



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 7ª Região
Av. Tancredo Neves, nº 939, Ed Esplanada Tower, Sala 101 Caminho das Árvores
CEP: 41.820-021 - Salvador/BA
(71) 3341-8734
www.crefito7.gov.br

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
Matutino						
Vespertino						
Noturno						

Nestes termos,

Pede deferimento,

_____, _____ de _____ de _____

(Assinatura e carimbo do profissional)