



# CREFITO7

Conselho Regional de Fisioterapia e  
Terapia Ocupacional da 7ª Região

## REQUERIMENTO DE CONSULTÓRIO

Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 7ª. Região, venho por meio deste instrumento me apresentar:

NOME COMPLETO:

\_\_\_\_\_

NÚMERO DE INSCRIÇÃO CREFITO-7: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ TEL: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CEL: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

END. CONSULTÓRIO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

ÁREAS DE ATUAÇÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E solicitar o que se segue:

( ) INSCRIÇÃO DE CONSULTÓRIO

( ) MUDANÇA DE ENDEREÇO

( ) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

( ) BAIXA DE CONSULTÓRIO

Endereço para envio da declaração de baixa de consultório:

\_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

### DIAS E HORÁRIOS DE ATENDIMENTO

<b>Dia /horário</b>	<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>	<b>Sábado</b>
<i>Matutino</i>						
<i>Vespertino</i>						
<i>Noturno</i>						

Nestes termos,

Pede deferimento,

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo do profissional)

Sede - Salvador/Ba

Avenida Tancredo Neves, Edif. Esplanada Tower, nº 939,  
Sala 101, Caminho das Árvores, Cep.: 41.820-021  
Telefone: (071) 3045-4242 (Ramal 1)

Subsede - Vitória da Conquista/Ba

Avenida Olívia Flores, Empresarial Olívia Flores, nº 286,  
Sala 106, Candeias, Cep.: 45.028-610  
Telefone: (071) 3045-4242 (Ramal 2)

Subsede - Barreiras/Ba

Avenida José Bonifácio, nº 737,  
Vila Dulce, Cep.: 47.800-306  
Telefone: (071) 3045-4242 (Ramal 3)

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