



**CRM-MA**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO MARANHÃO

## COMUNICAÇÃO DE ROUBO, FURTO, PERDA, EXTRAVIO OU UTILIZAÇÃO INDEVIDA DE DOCUMENTO(S)

Dr(a). \_\_\_\_\_ CRMMA nº \_\_\_\_\_

Ocorrência(s):  Roubo/Furto  Extravio/Perda  Utilização Indevida Documentos:

Cédula de Identidade Médica (plastificada)

Cédula de Identidade Médica (cartão digital)

Carteira Profissional de Médico (couro verde)

Receituário  Diploma  Certificado de Especialista  Carimbo Profissional  Outros \_\_\_\_\_

Data do ocorrido: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Boletim de Ocorrência:  Não  Sim (anexar cópia completa em formato PDF ou similar)

\_\_\_\_\_  
(Local e data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico (a)

Este requerimento pode ser protocolado pessoalmente na Sede ou em uma de nossas Delegacias Regionais (veja os endereços no link (<http://transparencia.crmma.org.br/index.php/sobre-o-cfm/conselhos-regionais>) ou digitalizado encaminhado por e-mail para: [secretaria@crmma.org.br](mailto:secretaria@crmma.org.br)