



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA DÉCIMA SEXTA REGIÃO - CREFTO-16

Endereço: Av. do Vale, Quadra 23, Lote 09, Sala 305. Ed. Carraras CEP: 6507-5660 Bairro: Renascença II São Luís/MA
Horário de Atendimento: 09h às 13h e 14h às 17h – Fone: (98) 3304-7779 / 3304-7774

REQUERIMENTO DE REINSCRIÇÃO

EXMO. SR. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 16ª REGIÃO

Dr(a). _____

Número da Inscrição Anterior: _____ Residente à rua _____

Nº _____ Bairro _____, Cidade _____, Estado _____

CEP _____ - _____, Fone(s) (____) _____ / _____

E-mail _____

PAI: _____

MÃE: _____

Solicita a V.Sa. a Reinscrição, nos termos da **Lei nº .6,316 de 17/12/75. Resolução COFFITO 8/78 Decreto-Lei 938.**

Para exercer, na jurisdição desse Conselho Regional, a profissão de:

Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional

Anexar ao presente (Assinalar o documento que juntar ao Requerimento)

1- 03 (três) fotografias (recentes) formato 3x4 (de frente e não instantâneas)

2- **Cópias legíveis e autenticadas dos seguintes documentos:**

Requerimento ou Declaração de Entidade de Ensino Superior comprovando confecção de Diploma de Graduação

Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento (com desquite devidamente averbado quando for o caso)

Comprovante de redidência (caso tenha realizado qualquer alteração)

Diploma original

NESES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO

(ASSINATURA)

Obs: Não será aceito o pedido de Registro na ausência de qualquer documento conforme Resolução 8/78 Art. 29.