



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

ANEXO III - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Eu, _____, médico (a), CRM _____, declaro estar ciente de que o Processo Administrativo instaurado pelo CRM-PR tramita em sigilo, e de que devo manter a confidencialidade de todas as informações contidas nos documentos que compõem os autos.

Estando de pleno acordo, assino o presente.

(Localidade), (Dia) de (Mês) de (Ano).

Assinatura