



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO TOCANTINS

TERMO DE CUMPRIMENTO DE PRAZO

Ilmo(a) Sr.(a)

Presidente do Conselho Regional de Medicina do Tocantins

Eu, _____, médico (a) inscrito (a) neste Conselho sob o número _____, venho na presença de Vossa Senhoria, como _____ diretor(a) _____ técnico(a) _____ do _____ estabelecimento _____, comprometer-me a entregar a documentação pendente no **PRAZO MÁXIMO DE 120 DIAS** após a assinatura deste documento.

Estou ciente que, **se não forem cumpridas as exigências neste prazo**, o registro provisório da instituição será **CANCELADO AUTOMATICAMENTE** e comunicado aos órgãos competentes, para as providências legais cabíveis, conforme manual de Procedimentos Administrativos Pessoa Jurídica CFM e resolução CFM 1980/11.

_____ TO, _____ / _____ / 20_____

Assinatura do Diretor(a) Técnico(a)