Ao

Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………., portador (a) da cédula profissional nº…………………………………… e do Cartão do Cidadão/Bilhete de Identidade nº.................................. válido até \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ , vem por este meio requerer uma 2.ª Via da Cédula Profissional pelo motivo abaixo assinalado:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Motivo** |  | **Documentos em Anexo que evidenciem motivo** |
| Renovação  |  |  |  |  |
|  |
| Furto |  | Participação às Autoridades |  |
| Perda / Extravio |  |  | Declaração Signatário (a) |  |
| Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | Cópia de documento de Identificação (alteração Nome) |  |

Declara ainda , sob compromisso de honra, que não tem em seu poder qualquer outra cédula profissional válida.

Compromete-se ainda a entregar no prazo máximo de 10 dias, a cédula perdida ou extraviada caso a mesma seja encontrada.

Está, por fim, ciente que a falsidade da presente declaração ou o incumprimento do compromisso assumido no parágrafo anterior implica responsabilidade disciplinar.

(local e data) …………………………………………………………………………………………………………….………………………….

……………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………

(assinatura idêntica à do documento de identificação)

*Em caso de necessidade de pedir segunda via da cédula, deverá preencher este formulário.*

*Se o pedido de 2ª via de cédula é por alteração de dados (nome), deve juntar documento comprovativo.*

*Se o pedido de 2ª via de cédula é por averbamento de especialidade apenas terá seguimento após a inscrição no Colégio da Especialidade.*