



BAIXA DE CONSULTÓRIO

NOME:

CPF:

ENDEREÇO:

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

☐ Fisioterapia

☐ Terapia Ocupacional

☐ Fisioterapia e Terapia Ocupacional

PRESTA SERVIÇO EM HOSPITAIS: ☐ NÃO

☐ SIM:

QUAIS:

*** NO CASO DE FILIAL, INCLUA AQUI OS DADOS DA MATRIZ:**

CNPJ Nº:

Nº DE REGISTRO NO CREFITO:

ENDEREÇO:

Assinatura do Requerente



DECLARAÇÃO DE ENCERRAMENTO DE ATIVIDADE

Ao Ilustríssimo(a) Senhor(a) Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 15ª Região. Solicito, por meio deste requerimento, a baixa do registro de consultório.

Registro Nº:

Nome Completo:

Motivo da baixa:

Declaro, sob pena da Lei, que encerrei as atividades de fisioterapia e/ou terapia ocupacional nesta data e tenho ciência que a falsidade da presente declaração poderá ensejar instauração de processo criminal e ético-disciplinar.

Declaro, ainda, que a baixa da inscrição interrompe somente a geração de anuidades posteriores a solicitação. Sendo assim, o débito gerado anteriormente será cobrado por esta autarquia.

Nestes termos, peço deferimento.

Local:.....**Data:**...../...../.....

Assinatura do Responsável