Serviço Público Federal

**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC**

Av. Antônio Sales, 485 – Joaquim Távora – 60.135-101

Fortaleza – Ceará Fone: 3198.3700

E-Mail: [cremec@cremec.org.br](mailto:cremec@cremec.org.br)

**Termo de Cumprimento de Prazo**

Ilmo(a). Sr(a).

Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, médico(a) inscrito(a) neste Conselho sob o número \_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho na presença de Vossa Senhoria como diretor técnico do estabelecimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNPJ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comprometer-me a entregar a documentação pendente, abaixo descrita, no prazo máximo de **120 dias** após a assinatura deste documento.

* **Cópia do Alvará de Funcionamento.**

Estou ciente de que, se não forem cumpridas as exigências neste prazo, o registro da instituição será cancelado e comunicado aos órgãos competentes, para as providências cabíveis.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_

Local e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diretor Técnico**