



**CRM-AC**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ACRE



**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ACRE**

**SOLICITAÇÃO DE VISTO PROVISÓRIO (90 dias corridos)  
(Res. CFM 1948/2010)**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Nascido em: \_\_/\_\_/\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Registrado(a) no CRM - \_\_\_\_\_ Sob o número: \_\_\_\_\_

Vem solicitar a V.sa. a concessão de "Visto Provisório" neste Conselho, pelo prazo de 90 dias, para a finalidade de \_\_\_\_\_ de acordo com o Art. 1º Res. CFM nº 1948/2010, anexando para este fim a Carteira Profissional de Médico.

Nestes termos pede deferimento,

Rio Branco – AC, \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
(assinatura do médico)

Endereço do local de trabalho:

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Cep: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Estrada Dias Martins nº 933 – Bairro Jardim de Alah  
CEP 69915-526 – Fones: 3227-1313, 3227-5777 – Fax: 3227-1313  
E-mail: registropf@crmac.org.br

**Setor de Registro**