

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHOREGIONALDEFISIOTERAPIAETERAPIAOCUPACIONALDADÉCIMASEXTAREGIÃO-CREFITO-16

Endereço: Av. do Vale, Quadra 23, Lote 09, Sala 413. Ed. Carrara CEP: 65075-660 Bairro: Renascença II São Luís/MA Horário de Atendimento: 09h às 17h – Fone: (98) 3304-7774 / 3304-7779

REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA PARA CREFITO-16 / MARANHÃO

Exmo. Sr(a). Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 16º Região, através do presente Requerimento, solicito transferência para o CREFITO-16, nos termos da Lei nº. 6.316 de 17/12/1975, para exercer, na área sob circunscrição desse Conselho Regional, a profissão de:

* Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional

Nome Completo

(por extenso e sem abreviaturas)

CREFITO de origem

Nº de Inscrição: Data de vencimento (em caso de Licença Temporária): / /

Local e Data

Assinatura

DADOS PARA CONTATO

Rua:

Nº Bairro , Cidade , Estado

CEP - , Fone(s) ( ) /

E-mail

ATENÇÃO: ESTE REQUERIMENTO SOMENTE SERÁ ACEITO MEDIANTE DOCUMENTOS RELACIONADOS NO ARQUIVO “ORIENTAÇÕES PARA TRANSFERÊNCIA PARA CREFITO 16/MARANHÃO”.

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA EXERCÍCIO PROFISSIONAL TEMPORÁRIO:

Solicito autorização para o exercício profissional temporário nesta circunscrição, isento de inscrição, pelo período de 90 dias, enquanto aguardo o término do processo de transferência, conforme estabelece a Resolução COFFITO nº. 8/1978:

“Art. 17. É permitido ao Presidente do CREFITO autorizar ao inscrito em outro CREFITO, desde que em pleno gozo de seus direitos profissionais, o exercício profissional temporário, isento de inscrição, por prazo não excedente de 90 (noventa) dias, na área de jurisdição do regional sob sua direção.”

“Art. 93. Durante o processamento de transferência, independentemente de requerimento, será concedida ao profissional a autorização a que alude o Art. 17, desde que se encontre o mesmo em pleno gozo de seus direitos profissionais.”

1