

AO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE PE - CREMEPE

Eu, _____
__ CRM_____, solicito inscrição SECUNDÁRIA para o CRM do Estado
____(UF).

OBS: Declaro ainda estar ciente que deverei comparecer no CRM de destino de posse do Certificado de Regularidade originado desta solicitação no prazo de (45) dias sob pena de devolução do respectivo documento.

Recife, ____ de _____ de _____

CREMEPE N.º