



**CRM-MT**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

## DECLARAÇÃO / ATUALIZAÇÃO DE ENDEREÇO – PESSOA FISICA

NOME: \_\_\_\_\_ CRM Nº \_\_\_\_\_

END. RES.: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TEL:( ) \_\_\_\_\_ CELULAR:( ) \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

### LOCAIS DE TRABALHO ATUAIS (INCLUINDO RESIDÊNCIA MÉDICA):

HOSPITAL/CLINICA: \_\_\_\_\_

END.: \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ FONE( ) \_\_\_\_\_ FONE II( ) \_\_\_\_\_

HOSPITAL/CLINICA: \_\_\_\_\_

END.: \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ FONE( ) \_\_\_\_\_ FONE II( ) \_\_\_\_\_

( ) **NÃO POSSUO NENHUM LOCAL DE TRABALHO.** Estou ciente que de acordo com o artigo 6º do Decreto 44045 de 19/07/1958, que regulamenta a Lei 3268/57 – “Fica o médico obrigado a comunicar ao Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito a instalação do seu consultório ou local de trabalho profissional, assim como qualquer transferência de sede, ainda quando na mesma jurisdição”

Cuiabá-MT, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico(a)