



CREFITO7

Conselho Regional de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional da 7ª Região

3x4

REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA

ILMO. SR (A) PRESIDENTE (A) DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA
E TERAPIA OCUPACIONAL DA 7ª REGIÃO.

Nome: _____

Nº de Inscrição (CREFITO): _____

Filiação: _____ e _____

Estado Civil: _____ Naturalidade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF _____

Tel(s): DDD () _____ Cel(s) () _____

E-mail: _____

Sr. Presidente,

Solicito à V.Sa inscrição, nos termos da Lei nº 6.316, de 17/12/1975, para exercer, na área sob a circunscrição deste Conselho Regional, a profissão abaixo selecionada, assumindo civil e criminalmente a responsabilidade de atos praticados por mim ou por pessoas sob a minha supervisão no exercício profissional:

() FISIOTERAPEUTA

() TERAPEUTA OCUPACIONAL

Selecione o assunto requerido:

() Registro Profissional () **Com** diploma () **Sem** diploma

() Baixa de Inscrição () Reinscrição () Inscrição Secundária – Informe o CREFITO de origem _____

() Transferência do CREFITO _____ para o CREFITO _____

() Mudança de Endereço

() _____ª via de: () Carteira Verde () Cédula de Identidade

() Registro de Especialização () Averbação de nome

() Declaração de nada consta:

() Financeiro () Ético

() Isenção de pagamento de anuidade

() Autorização de Trabalho

Outros: _____

Nestes termos, pede deferimento,

_____, ____/____/____

Assinatura

Sede – Salvador/Ba

Av. Tancredo Neves, Ed Esplanada Tower, nº 939, Sala 101, Caminho das Árvores.
CEP: 41.820-021 | (71) 3045-4242

Subsede – Vitória da Conquista/Ba

Avenida Juracy Magalhães, Multiplace Conquista Sul – Centro Empresarial, nº 3340,
Sala 405, Felícia. CEP: 45.055-902 | (77) 3421-6520