



## CREFITO-9

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 9ª REGIÃO  
Rua H, Lote 02, Quadra 04, Setor A- Centro Político Administrativo- CEP:78.049-911, Cuiabá/MT, FONE(65)3644-4272

# ATUALIZAÇÃO CADASTRAL CONSULTÓRIO

<b>NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO *</b>	
<input type="text"/>	
<b>N.º REGISTRO NO CREFITO-9 DO ESTABELECIMENTO *</b>	<b>E-MAIL DO ESTABELECIMENTO *</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL *</b>	
<input type="text"/>	
<b>CPF N.º *</b>	<b>REGISTRO DO PROFISSIONAL - CREFITO-9 N.º *</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>ENDEREÇO</b>	
<b>RUA/AV</b>	<b>N.º</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>BAIRRO *</b>	<b>MUNICÍPIO/UF</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>CEP *</b>	<b>E-MAIL PESSOAL *</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>TELEFONES</b>	
<b>TELEFONE COM DDD</b>	<b>CELULAR COM DDD</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>ESTIMATIVA DE ATENDIMENTOS</b>	
Fisioterapia = Qtd. <input type="text"/> Dia	Terapia Ocupacional = Qtd. <input type="text"/> /Dia
<b>DIAS E HORÁRIOS DE ATIVIDADE (ATENDIMENTO)</b>	
<input type="text"/>	

### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Declaro ter conhecimento de todas as regulamentações sobre responsabilidade técnica, lavrada pelo COFFITO e CREFITO-9, e exercer com autonomia as funções profissionais de  **FISIOTERAPIA**  **TERAPIA OCUPACIONAL**, em atendimento ao preceituado na Lei 6.316/75, Resoluções COFFITO 424/13, 425/13 e 139/92.

Declaro ainda, ter conhecimento do DEVER de comunicar ao CREFITO-9 sobre em caso de encerramento das atividades do consultório .

**DECLARO** que a empresa dispõe de equipamentos de  **FISIOTERAPIA**  **TERAPIA OCUPACIONAL** conforme a relação com a **quantidades** e **descrições** apresentadas no Anexo I-A.

Local:  Data:  de  de

-----  
Carimbos e Assinatura do Responsável Técnico

**(Assinatura a próprio punho é exigida em caso de impressão, se for para envio por e-mail, basta utilizar o Assinador.Gov)**

