



CRM-AC

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ACRE
C.G.C. 14.345.748/0001-30 E-mail: crmacre@hotmail.com



SOLICITAÇÃO DE VISTO PROVISÓRIO

O abaixo assinado Dr(a) _____
Residente na cidade de _____ estado _____
á rua _____
nº _____ apto _____ fone (_____) _____
no bairro _____ nascido em ____/____/_____
Filiação: pai _____
(por extenso)
mãe _____
(por extenso)
formado(a) pela faculdade _____
(por extenso)
em: ____/____/____ registro no Conselho Regional de Medicina do
Estado _____ sob o nº _____
vem solicitar a V. S^a concessão de **VISTO PROVISÓRIO** neste Conselho, de acordo com o
Parágrafo 2º do Art. 18 da Lei nº 3.268/57, anexando para esse fim a Carteira Profissional de
Medico.

Nestes termos pode deferimento.

Rio Branco, Ac. ____/____/____

(assinatura do médico)

Endereço do local de trabalho:

Cidade: _____ UF: _____
Rua: _____
Bairro: _____ CEP: _____
Fone: (_____) _____ Celular: (_____) _____