

**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:

- () **HIDROLIPOCLASIA ULTRASSÔNICA** - ACÓRDÃO Nº 635, DE 7 DE JULHO DE 2023
() **INTRADERMOTERAPIA / MESOTERAPIA** - ACÓRDÃO Nº 636, DE 7 DE JULHO DE 2023
() **TOXINA BOTULÍNICA** - ACÓRDÃO Nº 609, DE 11 DE MAIO 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

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