

DECLARAÇÃO¹

Com objetivo de comprovar atuação do médico adiante indicado em prática clínica, declaramos à SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA - SBEM, com sede na Rua Humaitá, 85, 5º andar, Humaitá, Rio de Janeiro/RJ, CEP 22.261-000, sob as penas da lei, que referido profissional desenvolve/desenvolveu as atividades abaixo descritas pelo período de _____ a _____ na Clínica, Unidade Ambulatorial ou Hospitalar adiante referida e da qual somos Responsáveis.

MÉDICO
Nome:
CIRG. nº
CPF/MF. nº
CRM nº
Endereço:

DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES
1)
2)
3)
4)
5)
6)
7)
8)
9)
10)

INSTITUIÇÃO
Nome:
CNPJ/MF:
Data de Constituição/Fundação:
Endereço:

RESPONSÁVEL (1)
Nome:
CIRG. nº
CPF/MF. Nº
CRM nº
Especialidade com registro no CRM:
Endereço:
Telefone:
Cargo/Função:
Assinatura:

_____, ____ de _____ de _____.

¹ a) Todos os campos deverão ser preenchidos; b) A assinatura do Responsável deverá estar reconhecida em Cartório, c) O documento deverá estar acompanhado de cópia simples da identificação do profissional Responsável.