

**CREFITO7**Conselho Regional de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional da 7ª Região**REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA**

Foto 3x4

ILMO. SR. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA
E TERAPIA OCUPACIONAL DA 7ª REGIÃO.

NOME: _____

INSCRIÇÃO (CREFITO-7): _____ NATURALIDADE: _____

FILIAÇÃO: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

ESTADO: _____ CEP: _____

TELEFONE: () _____ E-MAIL: _____

Solicito à V.Sa. inscrição, nos termos da Lei nº 6.316, de 17/12/1975, para exercer, na área sob a circunscrição deste Conselho Regional, a profissão abaixo selecionada, assumindo civil e criminalmente a responsabilidade de atos praticados por mim ou por pessoas sob a minha supervisão no exercício profissional:

() Fisioterapia () Terapia Ocupacional

Selecione abaixo o assunto requerido:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| () Registro Profissional com diploma | () Isenção de pagamento da anuidade |
| () Registro Profissional sem diploma | () Averbação de nome |
| () Baixa de Inscrição | () Reinscrição |
| () Inscrição Secundária | () Transferência |
| () Mudança de endereço | () Segunda via de Cédula |
| () Registro de Especialização | () Segunda via de Carteira (livro verde) |
| () Outros: _____ | |

Nestes termos, solicito deferimento:

_____, ____/____/____
Município Data

Protocolo nº: _____

Data: ____/____/____

Servidor

Assinatura:

Não encostar ou ultrapassar a marcação. Utilizar somente caneta preta.**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

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)