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) 3011-0900**

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)