



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

Departamento de Registro

Senhor Presidente do CRM/DF

Eu, _____ Secretário de Saúde do DF, vem através deste informar que a partir de ____/____/____, o Dr(a) _____ - CRM-DF nº _____, assumirá a Diretoria Técnica do estabelecimento _____, situado na _____, cadastro neste Conselho sob o nº _____.

Brasília-DF, ____/____/____

Secretário(a) de Saúde do DF ou

Coordenador(a) Geral de Direção de Saúde Regional

ou Diretor Geral ou Presidente

TERMO DE COMPROMISSO DE DIREÇÃO

Eu _____, médico(a) inscrito(a) neste Conselho sob o número _____, venho na presença de Vossa Senhoria declarar que estou assumindo o cargo de Diretor / Responsável Técnico do estabelecimento acima identificado.

Declaro estar ciente das atribuições do cargo e que deverei informar ao Conselho qualquer mudança que ocorra no Corpo Clínico, nas destinações e alterações contratuais ou estatutárias da instituição e em caso de meu impedimento, suspensão ou demissão do cargo, o dever de notificar tal fato, por escrito, ao Conselho Regional de Medicina (Resolução CFM nº 1.980/2011).

OBS: Condições para ser deferido o pedido:

- o novo Diretor deverá estar quite com a tesouraria deste CRM-DF;
- o novo Diretor não poderá ter mais de 02 diretorias técnicas;
- se o estabelecimento possuir serviços médicos nas áreas de: UTI, imagiologia em RX, medicina nuclear, hemoterapia (banco de sangue e derivados), hemodiálise (terapia renal substitutiva), medicina do tráfego ou Oncologia, o novo diretor deverá ter registro na referida especialidade neste CRM-DF
- deverá ser recolhida taxa pela alteração (retirada a taxa na tesouraria do CRM-DF).

Brasília-DF, ____/____/____

Assinatura do(a) Diretor(a)/Responsável Técnico(a)