



CREFITO7

Conselho Regional de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional da 7ª Região

REQUERIMENTO PARA CADASTRO DE PROFISSIONAL OU EMPRESA QUE ATUA NA ATENÇÃO DOMICILIAR/HOME CARE

Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia ocupacional da 7ª Região, solicito, por meio deste requerimento, o cadastro de prestador de serviço de Fisioterapia e/ou Terapia ocupacional, na Atenção Domiciliar/*Home Care*, nos termos das Resoluções COFFITO nº 474 e nº 475.

Profissão: () Fisioterapeuta () Terapeuta Ocupacional

Nº de Inscrição (CREFITO): _____

Nome completo: _____

Endereço residencial: _____ Nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Município: _____ Estado: _____

Telefone residencial: () _____ Celular: () _____

E-mail: _____

Município (s) no (s) qual (is) presta serviços domiciliares/*home care*:

Modalidade de trabalho na prestação do serviço:

() Autônomo

() Empresa terceirizada cuja atividade base não é Fisioterapia/Terapia Ocupacional

Informar CNPJ: _____

Nestes termos, peço deferimento:

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do profissional (no caso de autônomo) ou do responsável legal (no caso de serviço terceirizado)

Anexar a este requerimento os documentos que seguem:

- 1) Auto-declaração de prestação de serviço domiciliar/*home care* (no caso de autônomo).
- 2) Relação atualizada do corpo clínico de fisioterapeutas/terapeutas ocupacionais (no caso de empresa terceirizada).

Sede – Salvador/Ba

Av. Tancredo Neves, Ed Esplanada Tower, nº 939,
Sala 101, Caminho das Árvores. CEP: 41.820-021
(71) 3045-4242

Subsede – Vitória da Conquista/Ba

Avenida Olívia Flores, nº 286, Empresarial Olívia Flores,
sala 106, bairro Candeias, Vitória da Conquista - CEP: 45028-610
(77) 3421-6520

www.crefito7.gov.br



CREFITO7

Conselho Regional de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional da 7ª Região

AUTO-DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DOMICILIAR/HOME CARE PARA PROFISSIONAL AUTÔNOMO

Eu, _____, registrado sob o número _____, no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 7ª Região (CREFITO-7), declaro para os devidos fins que realizo os atendimentos classificados como domiciliares/*home care*, de acordo com as Resoluções COFFITO nº 474 ou nº 475, exclusivamente nos domicílios dos pacientes/clientes, não possuindo local fixo de atendimento e vínculo com empresa terceirizada de serviço de Fisioterapia ou Terapia Ocupacional.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do profissional autônomo

Sede – Salvador/Ba

Av. Tancredo Neves, Ed Esplanada Tower, nº 939,
Sala 101, Caminho das Árvores. CEP: 41.820-021
(71) 3045-4242

Subsede – Vitória da Conquista/Ba

Avenida Olívia Flores, nº 286, Empresarial Olívia Flores,
sala 106, bairro Candeias, Vitória da Conquista - CEP: 45028-610
(77) 3421-6520

