

**REQUERIMENTO PARA REINGRESSO**

SR(A). PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 5ª REGIÃO, ATRAVÉS DO PRESENTE REQUERIMENTO, SOLICITO O REINGRESSO, 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 ABREVIATURA)

\_\_\_\_\_  
(Nº. DE INSCRIÇÃO)

\_\_\_\_\_  
(LOCAL E DATA)

\_\_\_\_\_  
(ASSINATURA)

**DOCUMENTOS ANEXOS**

- DIPLOMA ORIGINAL (NÃO SERÁ ACEITA CÓPIA AUTENTICADA);
- 1 FOTO 3X4 EM FORMATO PADRÃO PARA DOCUMENTO DE IDENTIDADE (OBRIGATÓRIO PALETÓ E GRAVATA PARA O SEXO MASCULINO);
- CÓPIA DO PAGAMENTO REFERENTE À ANUIDADE PROPORCIONAL;
- CÓPIA AUTENTICADA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE E DO TÍTULO DE ELEITOR (CASO QUEIRA REALIZAR ALTERAÇÃO DE ALGUM DADO EM SUA CÉDULA PROFISSIONAL).

**DADOS PARA CONTATO**

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

Nº.: \_\_\_\_\_ APTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

FONE RESIDENCIAL: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ FONE CELULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

**OPÇÃO DE LOCAL PARA RETIRADA DOS DOCUMENTOS**

- SEDE PORTO ALEGRE
- SECCIONAL CAXIAS DO SUL
- SECCIONAL SANTA MARIA
- DELEGADO REGIONAL NA CIDADE DE \_\_\_\_\_