**Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª Região – CREFITO-8**
**Rua Jaime Balão, 580 – Hugo Lange – Curitiba-PR – 80040-340 | Fone: 0800-645-2009**
www.crefto8.org.br

## TERMO DE RESPONSABILIDADE
## REGISTRO PROFISSIONAL

Através deste documento, autorizo o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª Região a enviar pelo correio, por meio de A.R., o (s) seguinte(S) documentos(s):

- Carteira e Cartão de Identidade Profissional

Estou ciente de que todos os documentos emitidos pelo CREFITO-8 serão enviados para o meu endereço de cadastro e que tenho o dever de mantê-lo atualizado.

Dados para contato:

Fone residencial |__|__| - |__|__|__|__|__|__|__|__|__|   Celular |__|__|- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Fone comercial |__|__| - |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

e-mail |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Outrossim, isento, neste ato, o CREFITO-8, de qualquer responsabilidade no caso de eventual extravio ou avaria da documentação citada, reconhecendo que a remessa postal se efetuou por minha solicitação.

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

(Nome Legível)

________________________________________

Assinatura

Local e data: ________________________________________,_______ de ____________________de________