



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

SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

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

- 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.

Condições para deferimento: 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:

- 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