



REQUERIMENTO DE BAIXA DE REGISTRO PROFISSIONAL

AO SR(A). PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 20ª REGIÃO – CREFITO-20

DADOS PESSOAIS		
NOME COMPLETO (SEM ABREVIASÕES)		
CATEGORIA		NÚMERO DE INSCRIÇÃO
(<input type="checkbox"/>) FISIOTERAPIA (<input type="checkbox"/>) TERAPIA OCUPACIONAL		
CPF		
ENDERECO		
LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, BECO ETC)		Nº
COMPLEMENTO		
BAIRRO	CIDADE	UF
CEP		
CONTATOS		
E-MAIL		
CELULAR (DDD)		
(<input type="checkbox"/>)		

- Declaro estar ciente que o meu processo de Baixa de Registro Profissional será efetivado após a entrega ou chegada via Correios da Carteira Profissional (livreto verde) e Cédula de Identidade Profissional (branca) na Sede do CREFITO-20.
- Declaro ainda estar ciente que o prazo de solicitação para que não haja cobrança da Anuidade 2026 será até 31 de dezembro de 2025, conforme Resolução COFFITO nº 635/2025, Art. 5º, § 1º.
- Autorizo para os devidos fins, o recebimento de comunicações oficiais do CREFITO-20, através de e-mail e mensagens via WhatsApp.

Nos termos da Resolução COFFITO nº 08/1978, termos, pede deferimento

_____, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM GOV.BR OU MANUSCRITA CONFORME RG/CIN