

REQUERIMENTOS DIVERSOS

Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Medicina do Amazonas ou (_____)

Dr(a) _____

Nome do médico

Inscrito neste Conselho sob o nº _____, vem pelo presente solicitar a V. Sa. que se digne conceder-lhe o abaixo indicado:

- () Apostilar em : () Militar () Militar e Civil () Militar Convocado
() Cancelamento de inscrição devido a _____
() Certidão de Quitação e Inscrição () Certidão Ético-Profissional, solicitada pelo próprio profissional
() Certidão _____
() Inscrição Primária () Inscrição Por Transferência () Inscrição Secundária
() Reinscrição do exercício da medicina em ____/____/____
() Visto provisório por _____
() Outros _____
() Registro de qualificação de especialista _____
() Cédula de identidade médica (Doc. Anexo) () Carteira profissional de médico (Doc. Anexo)
() Visto temporário médico estrangeiro

Mudança de estado civil (certidão anexa):

- () Casado () Separação Consensual () Divorciado () Viúvo () Solteiro
() Mudança de nome (documento anexo) () Mudança de nacionalidade (documento anexo)
() Mudança de categoria (documento anexo)
() Mudança de endereço () Residencial () Consultório

Residência: _____

Bairro: _____ fone(s) _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

E-mail: _____

Consultório: _____

Bairro: _____ fone(s) _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

E-mail: _____

Tipo Sanguíneo _____ Fator RH _____

- () Doador de Órgãos e Tecidos
() Não Doador de Órgãos e Tecidos
() Sim concordo com a liberação dos meus endereços a terceiros
() Não concordo com a liberação dos meus endereços a terceiros

Nestes Termos,
Pe. Deferimento.

Manaus, _____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente