**COMUNICAÇÃO DE DESVINCULAÇÃO**

**DIREÇÃO TÉCNICA / DIREÇÃO CLÍNICA / CORPO CLÍNICO**

Eu, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, médico(a) inscrito(a) sob o **CREMEC** \_\_\_\_\_\_\_\_, venho informar ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará minha desvinculação da **Direção Técnica**; da **Direção Clínica**; do **Corpo Clínico** da pessoa jurídica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – CREMEC \_\_\_\_\_\_\_.

Solicito a pronta atualização de meu cadastro médico.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Local e data

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