



**CREFITO-14**  
**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 14ª REGIÃO**  
Av. Jóquei Clube, 299 ed. Eurobusiness, Sala 609- CEP: 64.049-240 Teresina/Piauí – Fone: (86) 3216.6030  
Site: www.crefito14.org.br – Email: crefito14@crefito14.org.br

**REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE OUTROS REGIONAIS**

Dr.(a). \_\_\_\_\_

Inscrito (a) no CREFITO \_\_\_\_\_ sob o nº \_\_\_\_\_

Por estar exercendo a profissão em área da jurisdição do CREFITO-14, e residindo à:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_,

CEP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, fone(s) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_,

E-mail \_\_\_\_\_

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

NESTES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO.

Teresina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ASSINATURA)

**ANEXAR:**

- **Originais do diploma, carteira e cédula de identidade profissional;**

ou

- Original do Certificado de Franquia Profissional ou Licença Temporária de Trabalho (Quando for inscrição provisória);

- **Dois foto 3x4 (de frente e recente);**

- Uma cópia autenticada do RG, cpf, titula de eleitor (Caso tenha alterado algum dado desses documentos).

- **Uma cópia do comprovante de endereço (pode ser no nome do conjugue).**

-Copia pagamento da última anuidade