



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
DA SEXTA REGIÃO CREFITO-6

**REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE ANUIDADE DE
PESSOA FÍSICA, EM RAZÃO DE SER PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA E/OU
TERAPEUTA OCUPACIONAL SÓCIO DE SOCIEDADE LIMITADA
UNIPESSOAL – SLU OU INDIVIDUAL –
RESOLUÇÃO Nº 635, DE 29 DE OUTUBRO DE 2025**

SELEÇÃO SUA CATEGORIA:

- FISIOTERAPIA
 TERAPIA OCUPACIONAL

DADOS DA PESSOA FÍSICA:

Nome completo: _____

Nº de Registro de Pessoa Física no Crefito-6: _____

Endereço de E-mail: _____

DADOS DA PESSOA JURÍDICA: (SOCIEDADE LIMITADA UNIPESSOAL – SLU OU INDIVIDUAL):

Razão Social da Empresa: _____

CNPJ: _____

Nº de Registro de Pessoa Jurídica no Crefito-6: _____

Obs: Anexar **OBRIGATORIAMENTE** a este **REQUERIMENTO** a última cópia do contrato social objetivando a comprovação da constituição da empresa e seus princípios de funcionamento.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
DA SEXTA REGIÃO CREFITO-6

Venho através deste, REQUERER a **ISENÇÃO DE ANUIDADE DO EXERCÍCIO DE 2026**, nos termos do artigo 7º, § 3º da Resolução COFFITO nº 635, de 29 de outubro de 2025, conforme os requisitos necessários, ou seja:

- Sou sócio de Sociedade Limitada Unipessoal ou Individual devidamente registrada junto ao Crefito-6, tendo direito à isenção da anuidade de Pessoa Física, do exercício de 2026.
- Estou solicitando esta isenção dentro do prazo estabelecido na Resolução citada acima (20/01/2026).
- Informo que estou adimplente junto ao Crefito-6 tanto de Pessoa Física quanto de Pessoa Jurídica.
- Autorizo o envio de informações para meu e-mail.
- Declaro para os devidos fins de direito, sob pena da lei, que as informações apresentadas são verdadeiras e autenticas.

_____, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do REQUERENTE