



# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

Departamento de Registro

## AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE DOCUMENTOS

Eu, \_\_\_\_\_  
CRM/DF nº \_\_\_\_\_ autorizo o(a) Sr<sup>(a)</sup> \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ portador do documento de  
identidade nº \_\_\_\_\_ órgão emissor \_\_\_\_\_, a retirar o(s) seguinte(s)  
documento(s):

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Que ficaram retidos neste CRM/DF por motivo de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico

Eu, \_\_\_\_\_  
portador do documento de identidade nº \_\_\_\_\_ órgão emissor \_\_\_\_\_  
declaro que nesta data retirei a documentação acima autorizada.

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura conforme documento de identificação.

- Apresentar original com cópia do documento de identidade