



REINGRESSO

PARA HABILITAR-SE AO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO, O FISIOTERAPEUTA/TERAPEUTA OCUPACIONAL COM BAIXA DE INSCRIÇÃO DEVERÁ SOLICITAR O REINGRESSO JUNTO A ESTE REGIONAL. O PRAZO PARA A CONFEÇÃO É DE ATÉ 20 DIAS. SUA REGULAMENTAÇÃO ESTÁ NA RESOLUÇÃO COFFITO Nº 8/1978.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- REQUERIMENTO PARA REINGRESSO (PREENCHIDO E ASSINADO);
 - CÓPIA DO PAGAMENTO REFERENTE À ANUIDADE PROPORCIONAL;
 - CÓPIA AUTENTICADA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE E DO TÍTULO DE ELEITOR (SOMENTE NO CASO DA NECESSIDADE DE ALTERAÇÃO DE ALGUM DADO NA CÉDULA PROFISSIONAL);
 - CÓPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO OU SEPARAÇÃO (NO CASO DE ALTERAÇÃO DE NOME);
 - 1 FOTO 3X4 RECENTE EM FORMATO PADRÃO PARA DOCUMENTO DE IDENTIDADE (OBRIGATÓRIO PALETÓ E GRAVATA PARA O SEXO MASCULINO).
- OBSERVAR OS SEGUINTE REQUISITOS:** FOTOS IMPRESSAS EM MATERIAL PADRÃO PARA DOCUMENTO OFICIAL; FUNDO BRANCO; DE FRENTE (NÃO PODE SER DE PERFIL).

ATENÇÃO!

- 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.

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, 322/204
CEP 97050-030
FONE/FAX: (55) 3221-6730
SANTAMARIA@CREFITO5.ORG.BR |
|---|---|--|

RECEBIMENTO DO REINGRESSO

- NÃO É POSSÍVEL O RECEBIMENTO PELO CORREIO.

- AS OPÇÕES DE LOCAL PARA RETIRADA DOS DOCUMENTOS SÃO:

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



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 _____

DOCUMENTOS ANEXOS

- CÓPIA DO PAGAMENTO REFERENTE À ANUIDADE PROPORCIONAL;
- CÓPIA AUTENTICADA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE E DO TÍTULO DE ELEITOR (SOMENTE NO CASO DA NECESSIDADE DE ALTERAÇÃO DE ALGUM DADO NA CÉDULA PROFISSIONAL);
- CÓPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO OU SEPARAÇÃO (NO CASO DE ALTERAÇÃO DE NOME);
- 1 FOTO 3X4 RECENTE EM FORMATO PADRÃO PARA DOCUMENTO DE IDENTIDADE (OBRIGATÓRIO PALETÓ E GRAVATA PARA O SEXO MASCULINO).
OBSERVAR OS SEGUINTE REQUISITOS: FOTOS IMPRESSAS EM MATERIAL PADRÃO PARA DOCUMENTO OFICIAL; FUNDO BRANCO; DE FRENTE (NÃO PODE SER DE PERFIL).

ATENÇÃO!

- 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.

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.