



CREFITO14

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 14ª REGIÃO

Ilustríssimo(a) Senhor(a) Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 14ª Região.

NOME: _____

INSCRIÇÃO NO CREFITO: _____

Solicita a V.SA. Registro de consultório, nos termos da Resolução COFFITO – 353 DE 8 DE NOVEMBRO DE 2008, D. O. U. N° 230 de 26/11/2008.

Endereço do consultório:

E.mail: _____

Horários: _____ Telefone (s): _____

Anexar ao presente:

1. Fotocópias de:

Carteira profissional do CREFITO-14

Cópia autenticada do contrato de locação, de compra e venda ou escritura do imóvel

Alvará de Funcionamento

Alvará de Vigilancia

NESTES TERMOS
P. DÉFERIMENTO

_____, _____ DE _____ DE _____

Assinatura