



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:

Avenida Tancredo Neves, Edifício Metropolitano Alfa, número 999, 7º andar, Caminho das Árvores, Salvador/BA.

CEP: 41820-021. Telefone: (71) 3045-4242.

www.crefito7.gov.br