



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

REQUERIMENTO DE BAIXA DE REGISTRO DE CONSULTÓRIO

NOME DO PROFISSIONAL		CREFITO Nº	
NOME/NOME FANTASIA (SE FOR O CASO)			
NATUREZA DA ATIVIDADE DA EMPRESA [] FISIOTERAPIA [] TERAPIA OCUPACIONAL		DATA INÍCIO DAS ATIVIDADES	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO
CPF/CNPJ	ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO		
		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
E-MAIL	TELEFONE COMERCIAL ()		CELULAR ()

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA 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. Comprovante de pagamento da anuidade de pessoa física.
3. Certificado de Registro e última Declaração de Regularidade de Funcionamento (DRF) originais.
4. Autos de Infração, caso tenha sido fiscalizado.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do interessado/Representante legal