



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

Departamento de Registro

REQUERIMENTO – TRANSFERÊNCIA/ SECUNDÁRIA

CRM-DF Nº _____

NOME: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____

CEP: _____ - TEL: (____) _____ CELULAR: (____) _____

E-MAIL _____

() **SECUNDÁRIA PARA CRM** - _____
UF

OBS: Ficará mantido seu registro neste CRM/DF, gerando débitos correspondentes a “**Inscrição Primária**”;

Protocolado o pedido neste Conselho, o médico deverá procurar o CRM de **destino** após 10 dias corridos para efetivar o registro; e terá o prazo de 45 (quarenta e cinco) dias para efetivar o registro, caso contrário, o documento perderá a validade e o CRM de destino devolverá o **Certificado de Regularidade** (autorização) para este Regional.

Condições para deferimento:

Estar quite com a tesouraria e ter registro primário neste CRM/DF. OBS: No caso de pendência financeira, se não for resolvida em até 60 (sessenta) dias este pedido perderá a validade.

() **TRANSFERÊNCIA PARA CRM** - _____ () Já Possuo Secundária Ativa nesta UF
UF

OBS: Protocolado o pedido neste Conselho, o médico deverá procurar o CRM de **destino** após 10 dias corridos para efetivar o registro; e terá o prazo de 45 (quarenta e cinco) dias para efetivar o registro, caso contrário, o documento perderá a validade e o CRM de destino devolverá o **Certificado de Regularidade** (autorização) para este Regional.

Condições para deferimento:

Estar quite com a tesouraria deste CRM/DF - OBS: No caso de pendência financeira, se não for resolvida em até 60 (sessenta) dias este pedido perderá a validade; Não ter processo ético e/ou sindicância em andamento envolvendo seu nome; caso faça parte do corpo clínico e/ou for diretor técnico de alguma empresa registrada neste CRM/DF, deverá solicitar seu desligamento, por escrito; por fim, sua solicitação só será aceita, se seu registro for primário neste CRM/DF.

Solicito desligamento do cargo de Diretor técnico do

(a) _____

Registro da PJ nº _____.

Solicito exclusão do corpo clínico do (a) _____

Registro da PJ nº _____.

Brasília-DF, ____/____/____

Assinatura