11			[]	[]		[]M []V []N
12			[]	[]		[]M []V []N
13			[]	[]		[]M []V []N
14			[]	[]		[]M []V []N
15			[]	[]		[]M []V []N

RELAÇÃO DE ESTAGIÁRIOS (se for o caso)

NR ORD	NOME	INSTITUIÇÃO ENSINO	CATEGORIA		PERÍODO DE CURSO	TURNO DO ESTÁGIO
			FISIO	TO		
01			[]	[]		[]M []V []N
02			[]	[]		[]M []V []N
03			[]	[]		[]M []V []N
04			[]	[]		[]M []V []N
05			[]	[]		[]M []V []N

Declaramos ter ciência de que caso ocorra qualquer alteração nas informações prestadas, deveremos informar ao CREFITO 11, bem como solicitar a atualização das mesmas.

_____, _____ de _____ de 20____

Responsável Administrativo

Responsável Técnico



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

RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS

RAZÃO SOCIAL

NOME FANTASIA

NATUREZA DA ATIVIDADE DA EMPRESA

FISIOTERAPIA TERAPIA OCUPACIONAL

CNPJ

INSCRIÇÃO ESTADUAL/MUNICIPAL

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 Administrativo

Responsável Técnico