



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

R. dos Timbiras, 1200 - Funcionários - 30140-060 - Belo Horizonte - MG

[www.crmmg.org.br](http://www.crmmg.org.br) – [medicos.crmmg@portalmedico.org.br](mailto:medicos.crmmg@portalmedico.org.br)

## REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA EM OUTRO ESTADO

Eu, Dr(a). \_\_\_\_\_, médico(a)  
inscrito(a) no CRMMG sob o nº \_\_\_\_\_, solicito Certificado de Regularidade para **Inscrição Secundária** em \_\_\_\_\_ (estado).

E-mail de contato:

Declaro estar ciente das obrigações e implicações referentes à INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA:

- 1. Manter sempre atualizado o endereço em ambos Conselhos;**
- 2. Efetuar o pagamento das anuidades em todos os Estados onde mantiver inscrição ativa;**
- 3. Do prazo de 45 (quarenta e cinco) dias OU 31/12, conforme data de validade constante no Certificado, para efetivação da inscrição secundária a partir do recebimento do mesmo no e-mail acima informado;**
- 4. Que o CANCELAMENTO da Inscrição Secundária, dar-se-á somente mediante requerimento por escrito, quitação da anuidade e apresentação da Carteira Profissional de Médico.**

\_\_\_\_\_  
(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](http://www.crmmg.org.br) > Institucional > Delegacias > Regionais) ou digitalizado e encaminhado por e-mail para [medicos.crmmg@portalmedico.org.br](mailto:medicos.crmmg@portalmedico.org.br).