



# CREFITO 20

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia  
Ocupacional da 20ª Região

## REQUERIMENTO PARA BAIXA DE EMPRESA / CONSULTÓRIO

Ilmo. Senhor,

**Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 12ª Região CREFITO-20.**

Razão Social: \_\_\_\_\_

Contato Tel: Residencial ( ) \_\_\_\_\_ / Profissional ( ) \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Cep: \_\_\_\_\_, Cidade/Estado \_\_\_\_\_

Vem à presença de V. Sa. Requerer a Baixa de Registro de;

( ) Consultório RC nº \_\_\_\_\_.

( ) Empresa RE nº \_\_\_\_\_.

Por não possuir mais o serviço de fisioterapia / terapia ocupacional no endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Junta ao presente os documentos exigidos:

### BAIXA DE CONSULTÓRIO:

( ) Certificado de Registro de Consultório (CRC) cópia;

### BAIXA DE EMPRESA:

( ) Cópia do Distrato Social;

**FECHAMENTO DO SETOR DE FISIOTERAPIA E/OU TERAPIA OCUPACIONAL** – caso não feche a empresa como um todo.

( ) Alteração do Contrato Social com a exclusão do setor OU Declaração de Encerramento de Atividade, datada e assinada por duas testemunhas com firma reconhecida em cartório;

( ) Prova documental de exclusão do Setor (foto de cancelamento da propaganda - antes e depois, ou outra prova);

Nestes termos, pede deferimento,

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

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

**Obs: O CREFITO20 ressalta que somente iniciará o processo, mediante a apresentação de todos os documentos acima arrolados, nos termos do que dispõe a Resolução COFFITO – 08/78 art. 29.**

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 20ª REGIÃO

Av. Djalma Batista, 1719 (Edifício Atlantic Tower) – Torre Medical, Sala 310, Chapada, Manaus-AM, CEP: 69050-010

Fone: (92) 3213-5856 / (92) 99251-8570 | E-mail: [secretaria@crefito20.org.br](mailto:secretaria@crefito20.org.br) | Site: [www.crefito20.org.br](http://www.crefito20.org.br)