



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

Eu _____

Médico (a) inscrito (a) no CRM-_____ sob o nº _____ solicito **INSC. SECUNDÁRIA** para o CRM-_____ e declaro perante este conselho, estar plenamente ciente que a solicitação ora requerida, só será efetuada nas seguintes condições:

Para Secundária

- a) Efetuar o pagamento das anuidades nos respectivos CRM's, mesmo não atuando profissionalmente em um dos Estados, enquanto mantiver estes registros;
- b) Manter os meus endereços atualizados;
- c) Após o envio do Certificado de Regularidade por este Conselho, terei que comparecer em até 45 dias no conselho de destino para efetivar minha inscrição;
- d) O não comparecimento ao CRM de destino no prazo de 45 dias, incidirá na devolução do Certificado de Regularidade, tornando o pedido de secundária nulo;
- e) Para obter o CANCELAMENTO da minha inscrição secundária, deverei estar quite com o pagamento da anuidade, bem como formalizar o pedido por escrito, apresentando minha Identidade Médica e a Carteira Profissional de Médico (Livro Verde).

Estou ciente, ainda, que:

- a) Terei que comparecer em até 45 dias para efetivar a inscrição no CRM de destino, após o envio do Certificado de Regularidade.
- b) O não comparecimento ao CRM de destino no prazo de 45 dias, incidirá na devolução do Certificado de Regularidade, tornando o pedido nulo, voltando a situação de inscrição no CRM de origem.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura



CREMERN

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Av. Rio Branco, 398 – Cidade Alta – CEP 59.025-001 - Natal / RN
Fone/Fax: (84) 4006-5314 / 4006-5312 e-mail: atendimento@cremern.org.br