



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

SOLICITAÇÃO DE REGISTRO DE QUALIFICAÇÃO DE ESPECIALISTA

Eu, _____, CRM-DF nº _____,

Endereço: _____

CEP: _____ email: _____ Fone: () _____

venho requerer minha inscrição no quadro de Registro de Qualificação de Especialista deste Conselho, na(s) especialidade(s) de:

1) Especialidade: _____

() Conforme título apresentado () Conforme registro em outro CRM

Área de Atuação: _____

() Conforme título apresentado (só preencher se tiver título comprobatório () Conforme registro em outro CRM

2. Especialidade: _____

() Conforme título apresentado () Conforme registro em outro CRM

Área de Atuação: _____

() Conforme título apresentado () Conforme registro em outro CRM

Juntando a documentação abaixo mencionada:

- Carteira profissional médica (livro verde)
 - Original e cópia: () Título de Especialista () Certificado de Residência Médica
- () Declaração de aprovação na prova de Título
() Declaração de conclusão da Residência médica

Brasília-DF, ____/____/____.

Assinatura

OBS: Os originais dos documentos que conferem a especialização deverão ser anexados para autenticação das cópias.

As avaliações dos registros de especialidades são cobradas, independentemente do deferimento do pedido. As referidas taxas serão emitidas pela tesouraria deste conselho.

Retirei em ____/____/____

() Carteira Profissional Médica (livro verde)

() Certificado de Registro de Especialista do CRM-DF

ASSINATURA