

REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE CONSULTÓRIO

Ilmo. Sr.

Dr. Alexandre Doval da Costa

Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª Região

Conforme o disposto na Resolução Nº 08/78 do COFFITO, solicito o registro nesta Autarquia do local de atendimento situado no seguinte endereço:

() Rua () Av.: _____

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

CEP: _____ - _____ Cidade: _____ UF: **RS**

Telefone:() _____ - _____ E-mail: _____

O atendimento é realizado das ____h. ____min. às ____h. ____min., nos seguintes dias:

Segunda Terça Quarta Quinta Sexta Sábado Domingo

No local supramencionado, serão realizados atendimentos autônomos do profissional:

Dr(a). _____ - _____
Nome Legível N° de Inscrição

Anexos:

- Declaração de Responsabilidade Técnica preenchida e assinada pelo próprio profissional;
- Cópia **autenticada** do Alvará de Localização e/ou Licença para Funcionamento, emitido pela Prefeitura (em nome do profissional e com o endereço do local de atendimento);
- Comprovante de pagamento da taxas de registro.

_____, ____ de _____ de 201__.
local e data

Assinatura do Profissional
(carimbar abaixo)