



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

AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE DOCUMENTOS

Eu, _____
CRM/DF nº _____ autorizo o(a) Sr(ª) _____
_____, portador do documento de identidade nº _____
órgão emissor _____, a retirar o(s) seguinte(s) documento(s):

- () Diploma
- () Carteira Profissional (livro verde)
- () CIM – Carteira de Identidade Médica
- () Certificado de Especialista
- () Outros _____

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 e cópia do documento de identidade