



Exmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 9ª Região – MT – CREFITO-9

## REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

Dr.(a) \_\_\_\_\_  
Inscrito(a) no CREFITO \_\_\_\_\_ sob  
o nº \_\_\_\_\_, por estar exercendo a profissão em área da jurisdição  
do \_\_\_\_\_ CREFITO-9, e residindo \_\_\_\_\_ à

Bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, fone(s) \_\_\_\_\_,  
email \_\_\_\_\_

Vem mui respeitosamente requerer **INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA** para  
este Regional, nos termos da Resolução COFFITO 8/78.

Nestes termos,

Peço deferimento,

Cuiabá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

Anexar:

- Original da carteira profissional;
- Duas fotografias, formato 3x4(terno e gravata para os homens).