



CREFITO15

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA
E TERAPIA OCUPACIONAL DA 15ª REGIÃO

REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE ORTESISTA/PROTESISTA ORTOPÉDICO

ATRAVÉS DO PRESENTE REQUERIMENTO, SOLICITO O REGISTRO EM CARTEIRA (TIPO-LIVRO),
CONFORME RESOLUÇÃO COFFITO Nº 548/2021:

Registro Profissional Nº.....
Nome Completo:.....
Sexo: M () F () Data de Nascimento:...../...../..... Estado Civil:.....
Nacionalidade:..... Naturalidade:..... CPF:.....
Nº RG:..... Data de Emissão:...../...../..... Órgão Emissor:.....
Endereço Residencial:..... Nº:.....
Complemento:..... Bairro:..... CEP:.....
Município:..... Estado:.....
Telefone Residencial:(.....)..... Celular:(.....)..... Comercial:(.....).....
Email:.....

Local:..... Data:...../...../.....

Assinatura do profissional

ITENS OBRIGATÓRIOS

1. REQUERIMENTO PARA REGISTRO (PREENCHIDO E ASSINADO);
2. CÓPIA DO CERTIFICADO EM CURSO DE FORMAÇÃO (DE NO MÍNIMO 60H); E/OU;
3. COMPROVAÇÃO DE TRABALHO NA ATIVIDADE POR MAIS DE DOIS ANOS ININTERRUPTOS;
4. CARTEIRA (TIPO-LIVRO).

- Os documentos devem ser encaminhados por e-mail: crefito15@crefito15.org.br
- O prazo para análise da documentação é de até 30 (trinta) dias