

Ficha de Atualização Cadastral – Consultório
PREENCHIMENTO COM LETRA DE FORMA

Nome: _____

Nome Fantasia: _____

Endereço: _____

_____ Nº _____ Complemento _____

Bairro: _____ CEP |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Cidade: _____ Estado: |__|_| Fone: |__|_| |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Celular: |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail: _____

Site: _____

Horário de Funcionamento do Estabelecimento: _____

Área (s) de atuação : _____

Dias de trabalho e horário de atendimento:

Dias de Trabalho	() Segunda	() Terça	() Quarta	() Quinta	() Sexta	() Sábado	() Domingo
Horário de atendimento							

NESTES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO

Local e data _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Profissional

Nº do CREFITO-8: _____

Anexar a este requerimento, os seguintes documentos:

Consultório

- Cópia Simples do Alvará de Autônomo/ Localização (Se houver);
- Cópia Simples da Licença da Vigilância Sanitária OU Bombeiros;
- Certificado antigo (original).

O CREFITO-8 ressalta que somente aceitará a documentação, mediante a apresentação de todos os documentos acima arrolados, nos termos do que dispõe a Resolução COFFITO 08/78 Art. 29.