 **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO TOCANTINS**

**TERMO DE DIREÇÃO TÉCNICA**

Declaro sob as penas da lei, estar assumindo a diretoria técnica perante a empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Minha responsabilidade cessará, por vontade própria ou do estabelecimento, quando for devidamente formalizado e comunicado por escrito ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins.

A empresa deverá promover a substituição deste diretor técnico, oficializando o CRM-TO no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do sócio majoritário

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do diretor técnico

Reconhecer assinaturas em Cartório.