



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 VISTO PROVISÓRIO DE 90 DIAS

Nome: _____

End. Resid.: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ TEL: (____) _____ Celular: (____) _____

CPF: _____, RG n.º: _____, E-Mail

_____ Nascido em ____/____/____

registrado no Conselho Regional de Medicina de _____ sob o nº _____, vem

solicitar a Vossa Senhoria a concessão de VISTO PROVISÓRIO neste Conselho, pelo prazo de **90**

dias, de acordo com o parágrafo 1º do art. 18 da Lei nº 3.268/57 e Resolução do CFM nº

1948/2010.

LOCAL DE TRABALHO:

Nome da Instituição: _____

Fone: (____) _____ (____) _____

Nestes termos peço deferimento,

Brasília-DF, ____/____/____

Assinatura do(a) médico (a)

Retirei minha Carteira Profissional Médica com a devida anotação em:

____/____/____
DATA

Assinatura