



CREFITO-14

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 14ª REGIÃO

Avenida Universitária, 750 Ed. Diamond Center - Salas 810,811,812,813 / CNPJ: 21.310.708/0001-19

Site: www.crefito14.org.br / Email: crefito14@crefito14.org.br

CEP: 64049-494- Teresina/PI. Fone: (86) 3216.6030

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: _____

Esclareço que a sede principal de minha atividade profissional é em:

Nome da Empresa: _____

End. Comercial: _____ Cidade: _____ UF: _____

Cep: _____ Tel: () _____

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

Anexa à presente cópia dos seguintes documentos:

- **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),
- Quatro fotos 3x4 (homens de terno e gravata / mulheres de traje social, sem camiseta).
- Carteira de identidade civil (RG) – **cópia autenticada**
- CPF - **cópia autenticada**
- Título de eleitor e 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