



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 17ª**  
**Região**

Avenida Ministro Geraldo Barreto Sobral, 2100. Sala 308. Empresarial JFC Trade Center. – Jardins. Aracaju/Se - CEP 49.026-900,  
TEL: (79) 3023-5955

**REQUERIMENTO DE CONSULTÓRIO**

Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 17ª. Região, venho por meio deste instrumento me apresentar:

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE INSCRIÇÃO CREFITO-17: \_\_\_\_\_ 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**

Dia /horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Matutino						
Vespertino						
Noturno						

Nestes termos,

Pede deferimento,

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

(Assinatura e carimbo do profissional)