



# CREFITO14

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 14ª REGIÃO

---

## REQUERIMENTO DE BAIXA DE INSCRIÇÃO

Dr.(a). \_\_\_\_\_

Inscrito (a) neste Regional sob o nº CREFITO-14 \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_

Bairro, \_\_\_\_\_, cidade, \_\_\_\_\_, estado, \_\_\_\_\_,

CEP, \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, fone(s) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_,

E-mail \_\_\_\_\_

Vem muito respeitosamente requerer **baixa de inscrição** neste Regional, anexando à documentação necessária, nos termos da Resolução COFFITO-8/78.

NESTES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO.

Teresina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ASSINATURA)

### **ANEXAR:**

- Carteira profissional (livrinho verde)
- Cédula de identidade profissional