



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA DÉCIMA SEXTA REGIÃO - CREFITO-16

Sede São Luís: Rua das Andirobas, nº 40, Ed. Executive Lake Center, 1º Andar (Salas 109-112), Bairro: Renascença II. CEP: 65075-040 - São Luís/MA
Horário de Atendimento: 09h às 17h – Fone: (98) 3304-7774 / 3304-7779 – E-mail: crefito16@crefito16.gov.br

Subsede Imperatriz: Rua Urbano Santos, nº 155, Edifício Aracati Office (Sala 506), Bairro: Centro. CEP: 65900-410 – Imperatriz/MA
Horário de Atendimento: 09h às 16h – Fone: (99) 3199-0917 – E-mail: subsede.imperatriz@crefito16.gov.br

REQUERIMENTO DE REGISTRO PROFISSIONAL

A Resolução-COFFITO nº 468/2016, traz como diferencial a permissão do registro, não apenas mediante entrega de diploma de graduação, mas, também, para os que comprovarem a conclusão do curso por meio de certidão e histórico acadêmico, autenticados na Instituição de Ensino Superior; além de registro de colocação de grau. A resolução entrou em vigor em janeiro de 2017. A alteração foi elaborada devido à demora de algumas instituições na entrega do diploma aos profissionais. Para a criação da nova resolução, o COFFITO consultou os CREFITOs em busca de uma normativa que melhor atendesse as necessidades dos regionais.

A partir desse Registro se tem acesso ao **número de inscrição profissional** do profissional que será permanente e único em âmbito nacional. O prazo para a conclusão processo de Registro é em torno de 15 dias úteis, a partir da data do protocolo de entrega da documentação listada neste requerimento.

EXMO. SR. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 16ª REGIÃO

Dr(a). _____

Residente à rua _____

Nº _____ Bairro _____, Cidade _____, Estado _____

CEP _____ - _____, Fone(s) (____) _____ / _____

E-mail _____

PAI: _____

MÃE: _____

Solicita a V.Sa. a inscrição, nos termos da Lei nº .6,316 de 17/12/75 para exercer na jurisdição desse Conselho a profissão de:

Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional

Indique a Cidade em que irá exercer sua atividade profissional: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

RG: _____ ORGÃO EMISSOR: _____ D. DE EMISSÃO: ____/____/____

CPF: _____ - _____ TÍTULO: _____ / _____ ZONA: _____ SEÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE: _____ UF: _____



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHOREGIONALDEFISIOTERAPIAETERAPIAOCUPACIONALDADÉCIMASEXTAREGIÃO-CREFITO-16

Sede São Luís: Rua das Andirobas, nº 40, Ed. Executive Lake Center, 1º Andar (Salas 109-112), Bairro: Renascença II. CEP: 65075-040 - São Luís/MA

Horário de Atendimento: 09h às 17h – Fone: (98) 3304-7774 / 3304-7779 – E-mail: crefito16@crefito16.gov.br

Subsede Imperatriz: Rua Urbano Santos, nº 155, Edifício Aracati Office (Sala 506), Bairro: Centro. CEP: 65900-410 – Imperatriz/MA

Horário de Atendimento: 09h às 16h – Fone: (99) 3199-0917 – E-mail: subsede.imperatriz@crefito16.gov.br

REQUERIMENTO DE REGISTRO PROFISSIONAL

ANEXAR AO PRESENTE (ASSINALAR O DOCUMENTO QUE JUNTAR AO REQUERIMENTO)

1 - (Apresentação Original ou Cópia Autenticada):

- 02 fotos 3x4 (atuais, coloridas, com fundo branco e traje social);
- RG **OU** CNH, CPF e Título de Eleitor(Constando número, zona, seção e UF emissor/em caso de cédula física (verde/impressa) - frente e verso) ou e-título (incluindo QR code);
- Cópia do comprovante de votação da última eleição (ou certidão de regularidade eleitoral);
- Comprovante de residência (água, luz ou telefone) / (Comprovante dentro da Jurisdição Maranhão);
- Carteira de Reservista (profissionais do sexo masculino menor de 40 anos);
- Cópia do pagamento referente à taxa de inscrição definitiva e anuidade proporcional.

2- Diploma original ou cópia autenticada do mesmo (frente e verso).

Em caso de não possuir Diploma:

- Certificado de Conclusão ou Declaração de Conclusão do Curso, constando dia, mês e ano da Colação de grau (validade de 06 meses após a expedição da mesma);
- Histórico acadêmico, devidamente autenticado, obtido em Instituição de Ensino Superior, oficialmente autorizada e credenciada.

Obs: Todos os documentos acima serão necessários a apresentação dos Originais ou cópias autenticadas, que serão escaneadas e devolvidas, caso a documentação seja enviada via correios, deverão estar todas autenticadas em cartório conforme lista acima.

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”. Caso tenha dúvidas sobre os documentos solicitados, entre em contato com o Conselho.

Local e data: _____

NESTES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO.

(ASSINATURA DO NOME COMPLETO DE FORMA LEGÍVEL NO MEIO DO QUADRO)