



## 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

### ALTERAÇÃO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Eu \_\_\_\_\_, na qualidade de Diretor(a) Geral /Sócio(a)Majoritário(a) / Proprietário(a) /Presidente 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 Diretor(a) / Responsável Técnico(a) perante esse Conselho.

Brasília-DF, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Diretor(a) Geral/Sócio(a) Majoritário(a)/Proprietário(a)/Presidente

### TERMO DE COMPROMISSO DE DIREÇÃO

Eu \_\_\_\_\_, médico(a) inscrito(a) no CRM-DF sob o número \_\_\_\_\_, venho declarar que estou assumindo o cargo de Diretor(a) / Responsável Técnico(a) da empresa denominada acima identificada

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 de acordo com a Resolução CFM nº 2.147/2016.

Brasília-DF, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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