



# CREFITO-14

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 14ª REGIÃO

Avenida Universitária, 750 Ed. Diamond Center - Salas 810,811,812,813 / CNPJ: 21.310.708/0001-19

Site: [www.crefito14.org.br](http://www.crefito14.org.br) / Email: [crefito14@crefito14.org.br](mailto:crefito14@crefito14.org.br)

CEP: 64049-494- Teresina/PI. Fone: (86) 3216.6030

## REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE ESPECIALIZAÇÃO

Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 14ª Região CREFITO-14

Eu, \_\_\_\_\_,

inscrito(a) neste Regional sob o número \_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, ap \_\_\_\_\_, CEP. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tel (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, Cel (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_

na cidade de \_\_\_\_\_, UF: \_\_\_\_\_, venho por meio desta

solicitar o Registro de Especialista em \_\_\_\_\_,

nos termos da legislação em vigor.

Junta ao presente os documentos exigidos:

- Carteira de identidade profissional (tipo livro);
- Certificado de Especialização (original e cópia);
- Histórico (original e cópia);

Nestes Termos  
Pede Deferimento.

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente