



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

PEDIDO DE DESLIGAMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Ilmo. Sr.

Presidente do Conselho Regional de Medicina do DF,

Eu _____,

médico (a) inscrito (a) neste Conselho sob o nº _____, venho solicitar **desligamento** do cargo de

Diretor(a) Técnico(a) do(a) _____
(nome da empresa)

registrado(a) neste CRM/DF sob o nº _____.

Estou ciente que para **deferimento** do pedido estou de acordo com o disposto na **Resolução CFM nº 1980/11** - **“Art. 12** *Ao médico responsável técnico integrante do corpo societário da empresa, instituição, entidade ou estabelecimento somente é permitido requerer baixa da responsabilidade técnica por requerimento próprio, informando o nome e número de CRM de seu substituto naquela função”*.

Observações:

Brasília-DF, ____/____/____

Assinatura do médico