**SOLICITAÇÃO DE**

**TRANSFERÊNCIA**

Eu, ­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, médico(a) inscrito(a) no CRM MS sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito **TRANSFERÊNCIA** para o CRM do estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e declaro perante este Conselho, estar plenamente ciente que a solicitação ora requerida, só será efetuada nas seguintes condições:

**PARA TRANSFERÊNCIA**

a) Devolver a cédula de identidade médica (se for CRM DIGITAL não precisa devolver)

b) Estar quite com o pagamento da anuidade neste Conselho;

c) Não estar respondendo a sindicância nem processo ético;

d) Não possuir registro como Responsável Técnico de empresa.

.

**Condições para deferimento da sua Transferência para outra UF**: No caso de pendência financeira, se não for resolvida em até 30(trinta) dias, este pedido perderá a validade; caso faça parte do corpo clínico e/ou for diretor(a) técnico(a) de alguma empresa registrada neste CRM MS, deverá solicitar seu desligamento, por escrito.

Estou ciente, ainda, que:

1. O Certificado de regularidade será enviado para o CRM destino no prazo de 5 dias úteis;
2. A validade do Certificado de Regularidade é de **45 dias.**
3. O não comparecimento ao CRM destino no prazo de 45 dias incidirá na devolução do Certificado de Regularidade, tornando o pedido nulo, voltando a situação de inscrição no CRM de origem.

­­Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO

TESOURARIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROCESSOS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SINDICÂNCIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_REGISTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_