



CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 1ª REGIÃO
CREFITO-1

REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE CONSULTÓRIO

PROCOLO nº _____

Data: ____/____/____

Servidor

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

Venho solicitar a V.S.^a o registro de consultório, nos termos da Resolução COFFITO 08/78 e alterações;

Nome: _____ Nº do CREFITO: _____

CPF: _____ Consultório de: () Fisioterapia () Terapia Ocupacional

Endereço: _____ nº _____

Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Tel: () _____ / () _____ E-mail: _____

Dias e Horário de funcionamento das atividades: _____

Pede deferimento,

_____, ____/____/____

CREFITO _____

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, no sentido de obter a expedição do alvará.