

ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO DE CONSULTÓRIO

MANTER OS DADOS ATUALIZADOS É OBRIGATÓRIO PARA TODO ESTABELECIMENTO QUE ESTÁ REGISTRADO COMO CONSULTÓRIO NO CREFITO-5. O PRAZO PARA A CONCLUSÃO DA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO É DE APROXIMADAMENTE 15 DIAS APÓS A ENTREGA DE TODOS OS DOCUMENTOS RELACIONADOS ABAIXO. SUA REGULAMENTAÇÃO ESTÁ NA RESOLUÇÃO COFFITO Nº 08/1978.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO DE CONSULTÓRIO (PREENCHIDO E ASSINADO PELO PROFISSIONAL);
- CÓPIA **AUTENTICADA** DO ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO E/OU FUNCIONAMENTO (EMITIDO PELA PREFEITURA, NO DOCUMENTO DEVE CONSTAR O NOME DO PROFISSIONAL E O **NOVO** ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO);

- CASO OS DOCUMENTOS SEJAM ENTREGUES EM NOSSA SEDE OU SECCIONAIS E A CÓPIA DO ALVARÁ ESTIVER ACOMPANHADA DO ORIGINAL (PARA CONFERÊNCIA), NÃO SERÁ NECESSÁRIA A AUTENTICAÇÃO EM TABELIONATO.

ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

- A DOCUMENTAÇÃO PODERÁ SER ENTREGUE EM NOSSA SEDE, SECCIONAIS OU ENVIADA PELO CORREIO.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SEDE PORTO ALEGRE
AVENIDA PALMEIRA, 27/403
CEP 90470-300
FONE/FAX: (51) 3334-6586
CREFITO5@CREFITO5.ORG.BR | <input type="checkbox"/> SECCIONAL CAXIAS DO SUL
RUA MOREIRA CÉSAR, 2715/21
CEP 95034-000
FONE/FAX: (54) 3215-2872
CAXIASDOSUL@CREFITO5.ORG.BR | <input type="checkbox"/> SECCIONAL SANTA MARIA
ALAMEDA MONTEVIDÉO, 322/204
CEP 97050-030
FONE/FAX: (55) 3221-6730
SANTAMARIA@CREFITO5.ORG.BR |
|---|---|--|

**APÓS O DEFERIMENTO DA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO DE CONSULTÓRIO (EM REUNIÃO DE DIRETORIA),
O NOVO CERTIFICADO DE REGISTRO SERÁ ENVIADO PARA O NOVO ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO.**

REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO C-____-RS

PARA A REALIZAÇÃO DAS SEGUINTE ATIVIDADES:

- ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE _____ PACIENTES/DIA (MÉDIA PREVISTA).
- ATENDIMENTO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL DE _____ PACIENTES/DIA (MÉDIA PREVISTA).

SOLICITO, ATRAVÉS DO PRESENTE REQUERIMENTO, QUE SEJA ALTERADA A INSCRIÇÃO DE CONSULTÓRIO PARA O LOCAL DE ATENDIMENTO AUTÔNOMO DISCRIMINADO ABAIXO.

LOCAL E DATA _____, DE _____ DE _____.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL _____

CARIMBO OU NOME DO PROFISSIONAL (LEGÍVEL) _____

DADOS DO NOVO LOCAL DE ATENDIMENTO

FUNCIONAMENTO DAS _____ H _____ MIN ÀS _____ H _____ MIN NOS SEGUINTE DIAS DA SEMANA:

- SEGUNDA
- TERÇA
- QUARTA
- QUINTA
- SEXTA
- SÁBADO
- DOMINGO

NOVO ENDEREÇO _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE/UF _____ CEP _____

DDD _____ FONE COMERCIAL _____ FONE CELULAR _____

E-MAIL _____

RELAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES DO PROFISSIONAL

- O CONSULTÓRIO SUPRACITADO É O ÚNICO LOCAL ONDE REALIZO ATENDIMENTOS.
- REALIZO TAMBÉM ATENDIMENTOS AUTÔNOMOS A DOMÍLIO.
- REALIZO TAMBÉM ATENDIMENTOS AUTÔNOMOS EM OUTRO(S) CONSULTÓRIO(S).
- REALIZO ATENDIMENTOS EM PESSOA JURÍDICA QUE SOU SÓCIO/FUNCIONÁRIO.
- OUTROS: _____
