



**CRM-MS**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

## SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

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

- a) Efetuar o pagamento das anuidades nos respectivos Conselhos, mesmo não atuando profissionalmente em um dos Estados, enquanto mantiver estes registros;
- b) Manter endereço atualizado;
- c) Para obter o CANCELAMENTO da minha inscrição secundária, deverei estar quite com o pagamento da anuidade, bem como formalizar o pedido por escrito, apresentando minha Identidade Médica e a Carteira Profissional de Médico(livro verde).

**Condições para deferimento:** Estar quite com a tesouraria e ter registro primário neste CRM MS. No caso de pendência financeira, se não for resolvida em até 30(trinta) dias este pedido perderá a validade.

Estou ciente, ainda, que:

- a) O Certificado de regularidade será enviado para o CRM destino no prazo de 3 dias úteis;
- b) O médico(a) deve comparecer em até **45 dias** para efetivar a inscrição no CRM de destino, após o envio, do Certificado de Regularidade;
- c) 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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura