



# 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 do/a profissional**

**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