



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

R. dos Timbiras, 1200 - Funcionários - 30140-064 - Belo Horizonte/MG

www.crmmg.org.br – medicos@crmmg.org.br

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

Dr(a).

CRMMG n°

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)
 Carimbo Médico **SEM** número de controle (Para carimbo com número de Controle, acessar o menu Médico > [Controle Eletrônico de Carimbo](#))
 Receituário Diploma Certificado de Especialista

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 em: www.crmmg.org.br > Institucional > Delegacias > Regionais) ou digitalizado e encaminhado por e-mail para medicos@crmmg.org.br.