

REQUERIMENTO DE APOSTILAMENTO PARA USO DA INTRADERMOTERAPIA/MESOTERAPIA

Eu, _____,

CPF _____, inscrito(a) no CREFITO-5 sob número _____-F solicito o apostilamento para uso da **Intradermoterapia/Mesoterapia**, conforme critérios do **Acórdão nº 636, de 07/07/2023**.

Declaro estar ciente da íntegra do Acórdão supracitado e que somente após a análise e o deferimento do Conselho Regional, estarei apto ao exercício e divulgação do procedimento.

Certifico e dou fé das informações prestadas e dos comprovantes de formação anexos.

Local e data: _____, ____ de _____ de ____.

Assinatura do profissional

DADOS PARA CONTATO

ENDEREÇO _____

CIDADE/UF _____ CEP _____

DDD ____ CELULAR _____

E-MAIL _____

OPÇÃO DE LOCAL PARA RETIRADA DOS DOCUMENTOS

- SEDE PORTO ALEGRE
- SECCIONAL CAXIAS DO SUL
- SECCIONAL SANTA MARIA
- ENVIO PELO CORREIO PARA ENDEREÇO ACIMA

Anexar a este requerimento:

- Carteira Profissional (tipo-livro) original;
- Certificado (original ou com autenticação digital) contendo o conteúdo programático e professores responsáveis.