CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SOLICITAÇÃO DE VISTO PROVISÓRIO

O abaixo assinado, Dr(a). _____,
residente na cidade de _____ Estado _____.
Rua _____ nº _____.
Apto. _____ no bairro _____ CEP _____.
Fone Res. (____) _____ Celular:(____) _____.
Email: _____.
Nascido em ____/____/____.
Nome do pai _____.
Nome da mãe _____.
Formado pela faculdade _____
_____.
em ____/____/____ registrado no Conselho Regional de Medicina
_____ sob o nº _____, vem
solicitar a V.Sa. a concessão de “VISTO PROVISÓRIO” neste Conselho,
pelo prazo de 90 (noventa dias), para a finalidade de **exercer medicina**
no Estado de Mato Grosso do Sul, de acordo com o parágrafo 1º do art.
18 da Lei nº 3.268/57, anexando para esse fim a **Carteira Profissional de**
Médico.

Nestes termos pede deferimento,

_____, ____/____/____

(assinatura do médico)

Endereço do local de trabalho:

Cidade: _____ UF: _____
Rua: _____ nº _____
Bairro: _____ CEP: _____
Fone Com: (____) _____.