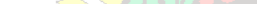




NOME DO CONSULENTE: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ CEP: _____

CPF:  IDENTIDADE:

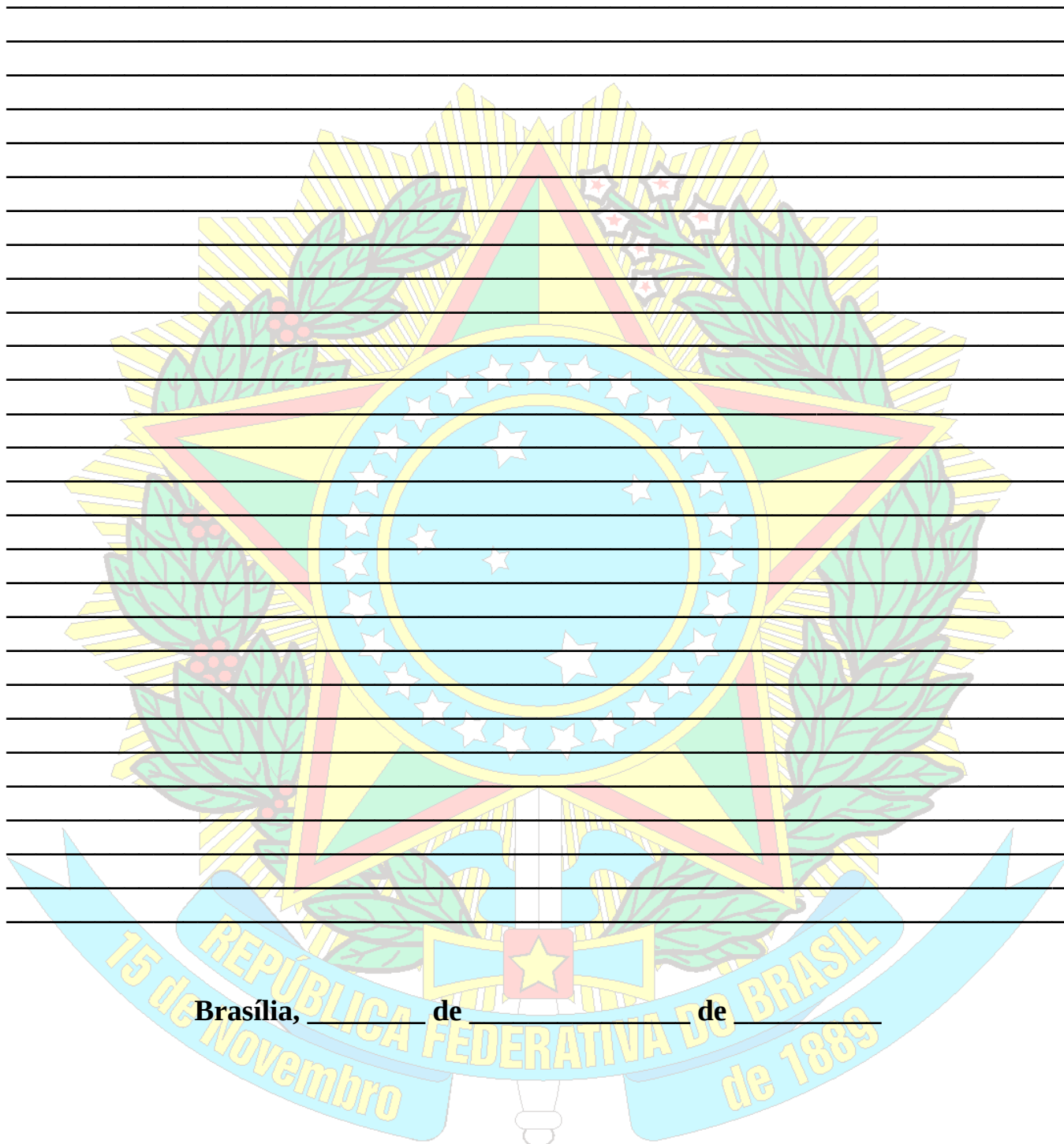
TELEFONES:

Ao Presidente do CRM-DF
Brasília – DF

Eu, abaixo assinado e acima qualificado, solicito pelo presente posicionamento do CRM-DF, quanto às seguintes questões:



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL



Brasília, _____ de _____ de _____

(assinatura do consulente)