



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3ª. REGIÃO

Rua Cincinato Braga, 267/277 – Bela Vista - CEP 01333-011 - São Paulo – SP

Tel.: 0800 750 5900

Site: www.crefito3.org.br

CREFITO-3

FICHA DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL ANUAL - CONSULTÓRIOS

Instruções:

1. Preencher este formulário e a Declaração de Responsabilidade Técnica - DRT, para que possamos atualizar os dados desse consultório em nosso cadastro e expedir a Declaração de Regularidade para Funcionamento - DRF;
2. Prazo para devolução: enviar pelo menos com um mês de antecedência do vencimento da DRF anterior;
3. Os formulários devem ser enviados em sua via original, pelo correio ou protocolados em nossa sede ou subse-des - *ver os endereços no site: www.crefito3.org.br* ;
4. **IMPORTANTE:** na alteração de nome (casamento, separação, decisão judicial), obrigatoriamente deverá realizar o procedimento de apostilamento na Secretaria de Registros (vide orientações no site: www.crefito.org.br);
5. **Importante salientar, para que possamos atender Resolução COFFITO 139/1992, que no formulário Declaração de Responsabilidade Técnica – DRT, TODOS OS CAMPOS deverão ser preenchidos e a assinatura deverá ser RECONHECIDA EM CARTÓRIO;**
6. **IMPORTANTE:** de acordo com a resolução COFFITO 8/78, a atualização cadastral é obrigatória a todos os consultórios inscritos nos Regionais, juntamente com a apresentação do documento citado abaixo;
7. **ATENÇÃO: O REGISTRO DE CONSULTÓRIO É INDIVIDUAL E INTRANSFERÍVEL**

ATENÇÃO:

RESOLUÇÃO COFFITO 359/2008 – ARTIGO 4º – PARÁGRAFO ÚNICO, ANEXAR:

- Cópia autenticada ou Original do **Alvará** ou **Inscrição municipal** (ou CCM – Cadastro de Contribuintes Mobiliários), expedido por repartição competente (Prefeitura ou VISA), em nome do profissional e **no endereço do Consultório;**
- Em caso de utilização de alvará em nome de terceiros, considerando o fato de alguns órgãos municipais ou estaduais não expedirem múltiplos alvarás no mesmo endereço, em casos excepcionais, conforme a Portaria CREFITO-3 nº 4/2014, poderá anexar cópia autenticada do alvará e do contrato de locação/sublocação ou declaração de utilização do espaço físico expedida pelo estabelecimento, em papel timbrado constando o número do CNPJ ou carimbo do mesmo em caso de empresas (academias, casas de repouso, clínicas, spas, etc.) ou caso seja profissional autônomo, o número do CPF, sendo analisado pela Diretoria;

Dados obrigatórios para atualização cadastral:

Eu, Dr(a). _____,
Portador(a) do CPF n.º. _____ - _____, inscrito(a) neste Regional sob o n.º
CREFITO-3/ _____ - _____, com registro de consultório sob o n.º RC: _____, vem
solicitar a atualização cadastral das atividades de :

() **Fisioterapia**

() **Terapia Ocupacional**

Localizado à _____

Bairro _____ CEP: _____

Fone: (_____) _____ Cidade _____

E-mail: _____

Com atendimento aos pacientes nos dias da semana de _____ à
_____, no horário das _____ hs às _____ hs, nos termos da legislação em
vigor (Resolução COFFITO 359/08).

Nestes termos, peço Deferimento.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

Nome Legível ou Carimbo e Assinatura do Responsável Técnico



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3ª. REGIÃO

Rua Cincinato Braga, 267/277 – Bela Vista - CEP 01333-011 - São Paulo – SP

Tel.: 0800 750 5900

Site: www.crefito3.org.br

CREFITO-3

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA -DRT - CONSULTÓRIO

(Resolução COFFITO n° 139 de 28 de novembro de 1992)

ATENÇÃO: PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS !

Eu, Dr(a) _____,

inscrito(a) no CREFITO-3/_____ - _____, declaro, para os devidos fins previstos na Resolução COFFITO n° 139/1992, que exerço a função de Responsável Técnico com gozo de autonomia do exercício profissional e exclusividade no desempenho de minha função, sendo a mesma exercida nos dias da semana de _____ à _____, no horário das _____ às _____ horas, no **CONSULTÓRIO DE:**

FISIOTERAPIA

TERAPIA OCUPACIONAL

Declaro mais, que o Consultório dispõe da seguinte área física, destinada às atividades de Fisioterapia / Terapia Ocupacional: _____ m², para o atendimento médio de _____ pacientes ao dia.

Informo que disponho dos seguintes equipamentos/utensílios:

(Obs.: Caso não possua equipamentos / utensílios, discriminar quais são as atividades desenvolvidas)

Quantidade

Especificações (*citar ano de fabricação ou aquisição*)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

(Caso este espaço seja insuficiente, queira usar o verso ou anexar relação com os mesmos dados e procedimentos exigidos abaixo)

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

(Nome e Número de inscrição no CREFITO-3 - carimbado ou manuscrito e Assinatura RECONHECIDA EM CARTÓRIO do Profissional Responsável Técnico)