



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

TERMO DE COMPROMISSO DE ENTREGA DE DIPLOMA

Eu, _____, inscrito
sob CRM n.º _____, com endereço atualizado sito a
_____ n.º _____
Bairro _____ Cidade/UF _____ CEP
_____, telefone/celular: _____ e-mail:
_____, declaro ter ciência do dever de comparecer à
sede do Conselho Regional de Medicina onde possuo inscrição, ou em uma de suas
Delegacias, para registrar o diploma, conforme determina a Resolução CFM n.º
2014/2013, sob pena de cancelamento do registro quando findo o prazo estabelecido¹.

Declaro ainda estar ciente que a Universidade/Faculdade
comunicará ao Conselho de Medicina que recebi meu DIPLOMA ORIGINAL nesta
data, para que este possa proceder com as penalidades cabíveis pela minha omissão em
decorrência da não apresentação do mesmo.

Servirá este Termo para iniciar a abertura do **Processo
Administrativo**, ficando o CREMEPE dispensado de fazer notificação prévia a cerca do
cancelamento.

Recife, ___/___/_____.

Assinatura

¹ O comparecimento deverá ser agendado pelo site: agendamento.cremepe.org.br