



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

R. dos Timbiras, 1200 - Funcionários - 30140-060 - Belo Horizonte - MG

[www.crmmg.org.br](http://www.crmmg.org.br) – [medicos@crmmg.org.br](mailto:medicos@crmmg.org.br)

## REQUERIMENTO PARA TRANSFERÊNCIA E TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

Eu, Dr(a). \_\_\_\_\_, médico(a)

inscrito(a) no CRMMG sob o nº \_\_\_\_\_, solicito transferência para o CRM \_\_\_\_\_, no qual já possuo inscrição secundária. Declaro estar **ciente** das obrigações e implicações referentes à **TRANSFORMAÇÃO DE INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA EM TRANSFERÊNCIA:**

1. Comparecer ao CRM no qual já possuo inscrição SECUNDÁRIA para efetivar a transformação da minha inscrição secundária em primária;
2. O prazo para transformação é de 45 (quarenta e cinco) dias.
3. A transformação de inscrição dar-se-á mediante requerimento por escrito e apresentação da Carteira Profissional de Médico (couro verde).
4. Não faço parte do Corpo Clínico de estabelecimentos de saúde no estado de Minas Gerais e não exerço cargo de Diretoria Técnica ou Clínica.

**ATENÇÃO:** O não cumprimento das obrigações no prazo indicado implicará a devolução do certificado de regularidade para o CRMMG e a permanência da **inscrição primária ativa** no CRMMG.

(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](http://www.crmmg.org.br) > Institucional > Delegacias > Regionais) ou digitalizado e encaminhado por e-mail para [medicos@crmmg.org.br](mailto:medicos@crmmg.org.br).