



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 16ª REGIÃO – CREFITO 16

**FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO - COWORKING**

Os fisioterapeutas e/ou terapeutas ocupacionais que realizarem atendimentos em locais denominados *Coworking* devem comunicar o CREFITO-16 e manter as informações dos seus atendimentos atualizadas em seus prontuários, para fins de apresentação em eventuais atos fiscalizatórios.

**DADOS PESSOAIS DO PROFISSIONAL:**

( ) Fisioterapeuta ( ) Terapeuta Ocupacional

Nome Completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Registro no CREFITO-16 nº \_\_\_\_\_

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

Telefone para contato/WhatsApp: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

Área de Atuação na Fisioterapia/Terapia Ocupacional: \_\_\_\_\_

**DADOS DO LOCAL ONDE REALIZA OS ATENDIMENTOS (COWORKING):**

Nome do Locador: \_\_\_\_\_

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

Telefone para contato: ( ) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Endereço do Espaço Coworking: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:**

( ) Comprovante de Residência do profissional;

( ) Comprovante de endereço do Espaço Coworking.

Este documento deverá ser anexado ao prontuário do profissional, para garantir o controle ético e fiscalizatório junto ao sistema COFFITO/CREFITOS, de modo que o endereço residencial do profissional será o adotado, pelo CREFITO16, para fins de registro, e o e-mail/WhatsApp ora fornecidos serão utilizados para eventuais comunicações a serem mantidas com o profissional, inclusive para intimações/notificações.

Declaro que as informações são verdadeiras e aceito as responsabilidades profissionais.

Local e Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável pelo local (Coworking)