CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO
RUA PADRE GERMANO MAYER, 2272– HUGO LANGE – FONE (041)3264-8097 – CEP 80040-170 – CURITIBA – PARANÁ

REQUERIMENTO DE BAIXA DE INSCRIÇÃO E REGISTRO PROFISSIONAL

(preencher digitalmente e/ou utilizando letra de forma)

Eu, _____ ,

CPF nº _____ e registro no CREFITO-8 nº _____ ☐ fisioterapeuta

☐ terapeuta ocupacional

Solicito a **BAIXA** de:

☐ Inscrição **principal** e do registro junto a este CREFITO-8

☐ Inscrição **secundária** e do registro junto a este CREFITO-8

Declaro que não mais exercerei a profissão de ☐ fisioterapeuta ☐ terapeuta ocupacional na jurisdição deste CREFITO-8, salvo se vier requerer futuramente a transferência ou nova inscrição perante este Conselho, preenchendo os requisitos legais, sob pena de incorrer, em tese, nos ilícitos previstos no art. 47 do Decreto-Lei nº 3.688/1941 (Lei das Contravenções Penais), ou nos arts. 205 e 299 do Decreto-lei nº2.848/1940 (Código Penal).

Tenho ciência que a solicitação de **baixa de inscrição secundária** implica na emissão de atualização/ novos documentos de identificação junto ao CREIFTO8. Neste caso: (selecionar uma das opções abaixo)

☐ Solicito realizar a retirada do(s) documento(s) na Sede do CREFITO-8 em Curitiba;

☐ Solicito realizar a retirada do(s) documento(s) em uma das subsedes do CREFITO-8:

☐ Cascavel ☐ Londrina ☐ Maringá

☐ Solicito o envio do(s) documento(s) ao endereço de correspondência cadastrado e confirmado no ato deste requerimento. Isento, neste ato, o CREFITO-8, de qualquer responsabilidade no caso de eventual extravio ou avaria da documentação citada, reconhecendo que a remessa postal se efetuou por minha solicitação.

Declaro, para fins de direito, sob as penas da lei, que as informações e as cópias dos documentos apresentados são verdadeiras e autênticas.

Local e Data _____ , _____ / _____ / _____ .

Assinatura

(assinar em cor azul ou preta)