



**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 CRM's, enquanto mantiver ativo 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 plenamente quite com o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, bem como deverei formalizar o pedido por escrito, apresentando minha Carteira Profissional de Médico (livreto verde).

Porto Alegre, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura