

**Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul**

C R E M E R S

Av. Princesa Isabel, 921 - Fone 3219-7544 - Caixa Postal 352 - 90620-001 - Porto Alegre - RS - Brasil.

Internet (e-mail): cremers@cremers.org.br

PROTOCOLO

Nº _____

DATA DA ENTREGA

____/____/____

REQUERIMENTO DE SERVIÇOS DIVERSOS – PESSOA FÍSICA

Nome do médico (a): _____ CRM: _____

RG: _____ Data de emissão: ____/____/____ Órgão Emissor: _____ UF: _____

CPF: _____ Título de Eleitor: _____ Zona: _____ Seção: _____ UF: _____

End. Resid: _____ Nº: _____ Apto: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Tel. () _____ Celular() _____ E-mail Pessoal: _____

End. Comercial: _____ Nº: _____ Apto: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Tel. () _____ Celular() _____ E-mail Comercial: _____

- Transferência para o CRM _____
- Secundária para o CRM _____
- Estou ciente que deverei comparecer no CRM de destino no prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias sob pena de devolução do Certificado de Regularidade.

- 2ª Via de Carteira Profissional de Médico
- 2ª Via Cédula de Identidade Médica
(Obrigatória cópia do RG, CPF e Título de Eleitor).

- Visto Provisório de 90 dias
- Reinscrição:
() Primária () Secundária () Transferência
- Transformação de inscrição Secundária em Primária
- Cancelamento de inscrição por motivo de: _____
- Registro de Qualificação de Especialista
em: _____
- Registro de Área de Atuação
em: _____

- 2ª via de Certificado de Especialista (RQE)
- Certidão de Jubilamento
- Certidão de Inscrição
- Certidão de Regularidade
- Declaração de Quitação
- Atualização de Endereço
- Apostila/Apresentação de Diploma
- Apresentação de Boletim de Ocorrências
- Averbação do Estado Civil e/ou mudança de nome
- Entrega de Carteira para:

- Parcelamento da(s) anuidade(s) referente ao(s) exercícios(s) _____ em _____ vezes
- Isenção
- Retificação
- Outros

Retira Documentação Em:

- () Sede do CREMERS
- () CRM: _____
- () Delegacia Seccional: _____

OBSERVAÇÕES:

Nestes termos, pede deferimento,

Porto Alegre ____/____/____

Assinatura do Médico (a)

Assinatura do Funcionário