



# CREFITO20

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia  
Ocupacional da 20ª Região

## SOLICITAÇÃO DE BAIXA DE INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

Ilmo. Senhor

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

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

inscrito(a) no CREFITO-20 sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) FISIOTERAPEUTA ( ) T.OCUPACIONAL, venho  
solicitar a **Baixa de minha Inscrição Secundária** e registro junto a esse regional.

Endereço para correspondência:

Rua/ Av. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Fones \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Declaro neste ato que não mais exercerei a profissão de \_\_\_\_\_ na jurisdição  
deste CREFITO-20, salvo se vier a requerer futuramente a Transferência ou nova Inscrição Secundária perante  
este Conselho, preenchendo os requisitos legais, sob pena de incorrer, em tese, nos ilícitos previstos no art. 47,  
do Decreto lei nº 3.688/1941 (Lei das Contravenções Penais), ou nos arts.205 e 299 do Decreto-lei nº  
2.848/1940 (Código Penal).

Anexar a este requerimento:

( ) Cédula de Identidade Profissional original do CREFITO-20.

Nestes Termos Pede Deferimento.

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

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

**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)