



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

**CREFITO 12**  
**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 12ª REGIÃO**

Sede: Trav. 14 de Abril, 2093 Guamá – Belém/PA. CEP: 66063-475

Fones: SEDE (91) 3249-1787 / (91) 3269-3808 / (91) 3259-1653

(91) 98814-0213 (Recepção) / (91) 9 8895-9970 (Financeiro)

Email: crefito12@crefito12.org.br / Site: www.crefito12.org.br

---

**REQUERIMENTO DE REINSCRIÇÃO**

NOME: \_\_\_\_\_

(Escrever o nome completo e por extenso, não omitir ou abreviar qualquer nome)

NÚMERO DA INSCRIÇÃO ANTERIOR: \_\_\_\_\_

PAI: \_\_\_\_\_

MÃE: \_\_\_\_\_

( ) Reinscrição, nos termos da **Lei n. 6.316/75. Resolução Coffito 8/78 Decreto-Lei 938.**

Para exercer, na área sob jurisdição desse Conselho Regional, a profissão de:

( ) FISIOTERAPEUTA ( ) TERAPEUTA OCUPACIONAL

Indique a Cidade e o Estado em que irá exercer sua atividade profissional: \_\_\_\_\_

**Anexar ao presente: (Assinalar o documento que juntar ao Requerimento)**

1 - ( ) 02 (duas) fotografias (recentes) formato 3x4 (de frente e não instantâneas)

**2 - Cópias legíveis e autenticadas dos seguintes documentos:**

( ) Requerimento ou Declaração de Entidade de Ensino Superior comprovando confecção de Diploma de Graduação

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

( ) Comprovante de residência (Caso tenha sido alterado)

( ) Diploma Original

Endereço para correspondência: (Indicar endereço com referencias completas bairro, cidade e cep)

\_\_\_\_\_

Telefone(s)/ horário(s): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E.mail: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

NESTES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO

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

OBS: NÃO SERÁ ACEITO O PEDIDO DE REGISTRO NA AUSÊNCIA DE QUALQUER DOCUMENTO  
CONF. RESOLUÇÃO 8/78 ART. 29.