



# Crefito5

Conselho Regional  
de Fisioterapia  
e Terapia Ocupacional

## REGISTRO DEFINITIVO (SOMENTE PARA QUEM TEVE LICENÇA TEMPORÁRIA DE TRABALHO)

EM ATÉ DOIS MESES ANTES DO VENCIMENTO DA LICENÇA TEMPORÁRIA DE TRABALHO, O PROFISSIONAL DEVERÁ SOLICITAR O REGISTRO DEFINITIVO, SOB PENA DE IMPOSSIBILIDADE DO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO. ESTE REGISTRO É REALIZADO NO CONSELHO FEDERAL, EM BRASÍLIA.

ESTE REGISTRO SERÁ PERMANENTE E SEU NÚMERO ÚNICO EM ÂMBITO NACIONAL. O PRAZO PARA A CONFEÇÃO É DE ATÉ 45 DIAS. SUA REGULAMENTAÇÃO ESTÁ NA RESOLUÇÃO COFFITO Nº 8/1978.

## DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- REQUERIMENTO PARA REGISTRO DEFINITIVO (PREENCHIDO E ASSINADO);
- CÓPIA DO PAGAMENTO REFERENTE À TAXA DE REGISTRO DEFINITIVO;
- 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).

## ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

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

- |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SEDE PORTO ALEGRE<br>AVENIDA PALMEIRA, 27/403<br>CEP 90470-300<br>FONE/FAX: (51) 3334-6586<br><a href="mailto:CREFIT05@CREFIT05.ORG.BR">CREFIT05@CREFIT05.ORG.BR</a> | <input type="checkbox"/> SECCIONAL CAXIAS DO SUL<br>RUA MOREIRA CÉSAR, 2715/21<br>CEP 95034-000<br>FONE/FAX: (54) 3215-2872<br><a href="mailto:CAXIASDOSUL@CREFIT05.ORG.BR">CAXIASDOSUL@CREFIT05.ORG.BR</a> | <input type="checkbox"/> SECCIONAL SANTA MARIA<br>ALAMEDA MONTEVIDÉO, 322/204<br>CEP 97050-030<br>FONE/FAX: (55) 3221-6730<br><a href="mailto:SANTAMARIA@CREFIT05.ORG.BR">SANTAMARIA@CREFIT05.ORG.BR</a> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 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.

## RETIRADA DO REGISTRO DEFINITIVO

- NÃO É POSSÍVEL ENVIO DOS DOCUMENTOS PELO CORREIO POIS PRECISAMOS COLETAR IMPRESSÃO DIGITAL E ASSINATURA NOS DOCUMENTOS.

- AS OPÇÕES DE LOCAL PARA RETIRADA DOS DOCUMENTOS SÃO:

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



# Crefito5

Conselho Regional  
de Fisioterapia  
e Terapia Ocupacional

## REQUERIMENTO PARA REGISTRO DEFINITIVO

ATRAVÉS DO PRESENTE REQUERIMENTO SOLICITO A EMISSÃO DE MEU REGISTRO DEFINITIVO.

NOME COMPLETO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE INSCRIÇÃO (LTT) \_\_\_\_\_

- FISIOTERAPEUTA  
 TERAPEUTA OCUPACIONAL

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

## DOCUMENTOS ANEXOS

- CÓPIA DO PAGAMENTO REFERENTE À TAXA DE REGISTRO DEFINITIVO;
- 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).

### 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.