



CRM-RR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE RORAIMA

SOLICITAÇÃO DE REGISTRO DE QUALIFICAÇÃO DE ESPECIALISTA

Eu, _____, CRM-RR nº _____,

Endereço: _____

CEP: _____ email: _____ Fone: () _____,

venho requerer minha inscrição no quadro de Registro de Qualificação de Especialista deste Conselho, na(s) especialidade(s) de:

1) Especialidade: _____

() Conforme título apresentado () Conforme registro em outro CRM

Área de Atuação: _____

() Conforme título apresentado (só preencher se tiver título comprobatório) () Conforme registro em outro CRM

2. Especialidade: _____

() Conforme título apresentado () Conforme registro em outro CRM

Área de Atuação: _____

() Conforme título apresentado () Conforme registro em outro CRM

Juntando a documentação abaixo mencionada:

- Carteira profissional médica (livro verde)
- Original e cópia: () Título de Especialista () Certificado de Residência Médica

Boa Vista/RR, ____/____/____.

Assinatura

OBS: Os originais dos documentos que conferem a especialização deverão ser anexados para autenticação das cópias.

As avaliações dos registros de especialidades são cobradas, independentemente do deferimento do pedido. As referidas taxas serão emitidas pela tesouraria deste conselho.

Retirei em ____/____/____

() Carteira Profissional Médica (livro verde)

() Certificado de Registro de Especialista do CRM-RR

ASSINATURA