



# 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)

Carimbo Profissional →

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

Avenida Tancredo Neves, Edf. Esplanada Tower, nº 939,  
Sala 101, Caminho das Árvores, Cep.: 41.820-021  
Telefone: (071) 3045-4242 (Ramal 1)

Subsede - Vitória da Conquista/Ba

Avenida Olivia Flores, Empresarial Olivia Flores, nº 286,  
Sala 106, Candeias, Cep.: 45.028-610  
Telefone: (071) 3045-4242 (Ramal 2)

Subsede - Barreiras/Ba

Avenida José Bonifácio, nº 737,  
Vila Dulce, Cep.: 47.800-306  
Telefone: (071) 3045-4242 (Ramal 3)



# 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

Carimbo Profissional →

Sede - Salvador/Ba

Avenida Tancredo Neves, Edf. Esplanada Tower, nº 939,  
Sala 101, Caminho das Árvores, Cep.: 41.820-021  
Telefone: (071) 3045-4242 (Ramal 1)

Subsede - Vitória da Conquista/Ba

Avenida Olivia Flores, Empresarial Olivia Flores, nº 286,  
Sala 106, Candeias, Cep.: 45.028-610  
Telefone: (071) 3045-4242 (Ramal 2)

Subsede - Barreiras/Ba

Avenida José Bonifácio, nº 737,  
Vila Dulce, Cep.: 47.800-306  
Telefone: (071) 3045-4242 (Ramal 3)

[www.crefito7.gov.br](http://www.crefito7.gov.br)

