



CREFITO7

Conselho Regional de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional da 7ª Região

REQUERIMENTO DE CONSULTÓRIO

Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 7ª. Região, venho por meio deste instrumento me apresentar:

NOME COMPLETO:

NÚMERO DE INSCRIÇÃO CREFITO-7: _____

CPF: _____ TEL: (____) _____ CEL: (____) _____

END. CONSULTÓRIO: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____

CEP: _____ E-MAIL: _____

ÁREAS DE ATUAÇÃO: _____

E solicitar o que se segue:

() INSCRIÇÃO DE CONSULTÓRIO

() MUDANÇA DE ENDEREÇO

() DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

() BAIXA DE CONSULTÓRIO

Endereço para envio da declaração de baixa de consultório:

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____

CEP: _____

DIAS E HORÁRIOS DE ATENDIMENTO

Dia /horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
<i>Matutino</i>						
<i>Vespertino</i>						
<i>Noturno</i>						

Nestes termos,

Pede deferimento,

_____, ____ de _____ de _____

(Assinatura e carimbo do profissional)

Sede – Salvador/Ba

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

Subsede – Vitória da Conquista/Ba

Avenida Olívia Flores, nº 286, Empresarial Olívia Flores,
sala 106, Candeias, Vitória da Conquista - CEP: 45.028-610
(77) 3421-6520

www.crefito7.gov.br