



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

Avenida Tancredo Neves, Edf. Esplanada Tower, n° 939,
Sala 101, Caminho das Árvores, Cep.: 41.820-021
Telefone: (071) 3045-4242 (Ramal 1)

Subsede - Vitória da Conquista/Ba

Avenida Olivia Flores, Empresarial Olivia Flores, n° 286,
Sala 106, Candeias, Cep.: 45.028-610
Telefone: (071) 3045-4242 (Ramal 2)

Subsede - Barreiras/Ba

Avenida José Bonifácio, n° 737,
Vila Dulce, Cep.: 47.800-306
Telefone: (071) 3045-4242 (Ramal 3)

www.crefito7.gov.br