



# CREFITO7

Conselho Regional de Fisioterapia e  
Terapia Ocupacional da 7ª Região

## REQUERIMENTO DE APOSTILAMENTO

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CREFITO \_\_\_\_\_, sob o número  
\_\_\_\_\_, solicito apostilamento do(s) curso(s) abaixo:

- ( ) **TOXINA BOTULÍNICA** - ACÓRDÃO N° 609, DE 11 DE MAIO DE 2023
- ( ) **HIDROLIPOCLASIA ULTRASSÔNICA** - ACÓRDÃO N° 635, DE 07 DE JULHO DE 2023
- ( ) **INTRADERMOTERAPIA/MESOTERAPIA** - ACÓRDÃO N° 636, DE 07 DE JULHO DE 2023
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Declaro, sob as penas da Lei, que estou habilitado(a) a usar a(s) técnica(s) informada(s) acima em conformidade com seus respectivos acórdãos.

Certifico e dou fé nas informações supracitadas e nos comprovantes de formação anexos.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo

**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

[www.crefito7.gov.br](http://www.crefito7.gov.br)