PROTOCOLO nº_____

Data:_____/_____/_____

_____
Servidor

Serviço Público Federal
Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região
CREFITO-1

REQUERIMENTO DE CONSULTÓRIO

SR(A). PRESIDENTE(A) DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 1ª REGIÃO CREFITO-1

DADOS DO PROFISSIONAL:

Nome:_____CREFITO nº:_____
CPF:_____Consultório de: ( ) Fisioterapia ( ) Terapia Ocupacional

DADOS DO CONSULTÓRIO:

Endereço:_____nº_____
Complemento:_____
Bairro:_____CEP:_____Cidade:_____UF:_____
Tel:( )_____/( )_____E-mail:_____
Dias e Horário de funcionamento das atividades:_____

Venho solicitar a V.S.ª o seguinte:
( ) Registro de Consultório
( ) 2ª via de Certificado de Consultório
( ) Baixa de Consultório
Outro:_____

OBSERVAÇÕES:

1. Ao promover o requerimento de registro de consultório, o profissional deve estar em dia com as obrigações pecuniárias perante o CREFITO-1, sob pena de indeferimento do registro;
2. O registro de consultório não isenta o profissional da responsabilidade perante à Vigilância Sanitária, nosentido de obter a expedição do alvará.

☐ Declaro estar ciente que o prazo para a conclusão de todo processo está condicionado a realização do pagamento da taxa de registro, e o não cumprimento com o pagamento da mesma, toda documentação atrelada à este requerimento, será descartada por esta Autarquia Federal – Portaria CREFITO n° 108/2022.

☐ Autorizo para os devidos fins, o recebimento de comunicações oficiais do CREFITO-1, através de e-mail e mensagens via aplicativo e mensagens instantâneas.

Pede deferimento,

_____, _____/_____/_____
(Local) (Data)

_____
Assinatura

Documentos a serem anexados no presente requerimento:

Baixa de Consultório	:Certificado de registro emitido pelo CREFITO-1