

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE CONSULTÓRIO

Ilma. Senhora,

Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 12ª Região - CREFITO-12

Eu, Dr(a) _____

CPF: _____ Inscrito(a) neste Regional sob o número: _____

Solicito a V.Sa., nos termos da Lei 6.316/75 e Resolução COFFITO Nº 08/78 Capítulo VI, na Circunscrição do CREFITO12, Registro de Consultório de:

Fisioterapia

Terapia Ocupacional

Rua/Avenida: _____

Nº _____, sala: _____, Bairro _____ CEP: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: () _____, Celular: () _____, Comercial: () _____

Email: _____

Anexar os seguintes documentos:

Declaração de Responsabilidade Técnica;

Cópia do Contrato de Sub locação, comprovante de residência ou Declaração de uso do espaço (caso o estabelecimento seja alugado).

_____, _____ de _____ de _____

Local e Data

Nome legível e/ou assinatura

Obs: Envie a documentação solicitada neste requerimento ao e-mail da Sede/Delegacias para ser protocolado.

O CREFITO - 12 ressalta que, somente iniciará o processo, mediante a documentação completa (conforme requerimento de Registro de Consultório).