



**CREMERJ**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



### Registro de Qualificação de Especialista

Ilmo.(a) Dr.(a) Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

Eu \_\_\_\_\_

médico (a) inscrito (a) neste Conselho sob nº CRM52. \_\_\_\_\_ solicito registrar minha Qualificação como

**Especialista ( ) Área de Atuação ( )** \_\_\_\_\_

Submeto à consideração deste Conselho os documentos anexados.

Informo que possuo o registro da especialidade, acima, no(s) Conselho(s) do Estado(s): \_\_\_\_\_.

Nestes Termos P. Deferimento

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do/a Médico/a

#### PARA USO INTERNO DO CREMERJ

**A Comissão de Título de Especialista, em face aos documentos apresentados para justificar a qualificação pleiteada, resolve:**

( ) **DEFERIR com base:**

-Resolução CFM Vigente. ( )

-Lei nº 6.932, publicada no Diário Oficial da União em 09/07/1981.( )

( ) **INDEFERIR** \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

**Comissão:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Coordenador

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Registro:** Livro: \_\_\_\_\_ Folha: \_\_\_\_\_ Linha: \_\_\_\_\_ RQE: \_\_\_\_\_