



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)