

**CREFITO 7**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:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INSCRIÇÃO (CREFITO-7):** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_

**TELEFONE:** (    ) \_\_\_\_\_ **CELULAR:** (    ) \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

**ÁREAS DE ATUAÇÃO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

TURNO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
MATUTINO							
VESPERTINO							
NOTURNO							

Nestes termos, solicito deferimento:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Município**

**Data**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e carimbo**

### SEDE

Av. Tancredo Neves, Edifício Metropolitano Alfa, nº 999, 7º andar, Caminho das Árvores, Salvador/BA.  
CEP: 41820-021. Telefone: 71 3045-4242 - [www.crefito7.gov.br](http://www.crefito7.gov.br)

### SUBSEDE – VITÓRIA DA CONQUISTA

Av. Olívia Flores, nº 286, Sala 106, Candeias,  
Vitória da Conquista/BA. CEP: 45028-610  
Telefone: 71 3045-4242 (Opção 02)

### SUBSEDE – BARREIRAS

Av. José Bonifácio, nº 737, Vila Dulce,  
Barreiras/BA. CEP: 47800-306  
Telefone: 71 3045-4242 (Opção 03)