



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

R. dos Timbiras, 1200 - Funcionários - 30140-064 - Belo Horizonte - MG  
[www.crmmg.org.br](http://www.crmmg.org.br) – [medicos@crmmg.org.br](mailto:medicos@crmmg.org.br)

**REQUERIMENTO DE REGISTRO DE ESPECIALISTA**

Nome: \_\_\_\_\_ CRMMG: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES! Leia atentamente antes de preencher o requerimento e encaminhar ao CRMMG:**

- 1- É **imprescindível** o envio/apresentação da Carteira Profissional de Médico original para Registro e Anotação de Especialidade. Não pode ser encaminhada cópia, mesmo que autenticada.
- 2- Em caso de registro de mais de uma especialidade ou área de atuação, é necessário apresentar **um requerimento para cada registro**, assim como a documentação complementar.
- 3- Em caso de envio pelos Correios é **imprescindível** que a cópia dos documentos seja frente e verso e esteja autenticada em cartório.
- 4- O registro por análise curricular **somente** é realizado para médicos formados antes de 15/04/1989.

**Objeto deste requerimento:**

- Registro de Qualificação de Especialista em: \_\_\_\_\_  
 Área de Atuação: \_\_\_\_\_
- 2ª Via de Certificado de Especialista em: \_\_\_\_\_
- Anotação de Especialista obtido no CRM \_\_\_\_ (Estado) em \_\_\_\_\_  
(Especialidade/Área de Atuação)

**Documento(s) apresentado(s) para registro:**

- Certificado de Conclusão da Residência Médica credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica (definitivo), **OU**
- Título de Especialista expedido pela Associação Médica Brasileira (Sociedade respectiva à especialidade requerida), **OU**
- Outros, no caso de **documentos e condições anteriores a 15 de abril de 1989** (Para Análise Curricular realizada pela Comissão de Qualificação de Especialistas).

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**

End. Residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

End. Comercial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:**  Residencial  Comercial

Autoriza o fornecimento de endereços a Entidades Médicas e divulgação no Portal do CFM:  **SIM**  **NÃO**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Recebi os documentos abaixo em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carteira  Certificado de Especialista

Certidão (Anotação de outra UF)

Ass.: \_\_\_\_\_

Por procuração (Autorização formal do médico)

**AUTORIZO** a devolução do(s) documento(s) solicitado(s) para o endereço de correspondência assinalado acima (**Somente interior onde não há Regional do CRMMG**).

\_\_\_\_\_  
Assinatura