

REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE CONSULTÓRIO

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 EFETUADA 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 LOCAL DE ATENDIMENTO

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

- SEGUNDA TERÇA QUARTA QUINTA SEXTA SÁBADO DOMINGO

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/FUNCIÓARIO.
- OUTROS: _____