



CREMERJ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

Eu, _____, médico(a) inscrito(a) primeiramente no CRM nº 52._____, declaro perante este **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, estar plenamente ciente de que a **INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA** ora requerida para o CRM (Estado) _____ ensejará a observância das seguintes condições:

- a) Estar quite com o pagamento da anuidade neste Conselho;
- b) Efetuar o pagamento das anuidades nos respectivos CRMs, mesmo não atuando profissionalmente em um dos Estados, enquanto mantiver a(s) inscrição(ões) secundária(s) ativa(s);
- c) Manter os meus endereços atualizados;
- d) Após o envio do Certificado de Regularidade por este Conselho, terei que comparecer em até 30 dias no Conselho de destino para efetivar minha inscrição;
- e) O não comparecimento ao CRM de destino no prazo de 30 dias, incidirá na devolução do Certificado de Regularidade, tornando o pedido de secundária nulo;
- f) 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 Carteira Profissional de Médico (tipo livro);

Rio de Janeiro, ___/___/_____

Assinatura