



REQUERIMENTO DE SERVIÇOS DIVERSOS – PESSOA FÍSICA – CREMEGO

NOME: _____ CRM Nº _____

END. RESIDENCIAL: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____

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

E-MAIL: _____

CORRESPONDÊNCIA: () SIM () NÃO

() **TRANSFERÊNCIA AO CRM - _____**
UF

Obs.: Ficará cancelado seu registro neste CREMEGO, ficando impedido de atuar no estado de Goiás; Protocolizado o pedido neste CREMEGO, o médico deverá contatar o CRM de destino após 10 dias corridos para efetivar o registro.

Condições:

- a) Estar quite com a anuidade e eventuais taxas neste Regional;
- b) Não estar respondendo a procedimentos éticos;
- c) Não fazer parte de Corpo Clínico e/ou responder como Diretor Técnico de alguma Instituição pública/privada;
- d) A inscrição ser do tipo “principal” neste Regional;
- e) Após o envio do Certificado de Regularidade por este Regional, deverei comparecer em até 45 (quarenta e cinco) dias ao Regional de destino para efetivar minha inscrição;
- f) O não comparecimento ao Regional de destino no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, incidirá na devolução do Certificado de Regularidade, tornando o pedido de transferência nulo, continuando a situação de inscrição “principal” ativa neste Regional;

Solicito desligamento do cargo de Diretor Técnico do(a) _____
Registro da PJ nº _____.

Solicito exclusão do corpo clínico do(a) _____
Registro da PJ nº _____.

Solicito exclusão do corpo clínico do(a) _____
Registro da PJ nº _____.

Goiânia-GO, ____/____/____

ASSINATURA