



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA DÉCIMA SEXTA REGIÃO - CREFITO-16

Endereço: Av. do Vale, Quadra 23, Lote 09, Sala 305. Ed. Carraras CEP: 6507-5660 Bairro: Renascença II São Luís/MA

Horário de Atendimento: 09h às 13h e 14h às 17h – Fone: (98) 3304-7779 / 3304-7774

## REQUERIMENTO DE REGISTRO DE LOCAL DE ATENDIMENTO CONSULTÓRIO

O Registro de Consultório no Crefito-16 é obrigatório para todo estabelecimento no Maranhão onde são prestados serviços de forma autônoma por Fisioterapeutas e/ou Terapeutas Ocupacionais. O prazo para a conclusão do procedimento é de aproximadamente 15 dias após a entrega de todos os documentos relacionados abaixo. Sua regulamentação está na resolução Coffito nº 08/1978.

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

- Requerimento para registro de consultório (preenchido e assinado pelo profissional);
- Declaração de responsabilidade técnica (preenchida e assinada pelo próprio profissional);
- Cópia autenticada do alvará de autônomo – pessoa física
- Cópia autenticada do documento que comprove a inscrição no imposto sobre serviços (ISS)
- Cópia do comprovante de pagamento de taxas de inscrição no CREFITO 16

Registro para a realização das seguintes atividades:

- Atendimento fisioterapêutico terceirizado para \_\_\_\_\_ pacientes/dia (média prevista).
- Atendimento terapêutico ocupacional terceirizado para \_\_\_\_\_ pacientes/dia (média prevista).

**Solicitado**, através do presente requerimento, que seja efetuado o cadastro da pessoa jurídica contratante do serviço que está discriminada abaixo:

Local e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Profissional \_\_\_\_\_

Carimbo ou Nome do Profissional (legível) \_\_\_\_\_



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA DÉCIMA SEXTA REGIÃO - CREFITO-16**

Endereço: Av. do Vale, Quadra 23, Lote 09, Sala 305. Ed. Carraras CEP: 6507-5660 Bairro: Renascença II São Luís/MA

Horário de Atendimento: 09h às 13h e 14h às 17h – Fone: (98) 3304-7779 / 3304-7774

---

**REQUERIMENTO DE REGISTRO DE LOCAL DE ATENDIMENTO CONSULTÓRIO**

**DADOS DO LOCAL DE ATENDIMENTO:**

Funcionamento das \_\_\_\_\_h \_\_\_\_\_min às \_\_\_\_\_h \_\_\_\_\_min nos seguintes dias da semana:

SEGUNDA     TERÇA     QUARTA     QUINTA     SEXTA     SÁBADO

Endereço \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

DDD \_\_\_\_\_ Fone Comercial \_\_\_\_\_ Fone Celular \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**RELAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES DO PROFISSIONAL:**

O consultório supracitado é o único local onde realizo atendimentos.

Realizo também atendimentos autônomos a domicílio.

Realizo também atendimentos autônomos em outro(s) consultório(s).

Realizo atendimentos em pessoa jurídica que sou sócio/funcionário.

Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_