



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHOREGIONALDEFISIOTERAPIAETERAPIAOCCUPACIONALDADÉCIMASEXTAREGIÃO-CREFITO-16

Endereço: Rua das Andirobas, nº 40, Ed. Executive Lake Center, 1º Andar, Sala 109 CEP: 65075-040 Bairro: Jardim Renascença São Luís/MA

Horário de Atendimento: Segunda a Sexta-feira das 09h às 17h – Fone: (98) 3304-7774 / 3304-7779

Site: www.crefito16.gov.br / E-mail: crefito16@crefito16.gov.br

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 do comprovante de pagamento de taxa 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).

Solicito, 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

CONSELHOREGIONALDEFISIOTERAPIAETERAPIAOCCUPACIONALDADÉCIMASEXTAREGIÃO-CREFITO-16

Endereço: Rua das Andirobas, nº 40, Ed. Executive Lake Center, 1º Andar, Sala 109 CEP: 65075-040 Bairro: Jardim Renascença São Luís/MA

Horário de Atendimento: Segunda a Sexta-feira das 09h às 17h – Fone: (98) 3304-7774 / 3304-7779

Site: www.crefito16.gov.br / E-mail: crefito16@crefito16.gov.br

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: _____

