



DECLARAÇÃO / ATUALIZAÇÃO DE ENDEREÇO – PESSOA FISICA

NOME: _____ CRM Nº _____

END. RES.: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____

CEP: _____ TEL:() _____ CELULAR: () _____

E-MAIL _____

LOCAIS DE TRABALHO ATUAIS (INCLUINDO RESIDÊNCIA MÉDICA):

HOSPITAL / CLINICA: _____

END.: _____

BAIRRO _____ CIDADE _____ UF _____

CEP: _____ FONE () _____ FONE II () _____

HOSPITAL / CLINICA: _____

END.: _____

BAIRRO _____ CIDADE _____ UF _____

CEP: _____ FONE () _____ FONE II () _____

NÃO POSSUO NENHUM LOCAL DE TRABALHO. Estou ciente que de acordo com o artigo 6º do Decreto 44045 de 19/07/1958, que regulamenta a Lei 3268/57 – “Fica o médico obrigado a comunicar ao Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito a instalação do seu consultório ou local de trabalho profissional, assim como qualquer transferência de sede, ainda quando na mesma jurisdição”

Boa Vista-RR, _____ de _____ de _____

Assinatura do Médico(a)