

PESSOA FÍSICA

TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

Eu, _____,
médico(a) inscrito primariamente no CRM- ____, declaro perante o CONSELHO REGIONAL DE
MEDICINA DO PARANÁ estar plenamente ciente de que a INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA ora
requerida ensejará a observância das seguintes condições:

- a) Manter os meus 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, independe 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 o CRM-PR, bem como deverei formalizar o pedido
por escrito, apresentando minha carteira profissional de médico.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do médico