



TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO PARA INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

Eu, _____
médico(a) inscrito(a) primariamente no CRM do estado de _____,
declaro perante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul estar
plenamente ciente de que a INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA ora requerida ensejará a observância
das seguintes condições:

- a) Manter os endereços atualizados.
- b) Efetuar o pagamento das anuidades nos CRMs, enquanto mantiver estes registros.
- c) Que a incidência da anuidade está condicionada ao efeito registro, isto é, independente se o médico vem exercendo ou não a profissão no estado respectivo.

Declaro, outrossim, ter sido cientificado de que para obter o CANCELAMENTO da inscrição ora solicitada deverei estar quite com CRM do Estado do Rio Grande do Sul, bem como deverei formalizar o pedido por escrito, apresentando minha Carteira Profissional de Médico.

Porto Alegre, ____/____/____

Assinatura
