



CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 1ª REGIÃO
CREFITO-1

REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA

PROTOCOLO nº _____

Data: ____/____/____

Servidor

SR (A). PRESIDENTE (A) DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 1ª REGIÃO
CREFITO-1

Nome: _____ Nº de inscrição (CREFITO): _____

Endereço: _____ nº _____

Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Tel: () _____ / () _____ E-mail: _____

(PREENCHER APENAS NO CASO DE 1ª INSCRIÇÃO)

Nome social: _____

Filiação: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Carteira de identidade nº: _____ org.exp: _____

UF _____ data de exp: ____/____/____ Cadastro de pessoa física (CPF) nº: _____ - _____

Título de Eleitor nº: _____ zona: _____ seção: _____

Certificado de Reservista _____

() Fisioterapia () Terapia Ocupacional

Venho solicitar a V.S.^a, nos termos da Resolução COFFITO 8/78 e alterações,

Selecione o assunto requerido:

- () Inscrição Definitiva
() Baixa de inscrição (anexar declaração de inatividade profissional)
() Reinscrição
() Transferência do CREFITO _____
() Autorização de 90 dias
() Inscrição Secundária (CREFITO de origem: _____)
() Alteração de nome
() Alteração de endereço
() 2ª via de: () Carteira livreto () Cédula de identidade

Outros: _____

Declaro estar ciente que a inatividade do exercício profissional não me isenta do pagamento das anuidades devidas. Fui orientado(a) pelo CREFITO-1 que deverei requerer a baixa do meu registro (pessoa física e/ou pessoa jurídica) até a data de 31 de dezembro do ano anterior à inatividade para não gerar anuidade do ano subsequente.

Declaro estar ciente que o prazo para a conclusão de todo processo está condicionado a realização do pagamento da taxa de inscrição.

Pede deferimento,

_____, ____/____/____

Assinatura