



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHOREGIONALDEFISIOTERAPIAETERAPIAOCUPACIONALDADÉCIMASEXTAREGIÃ  
O-CREFITO-16

Endereço: Rua das Andirobas, nº 40, Ed. Executive Lake Center, 1º Andar, Sala 109 CEP: 65075-040 Bairro: Jardim  
Renascença São Luís/MA Horário de Atendimento: 09h às 17h – Fone: (98) 3304-7774 / 3304-7779

## **SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE 90 DIAS**

Exmo. Sr(a). Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 16ª Região, através do presente Requerimento, solicito uma autorização para o exercício profissional de noventa para exercer na área sob circunscrição desse Conselho Regional nos termos do Art. 17 da Resolução COFFITO, nº 08 de 20 de fevereiro de 1978, a profissão de:

Fisioterapeuta

Terapeuta Ocupacional

*“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. § 1º. A autorização a que se refere este artigo é fornecida em impresso próprio, firmado pelo Presidente do CREFITO e somente poderá ser renovada decorridos 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de expiração do prazo da última concessão. § 2º. Os prazos mencionados no "caput" e no § 1º deste artigo são dispensados nos casos de: a) prestação de assistência profissional de indubitável urgência, hipótese em que ocorrerá também a dispensa da autorização prevista; eb) promoção cultural ou divulgação científica”*

Nome completo \_\_\_\_\_  
(por extenso e sem abreviaturas)

Devidamente inscrito(a) no CREFITO \_\_\_\_\_ Nº de Inscrição: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ ORGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_ D. DE EMISSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_, por estar exercendo a profissão em área de jurisdição do CREFITO 16,  
indicando o endereço de atuação profissional: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

### **EM CASO DE AUTORIZAÇÃO DE 90 DIAS SEM TRANSFERÊNCIA, ANEXAR:**

- Certidão de Regularidade do CREFITO de Origem;
- Cópia Autenticada do Diploma (Frente e Verso)-(Não haverá retenção do Diploma original para anotações, conforme artigo 6º da Resolução 468/2016);
- Cópia Autenticada da Cédula de Identidade Profissional do CREFITO original;
- Cópia autenticada da Carteira de Identidade (RG), CPF e Título de Eleitor, comprovante de votação



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHOREGIONALDEFISIOTERAPIAETERAPIAOCUPACIONALDADÉCIMASEXTAREGIÃ  
O-CREFITO-16

Endereço: Rua das Andirobas, nº 40, Ed. Executive Lake Center, 1º Andar, Sala 109 CEP: 65075-040 Bairro: Jardim  
Renascença São Luís/MA Horário de Atendimento: 09h às 17h – Fone: (98) 3304-7774 / 3304-7779

---

da última eleição;

- Cópia Autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento (com averbação quando for o caso);
- Certificado de Reservista (sexo masculino com menos de 40 anos);
- 02 fotos 3x4 (coloridas, recentes e **não instantâneas**);
- Comprovante de Residência atualizado.

Toda a documentação solicitada é parte imprescindível para o atendimento e finalização de todo o processo, caso seja entregue ao CREFITO-16 o requerimento acompanhado de falta de quaisquer dos documentos solicitados, este procederá a devida devolução (RESOLUÇÃO COFFITO nº 8 de 20 de fevereiro de 1978, cap. III, seção I, art 29, “É proibido, em qualquer hipótese, o recebimento de documentação incompleta pelo CREFITO, sendo passível de punição o servidor que o fizer”).

Nestes termos peço deferimento.

---

Local e Data

---

Assinatura