



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

Q. 01 – Centro Empresarial Parque Brasília – 2º andar – salas 201/202 - Setor de Indústrias Gráficas 70610-410 –
Brasília – DF Tel.: (61) 3322-0001 - Fax: (61) 3226-1312 - Endereço eletrônico: crmdf@crmdf.org.br

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

CRM/DF Nº _____

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONES: () _____ e-mail _____

() Cancelamento de inscrição **PRINCIPAL**

Motivo: () Viagem ao exterior () Não exercício da profissão
- Anexar carteiras de identidade e profissional médica (livro verde)

() Cancelamento de Inscrição **SECUNDÁRIA**

- Anexar carteiras de identidade e profissional médica (livro verde)

() Cancelamento por **FALECIMENTO**

- Anexar carteiras de identidade e profissional médica (livro verde)

Declaro estar ciente que se houver pendência financeira ou Sindicância e Processo em andamento em meu nome ou ainda entrega da carteira profissional de médico (livro verde) para anotação do cancelamento, ESTE PEDIDO PERDERÁ A VALIDADE EM 60 (SESSENTA) DIAS.

Solicito desligamento do cargo de () Diretor técnico e/ou do () corpo clínico da empresa: _____

O ENVIO SÓ SERÁ FEITO PARA FORA DE BRASILIA

() Solicito que envie minha Carteira Profissional Médica (livro verde) pelo correio e me responsabilizo por qualquer dano que possa ocorrer na postagem. Endereço para envio: _____

_____ CEP: _____

Brasília-DF, ____ de _____ de ____.

Assinatura do solicitante

Retirei minha Carteira Profissional Médica com a devida anotação em:

____/____/_____
DATA

Assinatura