



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

---

**SOLICITAÇÃO DE REATIVAÇÃO COM TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA UF**

Eu Dr (a) \_\_\_\_\_ CRM - SC \_\_\_\_\_, portador do CPF  
\_\_\_\_\_ solicito a reativação da minha inscrição principal, com imediata transferência  
para o CRM \_\_\_\_\_.

Florianópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico