

## 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)



Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 9ª Região

## 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)

**DECLARAÇÃO**

EU, \_\_\_\_\_

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS LEGAIS, ( ) **SER** ( ) **NÃO SER**  
**DOADOR(A) DE ÓRGÃO E TECIDOS.**

POR SER VERDADE FIRMO O PRESENTE

\_\_\_\_\_, DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

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