



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@portalmedico.org.br

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE ESPECIALISTA

Nome: _____ CRMMG: _____

INFORMAÇÕES IMPORTANTES! Leia atentamente antes de preencher o requerimento e encaminhar ao CRMMG:

- 1- É **imprescindível** o envio/apresentação da Carteira Profissional de Médico original para Registro e Anotação de Especialidade. Não pode ser encaminhada cópia, mesmo que autenticada.
- 2- Em caso de registro de mais de uma especialidade ou área de atuação, é necessário apresentar **um requerimento para cada registro**, assim como a documentação complementar.
- 3- Em caso de envio pelos Correios é **imprescindível** que a cópia dos documentos seja frente e verso e esteja autenticada em cartório.
- 4- O registro por análise curricular **somente** é realizado para médicos formados antes de 15/04/1989.

Objeto deste requerimento:

- Registro de Qualificação de Especialista em: _____
 Área de Atuação: _____
- 2ª Via de Certificado de Especialista em: _____
- Anotação de Especialista obtido no CRM ____ (Estado) em _____
(Especialidade/Área de Atuação)

Documento(s) apresentado(s) para registro:

- Certificado de Conclusão da Residência Médica credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica (definitivo), **OU**
- Título de Especialista expedido pela Associação Médica Brasileira (Sociedade respectiva à especialidade requerida), **OU**
- Outros, no caso de **documentos e condições anteriores a 15 de abril de 1989** (Para Análise Curricular realizada pela Comissão de Qualificação de Especialistas).

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

End. Residencial: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Tel.: (____) _____ Celular: (____) _____

End. Comercial: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Tel.: (____) _____ Celular: (____) _____

E-mail: _____

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: Residencial Comercial

Autoriza o fornecimento de endereços a Entidades Médicas e divulgação no Portal do CFM: **SIM** **NÃO**

_____, _____ de _____ de 20____
Local Data

Assinatura

Recebi os documentos abaixo em: ____/____/____

Carteira Certificado de Especialista

Certidão (Anotação de outra UF)

Ass.: _____

Por procuração (Autorização formal do médico)

AUTORIZO a devolução do(s) documento(s) solicitado(s) para o endereço de correspondência assinalado acima (**Somente interior onde não há Regional do CRMMG**).

Assinatura