



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC

<b>REQUERIMENTO DE SERVIÇOS DIVERSOS PESSOA FÍSICA</b>	Protocolo
--	-----------

Eu, Dr. (a) \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

**OBJETO DESTES REQUERIMENTO**

Certificado de Regularidade:  Transferência para outra UF  Secundária Estado \_\_\_\_\_

Cancelamento de inscrição por motivo de: \_\_\_\_\_

Solicito que minha Carteira Profissional seja devolvida no endereço abaixo após o cancelamento.

Averbação do estado civil e/ou mudança de nome

1ª via Cartão Digital  2ª via Cartão Digital

Comunica extravio/perda de: \_\_\_\_\_

Registro de qualificação de Especialidade em: \_\_\_\_\_

Área de atuação em: \_\_\_\_\_

2ª via de Certificado de Especialista

Outros \_\_\_\_\_

Nestes termos, pede deferimento,

Local e data

Assinatura do(a) Requerente

**Dados Pessoais**

**DOADOR DE ORGÃOS E TECIDOS: SIM( ) NÃO( )**

**Endereço Residencial:** \_\_\_\_\_

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

CEP: \_\_\_\_\_ Fone/Celular \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Endereço Comercial:** \_\_\_\_\_

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

CEP: \_\_\_\_\_ Fone Comercial: \_\_\_\_\_

**Endereço para correspondência: ( ) Residencial ( ) Comercial**

Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Data de expedição: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Título Eleitoral: \_\_\_\_\_

Zona: \_\_\_\_\_ Seção \_\_\_\_\_ Tipo sanguíneo \_\_\_\_\_ Fator RH: \_\_\_\_\_