



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

**CREFITO 12**  
**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 12ª REGIÃO**

Sede: Trav. 14 de Abril, 2093 Guamá – Belém/PA. CEP: 66063-475

Fones: SEDE (91) 3249-1787 / (91) 3269-3808 / (91) 3259-1653

(91) 98814-0213 (Recepção) / (91) 9 8895-9970 (Financeiro)

Email: crefito12@crefito12.org.br / Site: www.crefito12.org.br

**Ao**

**Sr.**

**Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 12ª Região**

Senhor Presidente:

EU, \_\_\_\_\_, com estado civil  
de \_\_\_\_\_, nacionalidade de: \_\_\_\_\_ Crefito nº \_\_\_\_\_,  
profissão de: \_\_\_\_\_, portador da RG nº \_\_\_\_\_ e CPF  
nº \_\_\_\_\_, com endereço residencial sito a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Nos termos do artigo 138, incisos I, II e III e 139 das Normas para Habilitação ao Exercício das Profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, aprovada pela Resolução nº 8, de 20 de Fevereiro de 1978, alterada pela Resolução nº 15, de 30 de novembro de 1980; do art. 3º, Caput, da Resolução nº 185, de 02 de setembro de 1998, que cria a Certidão Negativa de Débito, todas do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, requeiro/requeremos a V.Sa., uma vez ciente do débito previamente informado, seja admitido o pagamento parcelado de meu/nosso débito, **em** \_\_\_\_\_ **parcelas**, junto ao CREFITO - 12ª Região, para o que, desde logo, instruo o presente com o respectivo Termo de Confissão de Dívida e Compromisso de Pagamento.

Atenciosamente.

\_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_