



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO - DF e GO

REQUERIMENTO BAIXA DE REGISTRO DE ÓRGÃO PÚBLICO

RAZÃO SOCIAL

NOME FANTASIA

NATUREZA DA ATIVIDADE DO ÓRGÃO

FISIOTERAPIA TERAPIA OCUPACIONAL OUTROS. Qual? _____

DATA INÍCIO DAS ATIVIDADES

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

CNPJ

INSCRIÇÃO ESTADUAL/MUNICIPAL

ENDEREÇO

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

E-MAIL

TELEFONE COMERCIAL

TELEFONE

()

()

NOME DO DIRETOR(ES) OU CARGO DE GESTÃO

Nome _____ CPF _____

Nome _____ CPF _____

Nome _____ CPF _____

NOME DO(S) RESPONSÁVEL(IS) TÉCNICO(S) NA ÁREA DE FISIOTERAPIA E/OU TERAPIA OCUPACIONAL

Nome _____ CREDITO Nº _____

Nome _____ CREDITO Nº _____

Nome _____ CREDITO Nº _____

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA A BAIXA DO REGISTRO

IMPORTANTE:

- CÓPIA DOS DOCUMENTOS ENVIADOS POR CORREIO DEVEM SER AUTENTICADAS EM CARTÓRIO;
- **NÃO SERÃO RECEBIDOS**, EM HIPÓTESE ALGUMA, REQUERIMENTOS COM DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA, SOB PENA DE PUNIÇÃO AO SERVIDOR QUE RECEBÊ-LO. (Art. 29 da Resolução COFFITO nº 8/78)

1. Requerimento devidamente preenchido e assinado pelo requerente.
2. Formulário com a relação do corpo clínico e estagiários, devidamente preenchido e assinado pelo requerente.
3. Formulário de Declaração de Responsabilidade Técnica.
4. Certidão de baixa de inscrição no CNPJ.
5. Ato legal de **extinção** do Órgão ou do serviço de Fisioterapia ou de Terapia Ocupacional.
6. Originais do Certificado do Registro e da Declaração de Regularidade de Funcionalidade, expedido pelo CREFITO 11.
7. Autos de Infração, caso tenha sido fiscalizado.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Responsável Administrativo/Legal