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 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 do Estado , sob o nº , no qual já possuo inscrição secundária ativa. 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 ou até 31/12, de acordo com informação constante no Certificado de Regularidade.**
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.**

E-mail de contato:

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.