



**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