



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO - DF e GO

REQUERIMENTO DE 2ª VIA DE CÉDULA PROFISSIONAL

MOTIVO DO REQUERIMENTO Extravio/Roubo Alteração de nome Outros _____

NOME COMPLETO _____

Nome do Pai _____

Nome da Mãe _____

GÊNERO Masculino Feminino _____ DATA NASCIMENTO ____/____/____ NACIONALIDADE Brasileira Estrangeira. Qual? _____

NATURALIDADE (LOCAL DE NASCIMENTO) _____ IDENTIDADE (RG) Nº _____ Órgão emitente _____ Data Emissão ____/____/____ CPF _____

TÍTULO DE ELEITOR Nº _____ Zona nº _____ Seção _____ Município/UF _____ / _____ CERTIFICADO DE RESERVISTA Nº _____ CSM _____ Data emissão ____/____/____

ENDEREÇO _____ Nº _____

COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____ CIDADE _____ UF _____

CEP _____ TELEFONE RESIDENCIAL _____ TELEFONE CELULAR _____ E-MAIL PESSOAL _____

INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR _____ ÁREA DE FORMAÇÃO Fisioterapia Terapia Ocupacional DATA CONCLUSÃO DE CURSO ____/____/____ DATA COLAÇÃO DE GRAU ____/____/____

Endereço Comercial (Preenchimento obrigatório no caso de emprego após

RAZÃO SOCIAL _____

NOME FANTASIA _____ CNPJ _____ NR CREFFITO 11 _____

NATUREZA DA ATIVIDADE DA EMPRESA FISIOTERAPIA TERAPIA OCUPACIONAL ENDEREÇO _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____ CIDADE _____ UF _____

CEP _____ TELEFONE COMERCIAL () _____ E-MAIL _____

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS (ORIGINAIS) EXIGIDOS NO ATO DO REGISTRO

1. Este Requerimento devidamente preenchido e assinado pelo requerente;
2. 02(duas) fotos iguais, tamanho 3x4, de frente, fundo branco, coloridas, sem datas e marcas (Sexo masculino: paletó e gravata; Sexo feminino: traje respeitoso devendo evitar decotes);
3. Certidão de nascimento ou Certidão de casamento;
4. Boletim de Ocorrência (BO) no caso de extravio ou roubo;
5. Carteira de Identidade (RG) e CPF;
6. Título de Eleitor e comprovante de quitação com a Justiça Eleitoral ou Certidão de quitação do TSE ou TRE;
7. Certificado de Reservista (requerentes do sexo masculino);
8. Comprovante de Residência recente e com CEP; e
9. Comprovante de pagamento de anuidade(s), taxas e/ou emolumentos.

IMPORTANTE:

- **CÓPIA** dos documentos enviados por **CORREIO** devem ser **AUTENTICADAS EM CARTÓRIO**;
- **NÃO SERÃO RECEBIDOS**, requerimentos com documentação incompleta, sob pena de punição ao servidor que recebê-la. (Art. 29 da Resolução COFFITO nº 8/78)

Autorizo o envio de informações e documentação para meu e-mail cadastrado no Conselho.

_____, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Requerente