



## REQUERIMENTO PARA REINGRESSO

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

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura eletrônica dentro do retângulo.

## 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.