

---

**REQUERIMENTO BAIXA DE REGISTRO DE CONSULTÓRIO**

Eu, \_\_\_\_\_ proprietário(a)

do consultório \_\_\_\_\_,

solicito a baixa de registro, pelo motivo:

\_\_\_\_\_.

Florianópolis/SC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Nome completo e nº registro

---

**SEDE DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 10ª REGIÃO**

RUA MONSENHOR TOPP, Nº 202, CENTRO – FLORIANÓPOLIS/SC  
CEP: 88020-500 – FONE (48) 3225-3329 – [crefito10@crefito10.org.br](mailto:crefito10@crefito10.org.br)

**SECRETARIA REGIONAL NORTE**  
Avenida Juscelino Kubitschek, Nº 410  
Salas 102 e 103 B – Centro – Joinville/SC  
CEP: 89201-100 – (47) 3027-1412

**SECRETARIA REGIONAL SUL**  
Rua Ernesto Bianchini Góes, Nº 91  
Sala 105 – Próspera – Criciúma/SC  
CEP: 88815-030 – (48) 3437-3809

**SECRETARIA REGIONAL OESTE**  
Avenida Getúlio Vargas, Nº 1748, Sala 05  
Condomínio CESEC – Centro – Chapecó/SC  
CEP: 89805-000 – (49) 3025-2510

**SECRETARIA REGIONAL SERRA**  
Avenida Belisário Ramos, Nº 3735, Sala 05  
Sagrado Coração de Jesus – Lages/SC  
CEP: 88508-100 – (49) 3018-6910