



CREFITO20

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia
Ocupacional da 20ª Região

REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE OUTROS REGIONAIS PARA O CREFITO-20

Ilmo. Senhor,

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

Dr(a). _____,

Pertencente ao CREFITO Nº _____, Inscrito(a) sob o número: _____, Residente
á: _____,

Bairro: _____, Cidade: _____, Estado: _____,

CEP: _____ - _____, Fone(s): () _____, Ramal: _____,

E-mail: _____,

Vem mui respeitosamente requerer **Transferência para este Regional**, nos termos da Resolução COFFITO-8/78.

Nestes termos pede deferimento,

_____, _____ de _____ de _____

Local e Data

Nome legível e/ou assinatura

ANEXAR:

- () Cópia simples do Diploma Original;
- () Originais da carteira profissional e cédula de identidade profissional;
- () 2 fotos 3x4 (de frente e recente);
- () Uma cópia simples da certidão de casamento (com desquite averbado, quando for o caso);
- () Uma cópia simples do RG, CPF, título de eleitor (caso tenha alterado algum dado desses documentos); (
-)Uma cópia do comprovante de residência (atualizada e na Cidade destino);

Obs1: Quando os documentos forem entregues na Sede, Subsedes devem ser acompanhados dos originais para conferência, exceto os documentos enviados via correios para a Sede. Após o recebimento dos documentos o boleto será entregue presencialmente ou enviados via e-mail.

Obs2: O CREFITO20 ressalta que somente iniciará o processo, mediante a apresentação de todos os documentos acima arrolados, nos termos do que dispõe a Resolução COFFITO – 08/78 art. 29.

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