



CREFITO-9

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 9ª REGIÃO

Rua H, Lote 02, Quadra 04, Setor A - Centro Político Administrativo - CEP:78.049-911, Cuiabá/MT, FONE(65)3644-4272

**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 e EMPRESÁRIO INDIVIDUAL - RESOLUÇÃO Nº 598, DE 23 DE OUTUBRO DE 2024.**

Selecione sua categoria:

- FISIOTERAPIA  
 TERAPIA OCUPACIONAL

**DADOS DA PESSOA FÍSICA:**

Nome completo:

Nº de Registro de Pessoa Física no Crefito-9:

Endereço completo (Rua/Av/Bairro/Município/UF):

Telefone: (  )  E-mail:

**DADOS DA PESSOA JURÍDICA**  
**(SOCIEDADE LIMITADA UNIPESSOAL – SLU e EMPRESÁRIO INDIVIDUAL):**

Razão Social:

CNPJ:  Registro de Pessoa Jurídica Crefito-9 nº:

**Obs: Anexar OBRIGATORIAMENTE os seguintes documentos:**

- **Requerimento de isenção, devidamente preenchido e assinado;**
- **Comprovante de Inscrição e Situação Cadastral do CNPJ** emitido pela Receita Federal (data de emissão dentro do mês da solicitação);
- **Última alteração do contrato social.**

**E-mail para envio: [isencao@crefito9.org.br](mailto:isencao@crefito9.org.br)**

Venho através deste, REQUERER a **ISENÇÃO DE ANUIDADE DO EXERCÍCIO DE 2025**, nos termos do artigo 7º, § 3º da Resolução COFFITO nº 598, de 23 de outubro de 2024, conforme os requisitos necessários.

**Ao assinar este documento declaro que:**

- Sou sócio de Sociedade Limitada Unipessoal e Empresário Individual, registrado junto ao Crefito-9, tendo direito à isenção da anuidade de Pessoa Física, no exercício de 2025.
- Estou solicitando esta isenção dentro do prazo limite estabelecido na Resolução (limite: 20/01/2025).
- Estou na situação de adimplente tanto na inscrição Pessoa Física como Pessoa Jurídica, junto ao Crefito-9.
- Concordo e autorizo o envio de informações para o meu e-mail.
- Para os devidos fins de direito, sob pena da lei, que as informações neste formulário apresentadas são verdadeiras e autênticas.

/  ,  de  de  .  
Município Estado Dia Mês Ano

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do REQUERENTE**