



FICHA DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL ANUAL

PESSOA JURÍDICA (FOLHA 1)

Instruções:

1. Preencher este formulário e a Declaração de Responsabilidade Técnica (com letra legível), para que possamos atualizar os dados dessa Pessoa Jurídica em nosso cadastro e expedir a Declaração de Regularidade para Funcionamento (DRF); Prazo para devolução: 10 dias úteis após o recebimento (vias originais), pelo correio ou protocolados em nossa sede ou subsedes;
2. IMPORTANTES: nas atualizações de Razão Social e/ou endereço, obrigatoriamente deverá acompanhar cópia autenticada do comprovante legal, como por exemplo, última alteração contratual consolidada registrada em Cartório ou Junta Comercial (consulte seu contador ou advogado);
3. Quando houver mais de 01 (um) profissional como Responsável Técnico pelo setor, todos devem assinar o formulário de Declaração de Responsabilidade Técnica (DRT). Importante salientar, para que possamos atender ao disposto no artigo 4º, incisos III, IV, e V, da Resolução COFFITO nº 37/1984 e Resolução COFFITO nº 139/1992, que TODOS OS CAMPOS do respectivo formulário deverão ser preenchidos e todas as assinaturas deverão CONTER O RECONHECIMENTO DE ASSINATURA EM CARTÓRIO. Lembrando que o Responsável Técnico pelas atividades da Fisioterapia é o Fisioterapeuta e o Responsável Técnico pela Terapia Ocupacional é o Terapeuta Ocupacional;
4. Caso haja as duas atividades na Pessoa Jurídica ou entidade, favor imprimir o formulário de Declaração de Responsabilidade Técnica específico a cada atividade, ou seja, informar seu (s) respectivo (s) responsável (is) técnico (s). (FOLHA 2 – Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais/ FOLHA 3 – RT de Indústria e/ou Comércio de produtos);
5. Atenção: as Pessoas Jurídicas prestadoras de serviço em local de terceiros, deverão realizar o registro desses ambientes, para efeito de ciência deste regional, utilizando o formulário da FOLHA 4 e anexando documento citados.



IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA (FAVOR COMPLETAR OS DADOS):

1. RAZÃO SOCIAL: _____
2. CNPJ / MF: _____
REGISTRO NO CREFITO 14 (VERIFICAR NA DRF): _____
3. END. COMPLETO (INCLUIR CEP): _____

4. TIPO DE REGISTRO _____
(EX.: Clínica, Hospital, Pessoa Jurídica com ambulatório para funcionários ou associados, Órgão Público, Entidade Filantrópica, Clínica-Escola, Prestador de Serviços, Indústria e Comércio, etc.)
5. TELEFONE: () _____
6. E-MAIL: _____
7. ASSINALAR OS TIPOS DE ATENDIMENTOS, COM HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO E O NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS POR DIA NO SETOR, QUANDO FOR O CASO (utilizar o verso, se necessário):
 - A. () Fisioterapia - nº de pacientes por dia: ____ // nº de Fisioterapeutas: ____ Dias de funcionamento: de _____ à _____, das _____ às _____ horas.
 - B. () Terapia Ocupacional - nº de pacientes por dia: ____ // nº de Terapeutas Ocupacionais: ____ Dias de funcionamento: de _____ à _____, das _____ às _____ horas.
 - C. () Pessoa Jurídica de Prestação de Serviços à Terceiros na área de Fisioterapia (anexar a FOLHA 2 para cada local)
 - D. () Pessoa Jurídica de Prestação de Serviços à Terceiros na área de Terapia Ocupacional (anexar a FOLHA 3 para cada local)
 - E. () Produtos ou Equipamentos relacionados à área (anexar FOLHA 4): () Industrialização () Comércio () Arrendamento



8. INDICAR O (S) RESPONSÁVEL (IS) TÉCNICO (S) PELO SETOR DE FISIOTERAPIA E/OU TERAPIA OCUPACIONAL:

** (Caso o espaço seja insuficiente, utilizar o verso ou anexar relação, mantendo as orientações citadas acima)

Nome do Profissional	Nº do CREFITO	Horário

9. INDICAR OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA QUE ATUAM NA PESSOA JURÍDICA:

** (empregado, prestador de serviços, autônomos, terceirizados, home care, plantonistas)

Nome do Profissional	Nº do CREFITO	Horário

Local e Data: _____, _____ de _____ de _____

Nome e Assinatura do Responsável Legal pela Pessoa Jurídica