



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL
Setor de Indústrias Gráficas, Quadra 1, Centro Empresarial Parque Brasília. CEP: 70610-410 – Brasília - DF
Tel: (61) 3322-0001 - Fax: (61) 3226-1312 - Endereço eletrônico: crmdf@crmdf.org.br

INDICAÇÃO DE CHEFIA DE SERVIÇO

Eu _____,
na qualidade de Responsável Técnico da empresa denominada
_____, nome fantasia
_____, registrada neste CRM-DF sob o nº
_____, CNPJ nº _____, venho informar que a partir de ____/____/____,
o(a) Dr(a). _____, CRM-DF nº
_____, assumirá o cargo de Chefe de Serviço em _____,
perante esse Conselho.

Brasília-DF, ____/____/____

Assinatura do Responsável Técnico

TERMO DE COMPROMISSO DE CHEFIA DE SERVIÇO

Eu _____, médico(a)
inscrito(a) no CRM-DF sob o número _____, especialidade registrada em _____, RQE nº
_____, venho declarar que estou assumindo o cargo de Chefe de Serviço
em _____ da empresa acima identificada .

Assinatura do Chefe de Serviço