



**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)