



# CREFITO 20

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia  
Ocupacional da 20ª Região

## REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DEFINITIVA DIRETA COM LTT VENCIDA

Ilmo. Senhor

Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 20ª Região - **CREFITO-20**

Eu, Dr.(a) \_\_\_\_\_

Licença Temporária de Trabalho – LTT Nº.: \_\_\_\_\_

Filho(a) de \_\_\_\_\_

e \_\_\_\_\_

**Solicito a V.Sa. Inscrição Definitiva, nos termos da Lei 6316/75, para exercer, na área sob jurisdição desse Conselho Regional, a profissão de:**

( ) Fisioterapia

( ) Terapia Ocupacional

Esclareço que a sede principal de minha atividade profissional é na cidade de: \_\_\_\_\_.

Solicito que após deferida a inscrição, sejam emitidas Carteira e Cédula de Identidade Profissional, em cumprimento ao inciso I do art. 7º. da Resolução COFFITO-08/78.

### Endereço para correspondência e contato:

Rua/Avenida: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, Comercial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Endereço profissional: \_\_\_\_\_

Nestes termos pede deferimento,

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Local e Data

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 20ª REGIÃO

Av. Djalma Batista, 1719 (Edifício Atlantic Tower) – Torre Medical, Sala 310, Chapada, Manaus-AM, CEP: 69050-010

Fone: (92) 3213-5856 / (92) 99251-8570 | E-mail: [secretaria@crefito20.org.br](mailto:secretaria@crefito20.org.br) | Site: [www.crefito20.org.br](http://www.crefito20.org.br)



# CREFITO20

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia  
Ocupacional da 20ª Região

Nome legível e/ou assinatura

## REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DEFINITIVA DIRETA COM LTT VENCIDA

### Anexar ao presente:

- ( ) Cópia simples frente e verso do Diploma Original;
- ( ) Licença Temporária de Trabalho – LTT original e Digital (entrega obrigatória, caso de extravio, anexar o Boletim de ocorrência B.O);
- ( ) Certidão de nascimento ou casamento (caso tenha sido alterado o estado civil, devidamente averbado) – cópia simples;
- ( ) Cédula de identidade com data de emissão até 10 anos conforme decreto nº 10.977/22 (quando estrangeiro – condição de permanente) – cópia simples;
- ( ) CPF - cópia simples;
- ( ) Título de eleitor e comprovante de votação da última eleição ou Certidão Eleitoral atualizada - cópia simples;
- ( ) Certificado de reservista (sexo masculino que contar menos de 40 anos) – cópia simples;
- ( ) 03 (três) fotografias (recentes) formato 3 x 4 (de frente); Enviar originais a Sede do Crefito 12/Delegacias.
- ( ) Comprovante de residência (Circunscrição do CREFITO-20) – cópia simples.

**Obs1: Todo o Processo deve ser realizado via site e anexado todos os documentos solicitados neste requerimento.**

**Obs2: Enviar a Sede/Delegacias, as 3 (três) fotos e a cédula da LTT Vencida originais. - Via Correios.**

**O CREFITO20 ressalta que somente iniciará o processo, mediante a documentação completa (conforme requerimento de Inscrição Definitiva direta com LTT Vencida), que deverá ser anexada em "ARQUIVO ÚNICO" no momento do cadastro no site do Crefito 20- na **aba faça aqui sua inscrição Pessoa Física**, no CAMPO ANEXO, em formato PDF DIGITALIZADO.**

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 20ª REGIÃO

Av. Djalma Batista, 1719 (Edifício Atlantic Tower) – Torre Medical, Sala 310, Chapada, Manaus-AM, CEP: 69050-010

Fone: (92) 3213-5856 / (92) 99251-8570 | E-mail: [secretaria@crefito20.org.br](mailto:secretaria@crefito20.org.br) | Site: [www.crefito20.org.br](http://www.crefito20.org.br)



# CREFITO<sup>20</sup>

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia  
Ocupacional da 20ª Região

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Através deste documento, autorizo o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 20ª Região a enviar pelo correio, por meio de A.R. meus documentos referentes ao registro.

Para o seguinte endereço:

Rua/Avenida: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Obs.: Alterar o endereço do cadastro para o acima descrito:

( ) Sim      ( ) Não

Outrossim, isento, neste ato, o CREFITO-12, de qualquer responsabilidade no caso de eventual extravio da documentação citada, reconhecendo que a remessa postal se efetuou por minha solicitação.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Nome legível e/ou assinatura

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 20ª REGIÃO

Av. Djalma Batista, 1719 (Edifício Atlantic Tower) – Torre Medical, Sala 310, Chapada, Manaus-AM, CEP: 69050-010

Fone: (92) 3213-5856 / (92) 99251-8570 | E-mail: [secretaria@crefito20.org.br](mailto:secretaria@crefito20.org.br) | Site: [www.crefito20.org.br](http://www.crefito20.org.br)