



CREMERJ

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Eu _____, CRM nº 52- _____ venho expressamente solicitar ao CREMERJ o CANCELAMENTO da minha Inscrição neste Conselho.

- CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA
- CANCELAMENTO POR AUSÊNCIA DO PAÍS
- CANCELAMENTO DO EXERÍCIO DA MEDICINA
- CANCELAMENTO POR INVALIDEZ

Declaro estar ciente que deverei apresentar/enviar minha Carteira Profissional Médica (Capa Verde) para que possam averbar o cancelamento e finalizar o processo.

CREMERJ:

a/c: Registro Médico Pessoa Física
Praia de botafogo, 228/ lj 119B
Botafogo- Rio de Janeiro/RJ
CEP:22250-145

Obs: A Carteira Livro poderá ser entregue no CREMERJ através de um portador devidamente autorizado.

_____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Médico(a)