

REQUERIMENTOS DIVERSOS

Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Medicina do Amazonas ou (_____)

Dr(a) _____

Nome do médico

Inscrito neste Conselho sob o nº _____, vem pelo presente solicitar a V. Sa. que se digne conceder-lhe o abaixo indicado:

- () Apostilar em : () Militar () Militar e Civil () Militar Convocado
() Cancelamento de inscrição devido a _____
() Certidão de Quitação e Inscrição () Certidão Ético-Profissional, solicitada pelo próprio profissional
() Certidão _____
() Inscrição Primária () Inscrição Por Transferência () Inscrição Secundária
() Reinscrição do exercício da medicina em ____/____/____
() Visto provisório por _____
() Outros _____
() Registro de qualificação de especialista _____
() Cédula de identidade médica (Doc.Anexo) () Carteira profissional de médico (Doc. Anexo)
() Visto temporário médico estrangeiro

Mudança de estado civil (certidão anexa):

- () Casado () Separação Consensual () Divorciado () Viúvo () Solteiro
() Mudança de nome (documento anexo) () Mudança de nacionalidade (documento anexo)
() Mudança de categoria (documento anexo)
() Mudança de endereço () Residencial () Consultório

Residência: _____

Bairro: _____ fone(s) _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

E-mail: _____

Consultório: _____

Bairro: _____ fone(s) _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

E-mail: _____

Tipo Sanguíneo _____ Fator RH _____

- () Doador de Órgãos e Tecidos
() Não Doador de Órgãos e Tecidos
() Sim concordo com a liberação dos meus endereços a terceiros
() Não concordo com a liberação dos meus endereços a terceiros

Nestes Termos,
Pe. Deferimento.

Manaus, _____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CREMAM
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAZONAS

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSOS FINANCEIROS

Eu, Dr.(a) _____ médico(a) inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina sob nº _____, **declaro que fui devidamente informado que:**

(Rubricar em cada uma das linhas)

- _____ Devo comunicar ao CRM-AM qualquer mudança de endereço Residencial e comercial;
- _____ Devo solicitar cancelamento de inscrição quando deixar de exercer atividades médicas nesta jurisdição;
- _____ Sou obrigado(a) ao pagamento da anuidade até dia 31 de março do ano a que se destina, conforme Legislação em vigor;
- _____ Sou obrigado(a) ao pagamento da anuidade vigente quando da solicitação de transferência para outro regional;
- _____ Sou obrigado(a) ao pagamento das anuidades geradas após afastamento desta jurisdição, caso não informe o CRM-AM;
- _____ Em caso de inadimplência nas anuidades estou sujeito(a) a Execução Fiscal e inclusão dos débitos na Dívida Ativa da União, e a procedimento disciplinar por irregularidade para o exercício profissional. (Res. CFM. 1607/2000).

Manaus _____, de _____ de _____

Assinatura do Médico