



CREFITO-14
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 14ª REGIÃO
Av. Jôquei Clube, 299 ed. Eurobusiness, Sala 609- CEP: 64.049-240 Teresina/Piauí – Fone: (86) 3216.6030
CNPJ: 21.310.708/0001-19 - Site: www.crefito14.org.br – Email: crefito14@crefito14.org.br

ILMO. SR. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 14ª REGIÃO

Nome: _____

Filiação: Pai - _____

Mãe- _____

Estado Civil: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo () F () M

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Universidade: _____ Data de colação de grau: ____/____/____

End. Residencial: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Cep: _____ Tel: () _____ Celular () _____

Email: _____

Solicito a Vossa Excelência, inscrição nos termos da Lei 6.316/75 de 17/12/75 e, ciente da obrigação imposta pela norma do art. 5º da Lei Federal nº 12.514/2011, para exercer na área sob Jurisdição desse Regional a profissão de:

() FISIOTERAPEUTA

() TERAPEUTA OCUPACIONAL

Anexar ao requerimento **cópias autenticadas** dos seguintes documentos:

- 4 (quatro) fotografias 3x4 (recente, de frente, com fundo claro, homens com terno e gravata),
- Certidão de Conclusão de Graduação em Fisioterapia ou Terapia Ocupacional, constando a data da colação de grau (documento original ou cópia autenticada),
- Histórico Acadêmico (documento original ou cópia autenticada),
- Carteira de Identidade (Não será aceita Carteira Nacional de Habilitação - CNH),
- CPF,
- Título de Eleitor,
- Comprovante de voto da última eleição ou justificativa eleitoral,
- Certificado de Reservista (sexo masculino que contar com menos de 40 anos),
- Certidão de Nascimento ou Casamento (com desquite averbado, quando for o caso).
- Comprovante de Residência.

**Nestes termos.
Peço deferimento.**

Local e data

Assinatura do Profissional