



**CREFITO-9**

**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 9ª REGIÃO**

Rua H, Lote 02, Quadra 04, Setor A- Centro Político Administrativo- CEP:78.049-911, Cuiabá/MT, FONE(65)3644-4272

## REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL

Ilmo Sr. Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 9ª Região.

**NOME:** \_\_\_\_\_  
(escrever o nome completo e por extenso, não omitir ou abreviar qualquer nome)

**FILIAÇÃO PAI:** \_\_\_\_\_

**MÃE:** \_\_\_\_\_

Solicita a Vossa Senhoria a inscrição, nos termos da Lei nº 6316, de 17/12/75, para exercer, na área sob jurisdição desse Conselho Regional, a profissão de:

FISIOTERAPEUTA  TERAPEUTA OCUPACIONAL

Esclarece que a sede principal de sua atividade profissional é em:

\_\_\_\_\_  
(Indicar a Cidade e Estado)

**Solicita ainda, que após deferimento da inscrição, seja emitido o Cartão de Identificação e Carteira Profissional.**

**Anexa ao presente:** (assinalar o documento que juntar ao requerimento):

4 (quatro) fotografias (recentes) formatos 3x4 (de frente) **(Terno e Gravata p/ Homens).**

**Cópias Autenticadas dos Seguintes Documentos:**

Carteira de Identidade (RG / para estrangeiro - condições de permanente)

CPF

Título de Eleitor

Certificado de Reservista (sexo masculino que contar menos de 40 anos)

Certidão de Casamento (com desquite averbado, quando for o caso)

Certidão de Nascimento

Certificado de Conclusão do Curso e Histórico da Graduação

Cópia Autenticada do Diploma.

**Endereço para Correspondência:** (indique endereço completo, com referência)

Rua/Av/Trav: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

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

Município/Estado: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_

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

Telefone Fixo ( ) \_\_\_\_\_ - Celular ( ) \_\_\_\_\_

**Solicito ainda o envio do boleto da taxa de inscrição via:** E-mail ( ) \_\_\_\_\_ Correios ( ) \_\_\_\_\_

**NESTES TERMOS PEDE DEFERIMENTO**

Local (Município/UF) e Data: \_\_\_\_\_



**CREFITO-9**

**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 9ª REGIÃO**

Rua H, Lote 02, Quadra 04, Setor A- Centro Político Administrativo- CEP:78.049-911, Cuiabá/MT, FONE(65)3644-4272

## **TERMO DE RESPONSABILIDADE:**

Através deste documento, autorizo o **Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia ocupacional da 9ª Região - CREFITO-9** a enviar-me pelo correio o(s) seguintes documentos:

- Diploma
- Carteira e Cartão de Identificação Profissional

Igualmente, isento, neste ato, o CREFITO-9 de qualquer responsabilidade no caso de eventual extravio da documentação citada, reconhecendo que a remessa postal se efetuou por minha solicitação.

---

(LOCAL E DATA)

---

(NOME LEGÍVEL)

---

(ASSINATURA)