**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 Registro Sanitário.**

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**