



CRMMG - SETOR DE REGISTRO DE MÉDICOS REQUERIMENTO DE SERVIÇOS DIVERSOS

R. dos Timbiras, 1200 - Funcionários – 30140-064 - Belo Horizonte/MG
www.crmmg.org.br – medicos@crmmg.org.br

Nome: _____ CRMMG: _____

ATENÇÃO! É obrigatório o envio da **CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO** (tipo livro) original para solicitação dos serviços abaixo!

Reinscrição do Exercício da Medicina **Primária**

por Transferência **Secundária** →

Nestes casos, o médico deverá solicitar previamente a autorização do CRM onde possui Inscrição Principal ativa.

Transformação da Secundária em Transferência →

CANCELAMENTO de Inscrição por motivo de _____

Averbação do Estado Civil e/ou mudança de nome

Averbação da nacionalidade

2ª via da Cédula de Identidade Médica – CIM

2ª via da Carteira Profissional de Médico – CPM

Anotação da condição de Médico Militar

Cancelamento da condição de Médico Militar

ENDEREÇO E CONTATO:

End. Residencial: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Fone: (____) _____ Celular: (____) _____

End. Comercial: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Fone: (____) _____ Fone: (____) _____

E-mail: _____

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: Residencial Comercial

Autoriza a divulgação do Endereço Comercial no Portal do CFM? **SIM** **NÃO**

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de 20____
Local Data

Assinatura

Recebi os documentos abaixo em: ____/____/20____

Carteira

Cédula

Outros: _____

Ass.: _____

Por procuração

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