



CREFITO-14

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 14ª REGIÃO

Avenida Universitária, 750 Ed. Diamond Center - Salas 810,811,812,813 / CNPJ: 21.310.708/0001-19

Site: www.crefito14.org.br / Email: crefito14@crefito14.org.br

CEP: 64049-494- Teresina/PI. Fone: (86) 3216.6030

Ilustríssimo(a) Senhor(a) Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 14ª 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-14

Alvará de funcionamento

NESTES TERMOS
P. DEFERIMENTO

_____, _____ DE _____ DE _____

Assinatura