



## 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

### SOLICITAÇÃO DE REGISTRO DE QUALIFICAÇÃO DE ESPECIALISTA

Eu, \_\_\_\_\_,

CRM-DF nº \_\_\_\_\_, Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade/Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ email:

\_\_\_\_\_ 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  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  
 Declaração de aprovação na prova de Título  
 Declaração de conclusão da Residência médica

Solicito 2ª via do Certificado RQE do CRM-DF

Solicito que comunique ao CRM \_\_\_\_\_ especialidade registrada no CRMDF.

Solicito confirmação ao CRM \_\_\_\_\_ de especialidade registrada.

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

\_\_\_\_\_  
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-DF

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA