



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 17ª REGIÃO  
CREFITO-17

REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA

ILMO. SR (A) PRESIDENTE (A) DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA  
E TERAPIA OCUPACIONAL DA 17ª REGIÃO.

3x4

Nome:

\_\_\_\_\_

Nº de Inscrição (CREFITO): \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

Endereço:

\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

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

Tel(s): DDD ( ) \_\_\_\_\_ Cel(s) ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Sr. Presidente,

Solicito à V.Sa inscrição, nos termos da Lei nº 6.316, de 17/12/1975, para exercer, na área sob a circunscrição deste Conselho Regional, a profissão abaixo selecionada, assumindo civil e criminalmente a responsabilidade de atos praticados por mim ou por pessoas sob a minha supervisão no exercício profissional:

( ) FISIOTERAPEUTA

( ) TERAPEUTA OCUPACIONAL

Selecione o assunto requerido:

( ) Registro Profissional ( ) Com diploma ( ) Sem diploma

( ) Baixa de Inscrição

( ) Reinscrição

( ) Inscrição Secundária

( ) Transferência do CREFITO \_\_\_\_\_ para o CREFITO \_\_\_\_\_

( ) Mudança de Endereço

\_\_\_\_\_ª Via de: ( ) Carteira Verde ( ) Cédula de Identidade

( ) Registro de Especialização

( ) Averbação de nome

( ) Declaração de nada consta ( ) Financeiro ( ) Ético

( ) Isenção de pagamento de anuidade

Outros: \_\_\_\_\_

Nestes termos, pede deferimento,

Assinatura

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

┌ \_\_\_\_\_ ┐  
└ \_\_\_\_\_ ┘