CREFITO-9

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 9º REGIÃO

Rua H, Lote 02, Quadra 04, Setor A- Centro Politico Administrativo- CEP:78.049-911, Cuiabá/MT, FONE(65)3644-4272

CADASTRO DA INSTITUIÇÃO

NOME DA INSTITUIÇÃO

_____

CNPJ _____ *INSCRIÇÃO ESTADUAL* _____

ENDEREÇO _____

BAIRRO _____ *CIDADE* _____ *ESTADO* _____

CEP _____ *TELEFONE* _____

INSTITUIÇÃO

( ) Particular ( ) Pública ( ) Beneficiente/Filantrópica
( ) Mista ( ) Outra _____

SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

( ) Tercerizado ( ) Próprio ( ) Inexistente ( ) Outros _____

SERVIÇO TERAPIA OCUPACIONAL

( ) Tercerizado ( ) Próprio ( ) Inexistente ( ) Outros _____

SETORES EXISTENTES

	Fisioterapeuta		Terapeuta Ocupacional	
( ) Pronto Atendimento	( ) Sim	( ) Não	( ) Sim	( ) Não
( ) Ambulatório	( ) Sim	( ) Não	( ) Sim	( ) Não
( ) Enfermaria	( ) Sim	( ) Não	( ) Sim	( ) Não
( ) Centro Cirúrgico	( ) Sim	( ) Não	( ) Sim	( ) Não
( ) Centro Obstétrico	( ) Sim	( ) Não	( ) Sim	( ) Não
( ) UTI Adulto	( ) Sim	( ) Não	( ) Sim	( ) Não
( ) UTI Pediátrica	( ) Sim	( ) Não	( ) Sim	( ) Não
( ) CTQ	( ) Sim	( ) Não	( ) Sim	( ) Não
( ) UTI Neo Natal	( ) Sim	( ) Não	( ) Sim	( ) Não
( ) Hemodinâmica	( ) Sim	( ) Não	( ) Sim	( ) Não
( ) Unidade Coronariana	( ) Sim	( ) Não	( ) Sim	( ) Não
( ) _____	( ) Sim	( ) Não	( ) Sim	( ) Não

RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS – FISIOTERAPIA / TERAPIA OCUPACIONAL

_____ Quantidade: _____
_____ Quantidade: _____
_____ Quantidade: _____
_____ Quantidade: _____
_____ Quantidade: _____
_____ Quantidade: _____
_____ Quantidade: _____
_____ Quantidade: _____
_____ Quantidade: _____
_____ Quantidade: _____
_____ Quantidade: _____
_____ Quantidade: _____
_____ Quantidade: _____

CREFITO-9

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 9º REGIÃO

Rua H, Lote 02, Quadra 04, Setor A- Centro Politico Administrativo- CEP:78.049-911, Cuiabá/MT, FONE(65)3644-4272

RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E Nº CREFITO *SETOR*

_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____

RELAÇÃO DE EMPRESAS QUE PRESTAM ATENDIMENTO *SETOR*
DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL NO HOSPITAL:

_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____

RESPONSÁVEL TÉCNICO E Nº CREFITO: *SETOR*

_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____

_____ _____

Visto do Responsável Técnico *Visto do Responsável pela Instituição*