



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

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA EM OUTRO ESTADO

Eu, Dr(a). _____, médico(a)
inscrito(a) no CRMMG sob o nº _____, solicito Certificado de Regularidade para **Inscrição Secundária** em _____ (estado).

E-mail de contato:

Declaro estar ciente das obrigações e implicações referentes à INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA:

- 1. Manter sempre atualizado o endereço em ambos Conselhos;**
- 2. Efetuar o pagamento das anuidades em todos os Estados onde mantiver inscrição ativa;**
- 3. Do prazo de 45 (quarenta e cinco) dias OU 31/12, conforme data de validade constante no Certificado, para efetivação da inscrição secundária a partir do recebimento do mesmo no e-mail acima informado;**
- 4. Que o CANCELAMENTO da Inscrição Secundária, dar-se-á somente mediante requerimento por escrito, quitação da anuidade e apresentação da Carteira Profissional de Médico.**

(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.