



CREMESE
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO SERGIPE

Rua Boquim, nº589 - Centro - CEP 49010-280 - Aracaju / Sergipe

Tel.: (79) 3212-0700 - Home page: www.cremese.org.br

E-mail: registro@cremese.org.br / protocolo@cremese.org.br

Nome do (a) Médico (a): _____ CRM nº: _____

OBJETO DESTE REQUERIMENTO

☐ **Transferência para o CRM:** _____

ESTOU CIENTE QUE AO SOLICITAR a **Transferência** - deverei comparecer no CRM de destino no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, sob pena de devolução da liberação.

☐ **Secundária para o CRM:** _____

ESTOU CIENTE QUE AO SOLICITAR a **Secundária** - implicará no pagamento de anuidades em ambos Regionais e que devo comparecer no CRM de destino no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, sob pena de devolução da liberação.

Dados Pessoais

Tipo Sanguíneo: _____ **Fator RH:** _____
Endereço Residencial: _____ **Bloco:** _____ **Apartamento:** _____
Bairro: _____ **Cidade:** _____ **UF:** _____ **CEP:** _____
Fone: () _____ **Celular:** () _____
E-mail Pessoal: _____

Endereço Comercial: _____ **Bairro:** _____
Cidade: _____ **UF:** _____ **CEP:** _____
Fone: () _____ **Celular:** () _____
E-mail Comercial: _____

Nestes termos, pede deferimento,

_____/_____/_____
Data

Assinatura do (a) Médico (a)