



CREFITO 20

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia
Ocupacional da 20ª Região

REGISTRO DE CONSULTÓRIO DECLARAÇÃO DE USO DO ESPAÇO

Endereço completo do Consultório: _____

Nº _____

Complemento _____ Bairro _____

Cidade _____ Estado _____

CEP: _____ Telefones: _____

Email: _____

Declaro que o profissional: _____

(nome do profissional que utiliza o espaço)

() Fisioterapeuta () Terapeuta Ocupacional, Crefito-20 nº _____ - _____, desenvolve suas atividades profissionais no estabelecimento licenciado pelo município de _____

Estado _____, em () nome () Razão Social de _____

() CPF () CNPJ _____, localizado no endereço acima mencionado.

Profissional/Responsável legal pelo estabelecimento

(assinatura e carimbo)

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 20ª REGIÃO

Av. Djalma Batista, 1719 (Edifício Atlantic Tower) – Torre Medical, Sala 310, Chapada, Manaus-AM, CEP: 69050-010

Fone: (92) 3213-5856 / (92) 99251-8570 | E-mail: secretaria@crefito20.org.br | Site: www.crefito20.org.br