

REINGRESSO

PARA HABILITAR-SE AO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO, O FISIOTERAPEUTA/TERAPEUTA OCUPACIONAL COM BAIXA DE INSCRIÇÃO DEVERÁ SOLICITAR O REINGRESSO JUNTO AO CONSELHO REGIONAL. SUA REGULAMENTAÇÃO ESTÁ NA RESOLUÇÃO COFFITO Nº 8/1978.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- REQUERIMENTO PARA REINGRESSO (PREENCHIDO E ASSINADO)
- 2 (DUAS) FOTOS 3 X 4 RECENTES EM FORMATO PADRÃO PARA DOCUMENTO DE IDENTIDADE (OBRIGATÓRIO PALETÓ E GRAVATA PARA O SEXO MASCULINO)
- CÓPIA DO PAGAMENTO REFERENTE À ANUIDADE PROPORCIONAL E À TAXA DE NOVA CÉDULA PROFISSIONAL;
- NO CASO DE ALTERAÇÃO DE ALGUM DADO NA CÉDULA PROFISSIONAL, CÓPIA AUTENTICADA DO DOCUMENTO A ALTERAR (CARTEIRA DE IDENTIDADE OU TÍTULO DE ELEITOR);
- NO CASO DE ALTERAÇÃO DE NOME, CÓPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO OU SEPARAÇÃO.

- CASO OS DOCUMENTOS SEJAM ENTREGUES EM NOSSA SEDE OU SECCIONAIS E AS CÓPIAS ESTEJAM ACOMPANHADAS DOS ORIGINAIS PARA CONFERÊNCIA, NÃO SERÁ NECESSÁRIA A AUTENTICAÇÃO EM TABELIONATO.

- O PAGAMENTO DA TAXA DEVERÁ SER REALIZADO NA REDE BANCÁRIA, NÃO PODENDO SER PARCELADO.

- NÃO SERÁ ACEITO COMPROVANTE DE AGENDAMENTO DE TÍTULOS.

ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

- A DOCUMENTAÇÃO PODERÁ SER ENTREGUE EM NOSSA SEDE, SECCIONAIS OU ENVIADA PELO CORREIO.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SEDE PORTO ALEGRE
AVENIDA PALMEIRA, 27/403
CEP 90470-300
FONE/FAX: (51) 3334-6586
CREFITO5@CREFITO5.ORG.BR | <input type="checkbox"/> SECCIONAL CAXIAS DO SUL
RUA MOREIRA CÉSAR, 2715/21
CEP 95034-000
FONE/FAX: (54) 3215-2872
CAXIASDOSUL@CREFITO5.ORG.BR | <input type="checkbox"/> SECCIONAL SANTA MARIA
ALAMEDA MONTEVIDÉO, 322/311
CEP 97050-030
FONE/FAX: (55) 3221-6730
SANTAMARIA@CREFITO5.ORG.BR |
|---|---|--|

ATENÇÃO!

A DOCUMENTAÇÃO NÃO SERÁ RECEBIDA CASO ESTEJA INCOMPLETA, ILEGÍVEL OU SEM O COMPROVANTE DE PAGAMENTO!

RECEBIMENTO DO REINGRESSO

- AS OPÇÕES DE LOCAL PARA RETIRADA DOS DOCUMENTOS SÃO:

- SEDE PORTO ALEGRE;
- SECCIONAL CAXIAS DO SUL;
- SECCIONAL SANTA MARIA;

REQUERIMENTO PARA REINGRESSO (SOMENTE PARA QUEM TEM REGISTRO/INSCRIÇÃO DEFINITIVA)

ATRAVÉS DO PRESENTE REQUERIMENTO, SOLICITO O REINGRESSO, NOS TERMOS DA LEI Nº 6.316 DE 17/12/1975, PARA EXERCER MINHA PROFISSÃO NA ÁREA SOB CIRCUNSCRIÇÃO DESTE CONSELHO REGIONAL.

NOME COMPLETO _____

NÚMERO DE INSCRIÇÃO _____

- FISIOTERAPEUTA
 TERAPEUTA OCUPACIONAL

LOCAL E DATA _____

ASSINATURA _____

DOCUMENTOS ANEXOS

- 2 (DUAS) FOTOS 3 X 4 RECENTES EM FORMATO PADRÃO PARA DOCUMENTO DE IDENTIDADE (OBRIGATÓRIO PALETÓ E GRAVATA PARA O SEXO MASCULINO)
- CÓPIA DO PAGAMENTO REFERENTE À ANUIDADE PROPORCIONAL E À TAXA DE NOVA CÉDULA PROFISSIONAL;
- NO CASO DE ALTERAÇÃO DE ALGUM DADO NA CÉDULA PROFISSIONAL, CÓPIA AUTENTICADA DO DOCUMENTO A ALTERAR (CARTEIRA DE IDENTIDADE OU TÍTULO DE ELEITOR);
- NO CASO DE ALTERAÇÃO DE NOME, CÓPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO OU SEPARAÇÃO.

DADOS PARA CONTATO

ENDEREÇO _____

Nº _____ APTO _____ BAIRRO _____

CIDADE/UF _____ CEP _____

DDD _____ FONE RESIDENCIAL _____ FONE CELULAR _____

E-MAIL _____

OPÇÃO DE LOCAL PARA RETIRADA DOS DOCUMENTOS

- SEDE PORTO ALEGRE
- SECCIONAL CAXIAS DO SUL
- SECCIONAL SANTA MARIA