



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 TRANSFERÊNCIA

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

E-mail de contato:

Fui orientado a comparecer no CRM de destino para efetivar a transferência no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias ou até 31/12, conforme data de validade constante no Certificado, a partir do recebimento do mesmo no e-mail acima informado.

Declaro que 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 > Institucional > Delegacias > Regionais) ou digitalizado e encaminhado por e-mail para medicos@crmmg.org.br.