



CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 7ª REGIÃO – CREFITO-7
AV TANCREDO NEVES, 939 – ED. ESPLANADA TOWER S/101/102/107-CAMINHO DAS ÁRVORES
SALVADOR/BA CEP: 41.820-021 TEL: (71) 341-0721 / 4112 FAX: 341-4271
e-mail: crefito7@uol.com

Ilmo. Senhor Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 7ª. Região – CREFITO-7,

Eu, _____,
(Nome completo)

inscrito neste CREFITO-7 sob nº. _____, solicito a V. Sa. o registro de meu Consultório, nos termos da Resolução COFFITO-8/78, sito a

_____ na
cidade de _____, Estado _____, CEP
_____ E-mail _____

Telefone fixo _____ Telefone Celular _____, que é por mim utilizado nos dias _____ no horário de _____ as _____ h.

Solicito ainda, que deferido o registro, seja emitido o respectivo Certificado do Registro referido no art. 114, da supracitada Resolução.

Anexo ao presente, fotocópia autenticada de:

- ◇ Inscrição no registro de Imposto Sobre Serviço;
- ◇ Inscrição no INSS (autônomo);
- ◇ Última guia paga - ISS;
- ◇ Última guia paga - INSS;
- ◇ Fotocópia do Contrato de Locação;
- ◇ Cópia da Cédula Profissional ou Licença Temporária de Trabalho (frente/verso)

.....
.....
Nestes Termos,
Pede Deferimento.

Local e data: _____

Assinatura e Carimbo do Profissional