



S E R V I Ç O P Ú B L I C O F E D E R A L

**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 5ª REGIÃO**

AV. PALMEIRA, 27 - CONJ. 403 - CEP 90470-300 PORTO ALEGRE - RS - FONE FAX: (51)3334-6586  
Home page: [www.crefito5.com.br](http://www.crefito5.com.br) e-mail: [crefito5@via-rs.net](mailto:crefito5@via-rs.net)

Prezado (a) Colega:

O Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul, com a finalidade de propiciar à sociedade a consulta de profissionais, empresas e consultórios, que estejam em situação regular com este Órgão, vem pelo presente solicitar a V. S<sup>a</sup>. autorização para publicação de seus dados cadastrais, conforme itens abaixo, no *site* do Conselho.

A busca por profissionais e/ou empresas, em nosso *site*, poderá ser feita através dos campos "Número de Inscrição, Nome, Município e Área de Atuação". Quanto ao número de telefone a ser divulgado, caso esta opção seja escolhida pelo profissional e/ou empresa, informamos que será apresentado no site somente um número para contato.

Sendo assim, solicitamos que após o preenchimento dos campos abaixo V. S<sup>a</sup>. encaminhe a autorização via-correio, fax ou por e-mail (*scaneado*).

Dra. Maria Teresa Dresch da Silveira  
Presidente

Dr. Jadir Camargo Lemos  
Vice-Presidente

## AUTORIZAÇÃO

Escolha uma opção:

- Empresa – Inscrição n.º.....
- Consultório – Inscrição n.º .....
- Fisioterapeuta/Terapeuta Ocupacional - Inscrição n.º.....

.....  
(Nome do profissional / Razão Social da Empresa)

Autorizo a divulgação dos dados assinalados abaixo no *site* do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª Região/RS.

- Telefone.....(favor informar o número a ser divulgado com código de área)
- Área de atuação.....
- Município

.....de..... de 2008

\_\_\_\_\_  
Assinatura