

REQUERIMENTO PARA BAIXA DE EMPRESA / CONSULTÓRIO

Ilma. Senhora,

Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 12ª Região CREFITO-12.

Razão Social: _____

Contato Tel: Residencial () _____ / Profissional () _____

Endereço _____

Cep: _____, Cidade/Estado _____

Vem à presença de V. Sa. Requerer a Baixa de Registro de () Consultório RC nº _____ /

() Empresa RE nº _____, por não possuir mais o serviço de fisioterapia / terapia ocupacional no endereço _____

_____ desde ____/____/____.

Junta ao presente os documentos exigidos:

BAIXA DE CONSULTÓRIO:

- () Certificado de Registro de Consultório (CRC) Original;
- () Declaração de Regularidade para Funcionamento (DRF) vigente.

BAIXA DE EMPRESA:

- () Cópia do Distrato Social;
- () Certificado de Registro de Empresa (CRE) Original;
- () Declaração de Regularidade para Funcionamento (DRF) vigente.

FECHAMENTO DO SETOR DE FISIOTERAPIA E/OU TERAPIA OCUPACIONAL – caso não feche a empresa como um todo.

() Alteração do Contrato Social com a exclusão do setor OU Declaração de Encerramento de Atividade, datada e assinada por duas testemunhas com firma reconhecida em cartório;

() Prova documental de exclusão do Setor (foto de cancelamento da propaganda - antes e depois, ou outra prova);

() Certificado de Registro de Empresa (CRE) Original;

() Declaração de Regularidade para Funcionamento (DRF) vigente.

Nestes termos, pede deferimento,

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente

Obs: O CREFITO12 ressalta que somente iniciará o processo, mediante a apresentação de todos os documentos acima arrolados, nos termos do que dispõe a Resolução COFFITO – 08/78 art. 29.