FICHA DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL ANUAL
PESSOA JURÍDICA

A ATUALIZAÇÃO CADASTRAL ANUAL de todas as pessoas jurídicas registradas é obrigatória, conforme preveem os Códigos de Ética da Fisioterapia e Terapia Ocupacional em seus artigos 3º, caput e § 2º, c/c o artigo 3º, § 1º, da Resolução COFFITO nº 37/1984.

A atualização dos dados cadastrais de sua pessoa jurídica é de VITAL IMPORTÂNCIA para a expedição dos documentos necessários ao pleno funcionamento das suas atividades nas áreas de Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional.

Na ficha de atualização cadastral deverá constar, além das informações referentes aos responsáveis técnicos, dados de TODOS OS OUTROS PROFISSIONAIS FISIOTERAPEUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS que prestam serviço para a pessoa jurídica, independente da forma de contratação (empregado, prestação de serviços, autônomos, terceirizados, atendimento domiciliar/home care, plantonistas, etc).

Para este fim, segue abaixo a "FICHA DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL" juntamente com a "DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA – DRT" e o "REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS".

Para a correta realização do processo, solicitamos:

I. Leitura atenta das instruções contidas na folha 1;
II. Preenchimento completo e assinatura pela administração da pessoa jurídica da folha 1;
III. Preenchimento completo e assinatura (reconhecida em cartório) do responsável Técnico (RT) nas folhas 2 (para Fisioterapeuta e para Terapeuta Ocupacional) e 3 (para RT de Indústria, Comércio e Arrendamento de Produtos – F/TO);
IV. As pessoas jurídicas com local estabelecido (clínicas, hospitais, ambulatórios, entidades filantrópicas, órgãos públicos, etc) devem utilizar as folhas 1,2,3 e 4, conforme o caso;
V. As pessoas jurídicas sem local estabelecido e que prestam os serviços em local de terceiros ou incluam esta modalidade, devem utilizar também a folha 4.

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
DA 14ª REGIÃO – PIAUÍ

ATENÇÃO:

- A devolução do conjunto de formulários a este regional deve ocorrer, impreterivelmente, no prazo máximo de 30 dias antes do vencimento da Declaração de Regularidade para Funcionamento (DRF);
- Não serão aceitos formulários enviados via e-mail ou fax;
- Resolução COFFITO nº 8/1978 – art. 29: é proibido, em qualquer hipótese, o recebimento de documentação incompleta pelo CREFITO 14, sendo passível de punição o servidor que o fizer.

FICHA DE ATUALIAÇÃO 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.

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
DA 14ª REGIÃO – PIAUÍ

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 0 (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