



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 | Site: www.crefito20.org.br