



**CRM-MA**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO MARANHÃO

## REQUERIMENTO DE SERVIÇOS DIVERSOS - PESSOA FÍSICA

Nome do(a) médico(a): \_\_\_\_\_

CRM nº: \_\_\_\_\_

Transferência. Sigla do estado de destino: \_\_\_\_\_

Inativa a inscrição no Maranhão e mantém ativa apenas a inscrição no Conselho de destino. É necessário quitar a anuidade do ano corrente no CRM-MA. No CRM de destino não será necessário pagar a anuidade do ano corrente.

Secundária. Sigla do estado de destino: \_\_\_\_\_

Manterá ativa sua inscrição no Maranhão e também no estado de destino. Todos os anos serão geradas anuidades individuais para cada CRM ativo.

**Cancelamento de Inscrição SECUNDÁRIA.** Declaro que não faço parte do Corpo Clínico ou exerço cargo de Diretoria Clínica/Técnica em estabelecimentos de saúde no estado do Maranhão.

Outros (especificar): \_\_\_\_\_

**ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES ACIMA  
(digite "X" na caixa de seleção)**

Para solicitar VISTO PROVISÓRIO ou R.Q.E (Registro de Especialidade),  
consulte o nosso Catálogo de Serviços:

**ACESSE O CATÁLOGO CLICANDO AQUI**

### DADOS PESSOAIS

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço de e-mail: \_\_\_\_\_

Nestes termos, pede deferimento,

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do médico \*

\* caso não possua assinatura digital, o documento deverá ser impresso e assinado manualmente

Para que sua solicitação seja atendida, envie este requerimento  
(devidamente preenchido e assinado) para o e-mail:

**REGISTROMEDICO@CRMMA.ORG.BR**