**PLANILHA PARA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA**

**DADOS RELATIVOS AO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

NOME:

Nº. DE REGISTRO NO CREMEB: Nº DE MÉDICOS NO CORPO CLÍNICO:

ENDEREÇO: BAIRRO:

CIDADE: ESTADO: BAHIA CEP:

FONE: E-MAIL:

**DADOS RELATIVOS À COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA**

**MEMBROS EFETIVOS**

PRESIDENTE: CRM/BA Nº:

SECRETÁRIO: CRM/BA Nº:

MEMBRO EFETIVO: CRM/BA Nº:

MEMBRO EFETIVO: CRM/BA Nº:

MEMBRO EFETIVO: CRM/BA Nº:

MEMBRO EFETIVO: CRM/BA Nº:

MEMBRO EFETIVO: CRM/BA Nº:

MEMBRO EFETIVO: CRM/BA Nº:

MEMBRO EFETIVO: CRM/BA Nº:

MEMBRO EFETIVO: CRM/BA Nº:

**MEMBROS SUPLENTES**

MEMBRO SUPLENTE: CRM/BA Nº:

MEMBRO SUPLENTE: CRM/BA Nº:

MEMBRO SUPLENTE: CRM/BA Nº:

MEMBRO SUPLENTE: CRM/BA Nº:

MEMBRO SUPLENTE: CRM/BA Nº:

MEMBRO SUPLENTE: CRM/BA Nº:

MEMBRO SUPLENTE: CRM/BA Nº:

MEMBRO SUPLENTE: CRM/BA Nº:

MEMBRO SUPLENTE: CRM/BA Nº:

MEMBRO SUPLENTE: CRM/BA Nº:

**OBSERVAÇÕES**: