

CRMMG – SETOR DE REGISTRO DE MÉDICOS

TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

Eu, Dr(a) _____, médico(a) inscrito(a) neste Conselho, sob o nº _____, declaro estar **ciente** das obrigações e implicações referentes a ***INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA***:

1. **Manter sempre atualizado o endereço nos Conselhos;**
2. **Efetuar o pagamento das anuidades nos Estados onde mantiver inscrição Secundária;**
3. **O CANCELAMENTO da Inscrição Secundária, dar-se-á mediante requerimento por escrito e apresentação da Carteira Profissional de Médico.**

Belo Horizonte, _____/_____/_____

Assinatura
