



**CREFITO-9**

**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 9ª REGIÃO**

Rua H, Lote 02, Quadra 04, Setor A- Centro Político Administrativo- CEP:78.049-911, Cuiabá/MT, FONE(65)3644-4272



## **REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE CONSULTÓRIO**

**Nome Completo:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_, inscrito(a) neste Regional sob o número \_\_\_\_\_

**vem solicitar o registro do seu consultório de** \_\_\_\_\_

**localizado no endereço:** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_

**Cep:** \_\_\_\_\_, **Fone :** ( ) \_\_\_\_\_ **e-mail:** \_\_\_\_\_

**com horário de utilização das** \_\_\_\_:\_\_\_\_ **às** \_\_\_\_:\_\_\_\_ **e das** \_\_\_\_:\_\_\_\_ **às**

**\_\_\_\_:\_\_\_\_, nos termos da legislação em vigor.**

**Junto os presentes documentos exigidos**

**Nestes termos**

**Pede deferimento**

---

**Assinatura e carimbo do requerente**

Anexar a este requerimento, fotocópia **AUTENTICADA** do **Alvará de localização e funcionamento em vigor, expedido pela prefeitura, em seu nome.**

