



CREFITO20

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia
Ocupacional da 20ª Região

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE CONSULTÓRIO

Ilmo. Senhor,

Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 20ª Região - CREFITO-20

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 CREFITO20, 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 - 20 ressalta que, somente iniciará o processo, mediante a documentação completa (conforme requerimento de Registro de Consultório).

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