

CRMMG - SETOR DE REGISTRO DE MÉDICOS

REQUERIMENTO DE PRAZO DE 90 DIAS

Sr. Presidente do. CRMMG, o(a) médico(a) abaixo assinado(a), inscrito no CRM _____, sob o nº _____, vem requerer a V.Exa. que lhe conceda autorização para exercer a medicina neste Estado, pelo prazo de Lei, com fundamento no Artigo 18, parágrafos 1º e 2º da Lei 3.268/57. **(favor preencher com letra de forma e legível)**

Nome (completo):		
CPF	Data de Nascimento: / /	Natural de:
Nome do Pai (completo):		
Nome da Mãe (completo):		

Endereço Residencial	
Logradouro:	
Número/ Complemento:	Bairro:
Cidade/UF:	CEP
Telefone (DDD)	Celular (DDD)
E-mail pessoal:	

Endereço Comercial	
Logradouro:	
Número/ Complemento:	Bairro:
Cidade/UF	CEP
Telefone (DDD)	Email comercial:

Faculdade/Universidade:	Data de Formatura:
Finalidade:	

Nestes termos, pede deferimento.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20____

Assinatura do(a) Médico(a)

Digital

RECEBI CARTEIRA EM ____/____/20____	AUTORIZO - Enviar para o endereço _____:
Ass.: _____	Ass.: _____

ANOTAÇÕES - PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO SETOR:

Autorizado exercício da medicina no estado de Minas Gerais até ____/____/____, conforme anotado às folhas ____ de sua carteira de Identidade Médica, originária do CRM ____ OF SRM nº _____, ao CRM ____ comunica Prazo. OF SRM nº _____ envia a Carteira _____

PROTOCOLO nº : _____	Data: ____/____/20____
Assinatura:	