



Etiqueta de Protocolo

SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Motivo(s):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Falta de segurança | <input type="checkbox"/> Redistribuição administrativa |
| <input type="checkbox"/> Falta de material | <input type="checkbox"/> Saída do corpo societário |
| <input type="checkbox"/> Questão salarial | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Ambiente de trabalho | |

Solicita permanecer no corpo clínico? Sim Não

Razão Social: _____

CRM-PJ 52. _____ - _____ CNPJ _____ . _____ . _____ / _____ - _____

Instituição: () Pública () Privada

Nome do Solicitante: _____ CRM-RJ 52. _____

Período aproximado como Responsável Técnico: _____ meses.

Especialidade médica: _____

Relato do fato ocorrido (caso necessário):

Informamos que, conforme preconiza a Res. CFM 1980/11 em seu Cap. II Art 10, A responsabilidade técnica médica somente cessará quando o Conselho Regional de Medicina tomar conhecimento do afastamento do médico responsável técnico, mediante sua própria comunicação escrita, por intermédio da empresa ou instituição onde exercia a função.

Declaro ter comunicado meu desligamento à direção superior do estabelecimento, solicitando a devida substituição.

Data: ____/____/____

Ass. _____