



CREFITO20

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 20ª Região

REQUERIMENTO DE REINSCRIÇÃO

Ilmo Senhor.

Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 20ª Região CREFITO – 20.

Nome: _____

Inscrito(a) anteriormente neste Regional sob o nº CREFITO-20/ _____, Residente á

Bairro _____ Cidade: _____, Estado _____

CEP: _____ - _____, fone(s) (____) _____, Email: _____

Pai: _____

Mãe: _____

() Reinscrição, nos termos da Lei n. 6.316/75. Resolução Coffito 8/78 Decreto-Lei 938. Para exercer, na área sob jurisdição desse Conselho Regional, a profissão de:

() FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL

Indique a Cidade e o Estado em que irá exercer sua atividade profissional: _____

Anexar:

- () 02 (duas) fotografias (recentes) formato 3x4 (de frente e não instantâneas);
- () Certidão de Nascimento ou Casamento (com desquite averbado, quando for o caso);
- () CPF, Título de eleitor e Comprovante de residência;
- () Carteira Profissional de Identidade (caso não esteja no Crefito 20).
- () Cédula de identidade com data de emissão até 10 anos conforme decreto nº 10.977/22 (quando estrangeiro – condição de permanente) – cópia simples ;

Nestes termos pede deferimento,

_____, _____ de _____ de _____

Local e Data

Nome legível e/ou assinatura

Obs1: Os Profissionais que protocolarem os documentos na Sede ou Subsedes devem ser acompanhados dos originais para conferência, os Profissionais fora da Sede/Delegacias devem enviá-los via correios/e-mails.

Obs2: O CREFITO20 ressalta que somente iniciará o processo mediante a documentação completa (conforme requerimento de Reinscrição).

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 | Site: www.crefito20.org.br



CREFITO²⁰

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.

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-20, 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 | Site: www.crefito20.org.br