

REQUERIMENTO PARA BAIXA DE INSCRIÇÃO

Ilmo(a). Sr(a). Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª Região CREFITO-5/RS

Nome _____
(em caso de baixa de registro de empresa informe o nome da empresa)

Nº de Inscrição _____

Telefones para Contato () _____ () _____

Venho por meio desta solicitar baixa do registro de : () Pessoa Física () Pessoa Jurídica () Consultório

Por motivo(s)

Em caso de Baixa de Pessoa física informe abaixo seu endereço residencial:

() Rua () AV _____
Nº _____ APTO. _____ Bairro _____ CEP _____ - _____
Cidade _____ UF: RS
E-mail _____.

Junta ao presente os documentos exigidos:

Baixa Pessoa Física:

- Diploma Original; (será devolvido após a conclusão do processo de baixa)
- Carteira de Identidade Profissional (original) que será arquivada;
- Cédula de Identidade Profissional (original) que será arquivada;
- Cópia da Carteira de Trabalho (cópia da página da foto, dos dados de identificação e das páginas de contrato de trabalho onde identifica o trabalho atual ou último emprego e a folha seguinte); ou outro documento onde possa ser comprovado o não exercício profissional; (cópia autenticada)
- É necessário estar em dia com as anuidades.

Baixa Pessoa Jurídica:

- Distrato Social (cópia autenticada);
- Certidão negativa do alvará da prefeitura (cópia autenticada);
- Certificado de Registro Empresa expedido pelo Crefito-5 (original);
- É necessário estar em dia com as anuidades.

Baixa Consultório:

- Certidão negativa do alvará (cópia autenticada);
- Certificado de consultório expedido pelo Crefito-5 (original).

Nestes Termos
Pede Deferimento

Local e Data

Assinatura do requerente