



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 17ª Região
Av. Dr. José Machado de Souza, 120 - Edf. Horizonte Jardins Offices – Sala 1003 -Jardins, Aracaju - SE Cep:49025-740
TEL: (79) 98132-5242 / Registro: (79) 99832-2057/Financeiro: (79) 99893-8800 / Fiscalização: (79) 99801-4023

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)