

**REQUERIMENTO DE REINSCRIÇÃO**

Ao Ilustríssimo Senhor Presidente do CREFITO-18:

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,(Escrever o nome completo e por extenso, não omitir ou abreviar qualquer nome) CREFITO sob o nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) 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

Anexar: (Assinalar o documento que juntar ao Requerimento)

- ( ) 02 (duas) fotografias (recentes) formato 3x4 (de frente, roupa social e não instantâneas);

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

- ( ) Comprovante de residência atual;

Contatos: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do requerente

**Av 7 de Setembro nº 2140, ED. PVH Residence/Service, Sala 04 – Nosssa Senhora das Graças – CEP: 76804-124, Porto Velho/RO Fone e Watzzap: (69) 3229-6960 - E-mail:** [**registrocrefito18@gmail.com**](mailto:registrocrefito18@gmail.com) **Site: www.crefito18.com.br**