

REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE CONSULTÓRIO

Ilmo(a). Sr(a). Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª Região/RS

O (a) profissional abaixo especificado (a) vem solicitar de V.Sa. o registro de consultório nesta Autarquia, nos termos da Lei nº 6.316/75 e resolução COFFITO-8/78.

Nome.....
nome completo por extenso do (a) profissional sem abreviatura

Nº Inscrição.....

INFORMAÇÕES DO CONSULTÓRIO:

() Rua () Av:.....

N.º:..... Sala/Conjunto:..... Bairro:.....

CEP:..... Cidade:..... UF: **RS**

Telefone:().....

E-mail:

Horário de utilização: das às

Dias de utilização: () Dom () Seg () Ter () Qua () Qui () Sex () Sab

JUNTA AO PRESENTE OS DOCUMENTOS:

- Declaração de responsabilidade técnica, preenchida e assinada;
- Cópia autenticada do Alvará de Localização da Prefeitura;
- Pagamento do certificado de registro.

Obs.: A apresentação dos documentos originais dispensa a autenticação nas cópias.
O boleto para pagamento do certificado é fornecido após a apresentação da documentação.

Nestes Termos
Pede Deferimento

....., de de
cidade data

.....
assinatura do requerente