



**CRMMG - SETOR DE REGISTRO DE MÉDICOS  
REQUERIMENTO DE SERVIÇOS DIVERSOS**

R. dos Timbiras, 1200 - Funcionários - 30140-064 - Belo Horizonte - MG  
[www.crmmg.org.br](http://www.crmmg.org.br) – [medicos.crmmg@portalmedico.org.br](mailto:medicos.crmmg@portalmedico.org.br)

Nome: \_\_\_\_\_ CRMMG: \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO! É obrigatório** o envio da **CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO** (couro verde) original para solicitação dos serviços abaixo!

- Reinscrição do Exercício da Medicina  **Primária**  
 **por Transferência**  **Secundária** →
- Transformação** da Secundária em Transferência →
- CANCELAMENTO de Inscrição por motivo de \_\_\_\_\_
- Averbação do Estado Civil e/ou mudança de nome
- Averbação da nacionalidade
- 2ª via da Cédula de Identidade Médica – CIM
- Anotação da condição de Médico Militar  Cancelamento da condição de Médico Militar

Nestes casos, o médico deverá solicitar previamente a autorização do CRM onde possui Inscrição Principal ativa.

**ENDEREÇO E CONTATO:**

**End. Residencial:** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_

**CEP:** \_\_\_\_\_ **Fone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**End. Comercial:** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_

**CEP:** \_\_\_\_\_ **Fone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Fone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:**  Residencial  Comercial  
Autoriza a divulgação do Endereço Comercial no Portal do CFM?  **SIM**  **NÃO**

Tipo Sanguíneo \_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
Local Data

Assinatura

Recebi os documentos abaixo em: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Carteira  Cédula

Outros: \_\_\_\_\_

**Ass.:** \_\_\_\_\_

Por procuração

**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