



# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RS

## TERMO DE CUMPRIMENTO DE PRAZO

Eu, \_\_\_\_\_,

Médico(a) inscrito(a) neste Conselho sob o número \_\_\_\_\_, venho na presença de Vossa Senhoria como Diretor(a) Técnico(a) do estabelecimento

\_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_ comprometer-me a entregar o Alvará de Localização no **prazo máximo de 120 dias** após a assinatura deste documento.

Estou ciente que, o não atendimento da diligência no prazo estabelecido, acarretará no encaminhamento ao Departamento de Fiscalização, podendo ensejar em denúncia à Vigilância Sanitária e comunicação à Corregedoria de CREMERS. Caso o estabelecimento de saúde não renove seu cadastro ou registro por período superior a dois exercícios consecutivos, poderá implicar na suspensão dos mesmos, sem prejuízo das anuidades em débito.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de ~~Assinatura~~ \_\_\_\_\_ 2011 .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Diretor(a) Técnico(a)