

REGISTRO DE CONSULTÓRIO

Ilmo. Sr(a) Presidente(a) do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 6º Região

Profissional: _____ Nº Crefito: _____

CPF: _____

Vem solicitar a V. S^a registro de consultório.

Local de retirada: _____

INFORMAÇÕES DO CONSULTÓRIO

Nome Fantasia: _____

Natureza das Atividades: _____

Início das Atividades: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ UF: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Local e Data: _____

Assinatura do Solicitante

Declaro, para fins de direito, sob as penas do art. 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações prestadas no presente formulário são verdadeiras e autênticas e autorizo a utilização dos meus dados pessoais para os fins relativos às atividades desta autarquia