



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

Eu _____

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

Para Transferência

- a) Estar quite com o pagamento da anuidade neste Conselho;
- b) Não estar respondendo a processo ético;
- c) Não possuir registro como Responsável Técnico;
- d) Não fazer parte de corpo clinico de nenhum estabelecimento;

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 à 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