

REQUERIMENTO PARA BAIXA DO REGISTRO DE CONSULTÓRIO

Ilmo. Sr.

Dr. Alexandre Doval da Costa

Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª Região

Conforme o disposto na Resolução Nº 08/78 do COFFITO, solicito a baixa do registro do consultório situado no seguinte endereço:

() Rua () Av.: _____

N.º: _____ Sala/Conjunto: _____ Bairro: _____

CEP: _____ - _____ Cidade: _____ UF: **RS**

onde eram realizados atendimentos autônomos do profissional:

Dr(a). _____ - _____
Nome Legível N° de Inscrição

que não está mais prestados serviços neste local pelos seguintes motivos: _____

_____.

Anexos:

- Cópia **autenticada** de Certidão de baixa do Alvará de Localização (ou de qualquer outro documento emitido pela Prefeitura onde conste que o consultório foi encerrado junto à mesma);
- Certificado de Registro de Consultório (devolver documento emitido pelo CREFITO-5).

_____, _____ de _____ de 201__.
local e data

Assinatura do Profissional
(carimbar abaixo)