



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 16ª REGIÃO - CREFITO-16

Endereço: Rua das Andirobas, nº 40, Ed. Executive Lake Center, 1º Andar, Sala 109 CEP: 65075-040 Bairro: Jardim Renascença São Luís/MA

Horário de Atendimento: Segunda a Sexta-feira das 09h às 17h – Fone: (98) 3304-7774 / 3304-7779

Site: www.crefito16.gov.br / E-mail: crefito16@crefito16.gov.br

REQUERIMENTO DE BAIXA DE LICENÇA TEMPORÁRIA DE TRABALHO

EXMO. SR. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 16ª REGIÃO

Através do presente Requerimento solicito o cancelamento de meu registro profissional, nos termos da Resolução COFFITO nº. 08 de 20/02/1978, alterada pela Resolução nº 426 de 23/05/2013.

Dr(a). _____

inscrita neste Regional sob o n.º CREFITO/_____ Residente à rua _____

Nº _____ Bairro _____, Cidade _____, Estado _____

CEP _____ - _____, Fone(s) (____) _____ / _____

E-mail _____

Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional

Data início da inatividade: ____/____/____

Motivo: _____

Declaro que estou ciente de que, caso seja apurada alguma irregularidade com relação às informações prestadas, ensejará a instauração de processo criminal e de processo ético-disciplinar.

Local e data

Assinatura

DOCUMENTOS ANEXOS

Cédula de Licença Temporária de Trabalho original (que será arquivada)