



CREFITO7

Conselho Regional de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional da 7ª Região

REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA

3x4

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

Nome: _____

Nº de Inscrição (CREFITO): _____

Filiação: _____

e _____

Endereço: _____

_____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

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

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

() 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

() Boleto da anuidade: () **Cota Única** () **Parcelamento**

Outros: _____

VOCÊ AUTORIZA QUE AS INFORMAÇÕES AQUI APRESENTADAS POSSAM SER REPASSADAS ÀS EMPRESAS PARCEIRAS DO CREFITO-7 QUE OFERECEM BENEFÍCIOS AOS PROFISSIONAIS? OBS: É VEDADA QUALQUER NEGOCIAÇÃO COM OS REFERIDOS DADOS INFORMADOS.

() SIM () NÃO

Nestes termos, pede deferimento,

_____/_____/_____

Assinatura

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