

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 $7^{\rm a}$ 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 $n^{\rm o}$ 474 e $n^{\rm o}$ 475.

№ de Inscrição (CREFITO):	
Nome completo:	
Endereço residencial:	
Complemento:	
CEP: Município:	Estado:
Telefone residencial: ()	Celular: ()
E-mail:	
	omiciliares/home care:
Município (s) no (s) qual (is) presta serviços d	
Município (s) no (s) qual (is) presta serviços d	
Município (s) no (s) qual (is) presta serviços d Modalidade de trabalho na prestação do serv	iço:
Município (s) no (s) qual (is) presta serviços d Modalidade de trabalho na prestação do serv () Autônomo () Empresa terceirizada cuja atividade base	iço:
Município (s) no (s) qual (is) presta serviços d Modalidade de trabalho na prestação do serv () Autônomo	iço:

Anexar a este requerimento os documentos que seguem:

1) Auto-declaração de prestação de serviço domiciliar/home care (no caso de autônomo).

serviço terceirizado)

2) Relação atualizada do corpo clínico de fisioterapeutas/terapeutas ocupacionais (no caso de empresa terceirizada).



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

Eu,				strado sob	
(CREFITO-7), dec domiciliares/homexclusivamente	laro para os d e care, de a nos domicílio	evidos fins que cordo com as s dos paciente	rapia e Terapia Oo realizo os atendim Resoluções COFFI es/clientes, não p ada de serviço de	entos classifi TO nº 474 ossuindo lo	cados como ou nº 475 cal fixo de
Local e data:		de	de		-
-	Δςς	inatura do profis	sional autônomo		



RELAÇÃO ATUALIZADA DO CORPO CLÍNICO

NOME COMPLETO	REGISTRO PROFISSIONAL	CPF	HORÁRIO DA ATIVIDADE