

**(ANEXO III)**  
**PLANILHA PARA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA**

**DADOS RELATIVOS AO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

NOME:		
Nº. DE REGISTRO NO CREMESP:		Nº. DE MÉDICOS NO CORPO CLÍNICO:
ENDEREÇO:		BAIRRO:
CIDADE:		ESTADO: <b>SÃO PAULO</b> CEP:
FONE:	Nº. DE REGISTRO DA C.E.M.:	E-MAIL:

**DADOS RELATIVOS À COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA**

**MEMBROS EFETIVOS**

PRESIDENTE :	CRM/SP Nº:
SECRETÁRIO :	CRM/SP Nº:
MEMBRO EFETIVO:	CRM/SP Nº:
MEMBRO EFETIVO:	CRM/SP Nº:
MEMBRO EFETIVO:	CRM/SP Nº:
MEMBRO EFETIVO:	CRM/SP Nº:
MEMBRO EFETIVO:	CRM/SP Nº:
MEMBRO EFETIVO:	CRM/SP Nº:
MEMBRO EFETIVO:	CRM/SP Nº:
MEMBRO EFETIVO:	CRM/SP Nº:
MEMBRO EFETIVO:	CRM/SP Nº:

**MEMBROS SUPLENTES**

MEMBRO SUPLENTE:	CRM/SP Nº:
MEMBRO SUPLENTE:	CRM/SP Nº:
MEMBRO SUPLENTE:	CRM/SP Nº:
MEMBRO SUPLENTE:	CRM/SP Nº:
MEMBRO SUPLENTE:	CRM/SP Nº:
MEMBRO SUPLENTE:	CRM/SP Nº:
MEMBRO SUPLENTE:	CRM/SP Nº:
MEMBRO SUPLENTE:	CRM/SP Nº:
MEMBRO SUPLENTE:	CRM/SP Nº:
MEMBRO SUPLENTE:	CRM/SP Nº:
MEMBRO SUPLENTE:	CRM/SP Nº:

OBSERVAÇÕES: