



CREFITO7

Conselho Regional de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional da 7ª Região

3x4

REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA

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

NOME: _____

INSCRIÇÃO (CREFITO): _____ **NATURALIDADE:** _____

FILIAÇÃO: _____ e

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ **CEP:** _____

CIDADE: _____ **ESTADO:** _____

TELEFONE: () _____ **E-MAIL:** _____

Solicito à V.Sa inscrição, nos termos da Lei n. 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 abaixo o assunto requerido:

- () Registro Profissional () **Com** diploma () **Sem** diploma
() Baixa de Inscrição () Reinscrição () Inscrição Secundária
() Transferência do CREFITO ____ para o CREFITO ____
() Mudança de endereço
() Segunda via de () **Cédula de Identidade** () **Carteira verde**
() Registro de Especialização () Averbação de nome
() Declaração de Nada Consta () **Financeiro** () **Ético**
() Isenção de pagamento de anuidade () Outros: _____

Nestes termos, solicito deferimento:

_____, ____ de _____ de _____.

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 Olívia Flores, nº 286, Empresarial Olívia Flores,
sala 106, bairro Candeias, Vitória da Conquista - CEP: 45028-610
(77) 3421-6520