



Ilustríssimo(a) Senhor(a) Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 6ª Região.

NOME: \_\_\_\_\_

INSCRIÇÃO NO CREFITO: \_\_\_\_\_

Solicita a V.SA. registro de consultório, nos termos da Resolução COFFITO – 353 DE 8 DE NOVEMBRO DE 2008, D. O. U. N° 230 de 26/11/2008.

Endereço do consultório: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E.mail: \_\_\_\_\_

Horários: \_\_\_\_\_ Telefone (s): \_\_\_\_\_

Anexar ao presente:

1. Fotocópias de:

Carteira profissional do CREFITO 6

Alvará de funcionamento

\_\_\_\_\_

NESTES TERMOS  
P. DEFERIMENTO

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura