

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

# **MANUAL DE PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS PESSOA FÍSICA**

---

**VERSÃO – 2<sup>a</sup> DE 2025**

---

CFM  
Brasília – DF  
2025

© 2025 – Conselho Federal de Medicina - Manual de Procedimentos Administrativos Pessoa Física – Versão 2<sup>a</sup> de 2025

SGAS 616, Conjunto D, Lote 115, L2 Sul,

Brasília/DF – CEP: 70200-760

Fone: (61) 3445 5900

Site: [www.portalmedico.org.br](http://www.portalmedico.org.br)

e-mail: [cfm@portalmedico.org.br](mailto:cfm@portalmedico.org.br)

**Copidesque e revisão:** Tikinet

**Supervisão editorial:** Goethe Ramos de Oliveira

**Projeto gráfico e editoração:** Gráfica Qualidade

Catalogação na fonte: Biblioteca do CFM

**Conselho Federal de Medicina**

Manual de procedimentos administrativos pessoa física: versão 2<sup>a</sup> de 2025 / Conselho Federal de Medicina; Comissão Permanente de Revisão do Manual de Procedimentos Administrativos Pessoa Física e Pessoa Jurídica dos Conselhos de Medicina. – Brasília: CFM, 2025.

308 p.; 13,5cm x 20,5cm

1. Conselhos de Medicina - Procedimentos administrativos. 2. Manuais. 3. Registros institucionais. 4. Empresas médicas. 5. Conselhos de medicina – Normas. I. Título.

CDD 610.69

**COMISSÃO PERMANENTE DE REVISÃO DO  
MANUAL DE PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVO  
DOS CONSELHOS DE MEDICINA**

**Comissão Permanente de Revisão do  
Manual de Procedimentos Administrativo – PF**

**CFM**

**Dr. Alexandre de Menezes Rodrigues - (Secretário-Geral) -  
Coordenador**

Dr. Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti (1<sup>a</sup> Vice-Presidência)  
Adriano de Oliveira Ponce (COADM)  
Luciana Carvalho de Medeiros (SEGDE)  
Marcelo Ferreira Amorim (SEGDE)  
Goethe Ramos de Oliveira (COINF)  
Paulo Roberto Ferreira Guimarães (COINF)  
Eliane de Azevedo Barbosa Veríssimo (DEFIS)  
Valéria de Carvalho Costa (COJUR)

**CRMs**

Silmar Vizcaino – CRM-SP  
Elisangela dos Santos de Oliveira - CRM-BA  
Juliano Batista de Souza Brandão - CRM-MG  
Kátia Cilene Seibert - CRM-ES  
Margareth de Souza do Espírito Santo - CRM-RJ  
Priscilla Goulart Fernandes - CRM-SC  
Michelle da Costa Silva -CRM-DF

**Convidado**

Hiany Teixeira Costa - CRM-CE



## SUMÁRIO

Aspectos jurídicos e legais .....	13
Princípios que devem ser respeitados no atendimento ao público no Sistema Conselhos de Medicina .....	15

### **GUIA E PROCEDIMENTOS DE INSCRIÇÃO DE MÉDICO: TIPO PRINCIPAL**

Definições e características .....	18
Primeira inscrição .....	20
Procedimentos: formados no Brasil e/ou no exterior .....	20
Validação de documentos de identificação .....	23
Observações e informações complementares .....	34
Por transferência (transformação ou reinscrição) .....	36
Procedimentos no CRM de origem .....	36
Procedimentos no CRM de destino .....	39
Reativação .....	44
Cancelamento a pedido .....	44
Não apresentação do diploma .....	45
Decisão judicial .....	47
Reativação com transferência .....	48
Reativação com transferência de inscrição inativa .....	50

### **GUIA E PROCEDIMENTOS DE INSCRIÇÃO DE MÉDICO: TIPO SECUNDÁRIA**

Definições e características .....	53
Inscrição .....	55
Procedimentos do médico .....	55
Procedimentos no CRM de origem .....	56
Procedimentos no CRM de destino .....	56
Observações importantes .....	60
Reinscrição .....	62
Procedimentos do médico .....	62
Procedimentos no CRM de origem .....	63
Procedimentos no CRM de destino .....	63

Documentos necessários.....	64
Observações importantes.....	64

## **GUIA E PROCEDIMENTOS DE INSCRIÇÃO DE MÉDICO: TIPO PROVISÓRIA**

Definições e características.....	66
Inscrição.....	68
Procedimentos .....	68
Transferência.....	70
Procedimentos no médico .....	70
Inscrição secundária .....	71
Procedimentos .....	71
Regularização.....	73
Procedimentos .....	73
Documentos necessários.....	74

## **GUIA E PROCEDIMENTOS DE INSCRIÇÃO DE MÉDICO: TIPO MÉDICO ESTRANGEIRO E AUTORIZAÇÃO ESPECIAL PARA CURSAR PÓS-GRADUAÇÃO PROVISÓRIA**

Definições e características.....	75
Formado no Brasil ou no exterior e com visto temporário.....	77
Procedimentos .....	77
Observações importantes.....	77
Refugiado/asilado político ou territorial.....	79
Procedimentos .....	79
Documentos necessários.....	80
Observações .....	81
Com visto temporário para cumprir contrato de trabalho/a serviço do governo .....	82
Procedimentos .....	82
Documentos necessários.....	83
Observações .....	84
Licença temporária: formados no exterior (sem revalidação do diploma) .....	86
Orientações gerais.....	86
Procedimentos .....	88

Documentos necessários.....	90
Observações .....	90
Autorização especial para médico estrangeiro .....	92
Procedimentos .....	92
Documentos necessários.....	93
<b>GUIA E PROCEDIMENTOS PARA VISTOS TEMPORÁRIOS</b>	
Definições e características.....	95
<b>MODALIDADES DE VISTO</b>	
90 dias Corridos .....	97
Procedimentos dos CRMs.....	97
90 dias fracionados .....	99
Procedimentos .....	99
<b>GUIA E PROCEDIMENTOS: REGISTRO DE QUALIFICAÇÃO</b>	
<b>DE ESPECIALIDADE</b>	
Definições e características.....	101
Registro de especialidade(s) ou área(s) de atuação .....	102
Procedimentos .....	102
Documentos necessários.....	104
Observações .....	108
<b>GUIA E PROCEDIMENTOS: CADASTRAMENTO DE CURSO</b>	
<b>DE PÓS-GRADUAÇÃO</b>	
Cadastro e cursos de pós-graduação lato sensu ou stricto	
sensu .....	111
Procedimentos .....	111
Documentos exigidos .....	112
Observação.....	112
<b>GUIA E PROCEDIMENTOS DE CANCELAMENTO DE</b>	
<b>INSCRIÇÕES E OUTROS SERVIÇOS</b>	
Cancelamento de inscrição .....	114
Motivações .....	114

## **TIPO DE CANCELAMENTOS**

### **PRINCIPAL**

Por motivo particular (aposentadoria, viagem ao exterior, mudança de atividade laborativa e/ou doença incapacitante .....	114
Procedimentos .....	114
Documentos necessários.....	116
Observações .....	116
Por falecimento .....	117
Procedimentos .....	117
Documentos necessários.....	118
Observação.....	118
Por questão judicante .....	118
Procedimentos .....	118
Documento necessário.....	120
Por não apresentação do diploma.....	120
Procedimentos .....	120
Por não apresentação manutenção de liminar.....	122
Procedimentos .....	122
Por vencimento do visto de permanência/residência – estrangeiro .....	123
Procedimentos .....	123

## **CANCELAMENTO INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA POR MOTIVO PARTICULAR**

Por motivo particular (não vai exercer atividade médica no estado.....	125
Procedimentos .....	125
Documentos necessários.....	127
Observações .....	128
Suspensão por determinação judicial.....	128
Procedimentos .....	128

## **ANULAÇÃO**

Anulação de Inscrição.....	130
Procedimentos .....	130
Observação.....	130

## **CADASTRAMENTO DE CONSULTÓRIOS PRIVADOS**

Cadastro de consultórios privados de pessoas físicas .....	131
Procedimentos .....	131
Documentos necessários.....	132

## **OUTROS SERVIÇOS**

Cadastro de PCMSO.....	133
Procedimentos .....	133
Informa TELEMEDICINA.....	135
Procedimentos .....	135
Informa conflito de interesse.....	136
Procedimentos .....	136
Averbação de nome/estado civil/outras .....	137
Procedimentos .....	137
Documentos necessários.....	138
Alteração de nacionalidade.....	138
Procedimentos .....	138
Documentos necessários.....	138
Busca médico .....	139
Cancelamento: CIM, CIC e CPM.....	139
Procedimentos .....	139
Documentos necessários.....	139
Portal de Serviços .....	151
Certidão para Aposentadoria.....	151
Certidão Eleitoral.....	151
Certificado de Especialista.....	151
Certidão de Cancelamento.....	151
Certidão de Especialidades Registradas .....	152
Certidão de Inscrição .....	152
Certidão de Responsabilidade Técnica para PGRSS .....	152
Certidão de Jubilamento .....	152
Certidão Negativa de Conduta Ético-Profissional .....	152
Certidão Negativa de Débitos .....	153
Declaração de Transferência .....	153
Sistema Integrado de Identidade Médica (SIIM) .....	154
Definições e características.....	154
Procedimentos e características .....	157
Certificado de Atributo.....	158

Certificado Digital A3 em nuvem .....	161
Certificado Digital A3 em nuvem – Padrão ICP-Brasil.....	161
Definições e características.....	161
Emissão de Certificado Digital – ICP-Brasil.....	165
Central de verificação .....	189
Anexos .....	196

## Índice de Anexos

<b>Anexo</b>	<b>Descrição do anexo</b>	<b>Pág.</b>
I-a	Portal de serviço: formulário pré-médico	197
I-b	Pré Inscrição – Licença Temporária: Estudante	201
II-a	Cadastro de consultório privado de pessoa física	206
II-b	Requerimento Único – Licença Temporária: Contrato/Serviço	207
II-c	Requerimento Único – Licença Temporária: Estudante	208
II-d	Requerimento de serviços diversos	209
II-e	Requerimento de transferência	210
II-f	Requerimento Único	212
II-g	Modelo do Termo de Compromisso	213
II-h	Requerimento de cadastro de pós-graduação	214
II-i	Declaração Telemedicina	215
II-j	Declaração Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional: Médico responsável pelo programa	216
III-a	Transferência da inscrição principal para outra UF	217
III-b	Transferência da inscrição principal para outra UF com transformação de inscrição secundária ativa no destino	218
III-c	Inscrição secundária em outra unidade da Federação	219
III-d	Transferência de inscrição principal/provisória cancelada para reativação em outra UF	220
IV-a	Termo de ciência e compromisso: inscrição secundária	221
IV-b	Termo de ciência e compromisso: inscrição com declaração/ certidão de colação de grau	222
IV-c	Termo de ciência e compromisso: médico com processo ético-profissional ou sindicância em andamento – sem exercer a medicina na UF	223
IV-d	Termo de ciência e responsabilidade (transferência com débitos de anuidades de exercícios anteriores)	224
V-a	Declaração de médico militar	225

<b>Anexo</b>	<b>Descrição do anexo</b>	<b>Pág.</b>
V-b	Declaração de residência	226
VI	Elementos de segurança da etiqueta	227
VII-a	Modelo de etiqueta e histórico e-CPM: primeira inscrição e inscrição provisória	228
VII-b	Modelo de etiqueta e histórico e-CPM: inscrição secundária e pro transferência	229
VII-c	Modelo de etiqueta e histórico e-CPM: reinscrição principal e secundária	230
VII-d	Transferência com transformação do tipo de inscrição	231
VII-f	Modelo de etiqueta e histórico e-CPM: cancelamento de médico por falecimento e concessão de visto temporário	232
VII-g	Modelo de etiqueta e histórico e-CPM: cancelamento encerramento da atividade profissional e reativação pro retorno à atividade profissional	233
VII-h	Modelo de etiqueta e histórico e-CPM: cancelamento por não apresentação de diploma e reativação após regularização de pendências	234
VII-i	Modelo de etiqueta e histórico e-CPM: médico militar e cancelamento da categoria médico exclusivamente militar	235
VII-j	Regularização de inscrição com transformação de provisória para definitiva	236
VII-k	Modelo de etiqueta e histórico e-CPM: averbação de nome e de nacionalidade	237
VII-l	Modelo de etiqueta e histórico e-CPM: inclusão no quadro de especialistas	238
VIII	Elementos de segurança de certidões e certificados	239
IX-a	Certidão de antecedentes éticos	240
IX-b	Certidão de inscrição de médico estrangeiro: refugiado/asilado, político e territorial	241
IX-c	Certidão de licença temporária para estudante médico formado no exterior	242
IX-d	Certidão de licença temporária: contrato/serviço (médico estrangeiro)	243
IX-e	Certidão de médico estrangeiro com licença provisória	244
X-a	Certificado de registro de especialista	245
X-b	Certificado de registro de especialista: área de atuação	246
X-c	Certificado de regularidade da inscrição do consultório de pessoa física (impresso no CRM)	247

<b>Anexo</b>	<b>Descrição do anexo</b>	<b>Pág.</b>
X-d	Certificado de regularidade da inscrição do consultório de pessoa física (portal de serviços)	248
XI-a	Certidão para aposentadoria	249
XI-b	Certidão eleitoral	250
XI-c	Certificado de especialista	251
XI-d	Certidão de cancelamento	252
XI-e	Certidão das especialidades registradas	253
XI-f	Certidão de inscrição	254
XI-g	Certidão de responsabilidade técnica para PGRSS	255
XI-h	Certidão de jubilamento	256
XI-i	Certidão negativa de conduta ético-profissional	257
XI-j	Certidão negativa de débitos	258
XI-k	Declaração de transferência	259
XI-l	Certidão de visto temporário de 90 dias corridos	260
XI-m	Certidão de cadastro de pós-graduação	261
XII	Solicitação de autorização especial para médico estrangeiro	262
XIII	Declaração expedida pela Instituição Médico-Hospitalar	263
XIV	Termo de ciência e compromisso – licença temporária: estudante estrangeiro	264
XV	Modelo de ofício e carimbo de confirmação de licença temporária: estudante	265
XVI	Termo de Responsabilidade do Preceptor	266
XVII	Ofício de autorização especial para médicos estrangeiros ministrarem atividades didáticas e/ou assistenciais no Brasil	267
XVIII	Autorização para a realização de procedimentos médicos por médico estrangeiro convidado	268
XIX	Ofício de solicitação de confirmação de diploma	269
XX	Histórico médico por tipo de inscrição de médicos	270
XXI	Carteira Profissional de Médico com elementos de segurança	281
XXII	Cédula de Identidade de Médico: CRM Digital (polycarbonato)	282
XXIII	Carteira de Identidade de Conselheiro (polycarbonato)	283
XXIV	Ficha de coleta de dados biométricos	284
XXV	Processo de validação de documentos civis e militares	286
XLV	Validação de diplomas eletrônicos	297

## ASPECTOS JURÍDICOS E LEGAIS

- Lei nº 3.268/1957 – Dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências.

*Art. 17. Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.*

- Lei nº 11.000/2004 – Altera dispositivos da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, que dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências.
- Lei nº 6.815/1980 – Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração.
- Lei nº 6.681/1979 – Dispõe sobre a inscrição de médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos militares em Conselhos Regionais de Medicina, Odontologia e Farmácia, e dá outras providências.
- Decreto Federal nº 6.932/2009 – Dispõe sobre a simplificação do atendimento público prestado ao cidadão, ratifica a dispensa do reconhecimento de firma em documentos produzidos no Brasil, institui a “Carta de Serviços ao Cidadão” e dá outras providências.

*Art. 1º Os órgãos e entidades do Poder Executivo Federal observarão as seguintes diretrizes nas relações entre si e com o cidadão:*

*I – presunção de boa-fé;*

- II – compartilhamento de informações, nos termos da lei;*
- III – atuação integrada e sistêmica na expedição de atestados, certidões e documentos comprobatórios de regularidade;*
- IV – racionalização de métodos e procedimentos de controle;*
- V – eliminação de formalidades e exigências cujo custo econômico ou social seja superior ao risco envolvido;*
- VI – aplicação de soluções tecnológicas que visem a simplificar processos e procedimentos de atendimento ao cidadão e a propiciar melhores condições para o compartilhamento das informações;*
- VII – utilização de linguagem simples e compreensível, evitando o uso de siglas, jargões e estrangeirismos; e*
- VIII – articulação com Estados, Distrito Federal, Municípios e outros poderes para a integração, racionalização, disponibilização e simplificação de serviços públicos prestados ao cidadão. [...]*

*Art. 8º Para complementar informação ou solicitar esclarecimentos, a comunicação entre o órgão ou entidade e o interessado poderá ser feita por qualquer meio, inclusive comunicação verbal, direta ou telefônica, correspondência, telegrama, fax ou correio eletrônico, registrando-se a circunstância no processo, caso necessário.*

## PRINCÍPIOS QUE DEVEM SER RESPEITADOS NO ATENDIMENTO AO PÚBLICO NO SISTEMA CONSELHOS DE MEDICINA

O atendimento aos médicos(as) e ao cidadão pelos Conselho de Medicina deve seguir os princípios fundamentais previstos na Constituição Federal (CF) e na legislação brasileira, como os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Além disso, deve ser orientado por normas específicas que garantam respeito, transparência e acessibilidade.

### 1. Respeito e Urbanidade

- O atendimento deve ser realizado de forma educada, cortês e respeitosa, independentemente da condição social, econômica, raça, gênero, religião ou qualquer outra característica do médico e do cidadão.
- Os servidores dos Conselhos de Medicina devem tratar todos de forma igualitária e sem discriminação.

### 2. Transparência e Clareza

- Os Conselhos de Medicina devem fornecer informações claras, objetivas e completas, garantindo que o médico compreenda os procedimentos e requisitos necessários para resolver suas demandas.
- Quando solicitado, o médico e/ou o cidadão deve ter acesso às informações públicas, salvo aquelas protegidas por sigilo legal.
- Todos os serviços prestados pelos Conselhos de Medicina devem estar disponibilizados e atualizados no Catálogo de Serviços.

### 3. Eficiência e Agilidade

- O atendimento deve ser rápido e eficiente, evitando atrasos desnecessários.

- Devem ser evitadas burocracias excessivas que prejudiquem a solução das solicitações feitas pelos cidadãos.

#### **4. Impessoalidade**

- O atendimento deve ser objetivo e imparcial, sem beneficiar ou prejudicar qualquer pessoa.
- O tratamento deve ser uniforme para todos os médicos, de acordo com a legislação e os procedimentos aplicáveis.

#### **5. Acessibilidade**

- O médico e o cidadão devem ter acesso fácil às informações e serviços, com canais de atendimento presenciais e remotos (telefone, e-mail, portais *online*).
- Deve-se garantir atendimento prioritário para pessoas idosas, com deficiência, gestantes e outros grupos previstos em lei.

#### **6. Competência e Qualificação**

- Os servidores dos Conselhos de Medicina devem estar devidamente capacitados e informados para prestar um atendimento de qualidade, respondendo às dúvidas e orientando o médico e o cidadão adequadamente.
- Quando não souberem responder, devem encaminhar o médico ou cidadão para o setor ou pessoa responsável.

#### **7. Publicidade e Direito à Informação**

- O médico tem direito à publicidade dos atos administrativos e às informações públicas, conforme previsto na Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011).

#### **8. Cordialidade e Paciência**

- O servidor dos Conselhos de Medicina deve demonstrar paciência e empatia, compreendendo as dificuldades do médico e do cidadão buscando soluções em conjunto.

## 9. Reclamações

- O médico e o cidadão devem ter meios para registrar reclamações, sugestões ou denúncias.
- Os Conselhos de Medicina devem estar abertos a ouvir o *feedback* da sociedade e utilizá-lo para melhorar os serviços.

## 10. Cumprimento de Prazos

- Todos os prazos legais e administrativos devem ser rigorosamente cumpridos, de modo a evitar prejuízos tanto para os médicos quanto para os cidadãos decorrentes de atrasos ou omissões. Essas informações devem estar disponíveis no Catálogo de Serviços do Conselho Regional de Medicina (CRM), publicado na internet.

### LEGISLAÇÃO E NORMAS RELACIONADAS

- **Princípios da Administração Pública:** Art. 37 da Constituição Federal.
- **Lei de Acesso à Informação (LAI):** Lei nº 12.527/2011.
- **Código de Defesa do Usuário do Serviço Público:** Lei nº 13.460/2017.
- **Estatuto do Idoso:** Lei nº 10.741/2003.
- **Lei Brasileira de Inclusão (Estatuto da Pessoa com Deficiência):** Lei nº 13.146/2015.

# GUIA E PROCEDIMENTOS DE INSCRIÇÃO DE MÉDICOS

## TIPO: PRINCIPAL

### DEFINIÇÕES E CARACTERÍSTICAS

É a principal inscrição que o médico possui, responsável pelo controle das demais inscrições (podendo, no máximo, uma delas estar ativa).

Pode ser realizada segundo as seguintes modalidades e históricos:

- 1. Primeira inscrição:** é aquela que o médico faz logo após a formatura:
  - I. Médicos brasileiros e estrangeiros formados no Brasil.
  - II. Médicos brasileiros e estrangeiros formados no exterior.
- 2. Por transferência (com ou sem transformação):** a transferência da inscrição principal para outra unidade da federação, com possibilidade de transformação de uma inscrição secundária (ativa ou inativa) em uma **INSCRIÇÃO PRINCIPAL**.
- 3. Reinscrição:** quando o médico solicita transferência de sua inscrição principal para um Conselho Regional no qual possui inscrição **PRINCIPAL INATIVA**.
- 4. Reativação:**
  - I. **A pedido** – Quando o médico que solicitou o cancelamento de sua inscrição principal requer sua reativação.
  - II. **Administrativa** – Quando o médico inscrito com o comprovante de graduação por meio de declaração/certidão de

colação de grau, sem apresentar seu diploma no prazo de 120 dias, apresenta o documento e requer sua reativação.

- III. **Judicial** – Quando o médico inscrito por meio de liminar ou decisão judicial que teve sua decisão judicial vencida, apresenta nova liminar ou decisão judicial válida e requer sua reativação.
- IV. **EME/INTERCAMBISTA** – Quando o médico formado no exterior **sem revalidação do diploma** foi inscrito por meio de licença provisória com atuação restrita e teve sua inscrição cancelada apresenta seu diploma revalidado e requer sua reativação.

## 5. **Reativação com transferência imediata para outra Unidade da Federação (UF):**

Quando o médico precisa reativar sua inscrição, todavia, deseja atuar em outra jurisdição e solicita a reativação com transferência imediata para outra jurisdição.

**ATENÇÃO:** Em casos de decisões liminares/judiciais em que se concede o exercício da profissão em outra UF, e este possuir uma **INSCRIÇÃO PROVISÓRIA INATIVA** em outro Conselho, O CRM DE ORIGEM deverá reativar a inscrição, com transferência imediata (Certificado de Regularidade), desde que a liminar autorize a atuação do médico na jurisdição do CRM de destino. A situação da inscrição no CRM de origem será: **SEM EXERCÍCIO NA UF.**

## PRIMEIRA INSCRIÇÃO

*É aquela que o médico faz logo após a formatura no Brasil ou no exterior.*

### PROCEDIMENTOS: FORMADOS NO BRASIL E/OU NO EXTERIOR

O **médico** deverá, por meio da internet, no sítio dos Conselhos Regionais, realizar sua pré-inscrição em formulário *online*.

1. O **médico** deverá, na ocasião do preenchimento do formulário *online*, por meio da internet, anexar cópias digitalizadas ou documentos eletrônicos da documentação civil e o **comprovante de graduação** exigida para o registro:

#### A. Documentos civis

- **Documento de Identificação:** A identificação civil é atestada por qualquer dos seguintes documentos (Lei nº 12.037, Art. 5º):
  - Carteira de identidade.
  - Carteira de identificação funcional.
  - Carteira de trabalho.
  - Carteira Profissional Médica.
  - Passaporte



Os documentos devem ser apresentados em bom estado de conservação e possuir foto que identifique plenamente o titular.

Não serão aceitos documentos que não identifiquem plenamente o titular.

Parágrafo único. Para as finalidades desta Lei, equiparam-se aos documentos de identificação civis os documentos de identificação militares.

- **CPF** ou comprovante de situação cadastral do CPF disponibilizado no site da Receita Federal, caso não conste no documento de identificação.
- **Título Eleitoral** físico ou digital com comprovação de regularidade ou Certidão de quitação eleitoral atualizada, conforme dispõe o Decreto nº 10.911/2021.
- **Regularidade militar** – exigido para homens com idade até 38 anos.

Lei 5292/1967 – Dispõe sobre a prestação do Serviço Militar pelos estudantes de Medicina, Farmácia, Odontologia e Veterinária e pelos Médicos, Farmacêuticos, Dentistas e Veterinários em decorrência de dispositivos da Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964.

O § 4º do artigo 4º da Lei 5292/1967 determina que o Serviço Militar deve ser prestado até 31 de dezembro do ano em que o brasileiro completar 38 anos de idade.

**Lei 12.336/2010 – Art. 4º** “Aos concluintes dos cursos nos IEs destinados à formação de médicos, farmacêuticos, dentistas e veterinários que não tenham prestado o serviço militar inicial obrigatório no momento da convocação de sua classe, por adiamento ou dispensa de incorporação, deverão prestar o serviço militar no ano seguinte ao da conclusão do respectivo curso ou após a realização de programa de residência médica ou pós-graduação [...].”

**Constituem prova de regularidade militar: Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964, Art. 75:**

- Certificado de Alistamento Militar, nos limites da sua validade.
- Certificado de Reservista: 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> categoria.
- Certificado de Isenção.
- Certificado de Dispensa de Incorporação (CDI) ou Certificado de Dispensa de Incorporação – Especial (CDI-E) desde que emitido após a data da colação.

Observação: o médico recém-formado poderá apresentar ainda uma **Declaração** de que está em dia, mas não quite com o Serviço Militar. A declaração é emitida pela Seção de Serviço Militar ou pelo Presidente da Comissão de Seleção Especial (MFDV), devendo ser observada sua validade. (Anexo XXV – processo de validação de documentos – civis e militares).

- **Comprovante de Endereço:** comprovante de endereço em seu nome ou dos seus pais, contrato de locação de imóvel ou declaração de moradia/residência (Anexo V-B).

## B. Documentos da Graduação

### I. Comprovante de graduação:

**ATENÇÃO:** é ilegal a inscrição de médicos por meio de diploma de graduação ou declaração/certidão de colação de grau, emitidos por instituições de ensino superior brasileiras que não sejam reconhecidas pelo Ministério da Educação (Resolução CFM nº 1.808/2006).

Os CRMs somente poderão proceder à inscrição do médico, caso conste no Cadastro de Escolas Médicas do CFM (aprovados pelo Ministério da Educação - MEC), o registro da universidade/faculdade e seus respectivos campus.

- Formados no BRASIL: cópia do diploma de graduação em Medicina, registrado no MEC ou declaração/certidão de colação de grau emitida por instituições reconhecidas oficialmente pelo MEC.
- Formados no EXTERIOR: cópia do diploma de conclusão do curso de Medicina previamente **revalidado e registrado** em universidade brasileira autorizada pelo MEC, com tradução juramentada, exigindo-se que o diploma tenha sido certificado pela representação diplomática brasileira no país onde foi emitido.

2. Após o preenchimento do formulário *online*, o médico deverá emitir os boletos bancários pertinentes a anuidades e taxas.
3. Realizada a análise inicial, aguardar o comparecimento do médico no Conselho Regional de destino com a documentação civil e a comprovação de sua graduação em medicina (original) exigida para validação, serão adotadas as seguintes providências:



O Conselho Regional que possuir serviço de agendamento deve disponibilizar esse serviço em seu catálogo e o médico deve agendar seu atendimento presencial.

A. Validação de documentos de identificação:

**Na análise e validação dos documentos civil e militar, utilize como referência o anexo XXV – PROCESSO DE VALIDAÇÃO DE DOCUMENTOS.**

- Os documentos civis apresentados devem ser analisados por funcionário do Conselho, que deve comparar original e cópia, autenticando a cópia com a anotação “*De acordo com o original*”. Os documentos digitais devem ser assinados eletronicamente, preferencialmente com Certificado Digital (Padrão ICP-Brasil ou gov.br).
- As cópias autenticadas ou digitais deverão ser parte integrante do prontuário do médico.
- Após autenticação, os documentos originais devem ser liberados.

B. Validação do comprovante de graduação:

**Formados no Brasil**

■ Com **DIPLOMA FÍSICO**

- I. O funcionário do Conselho deve comparar o diploma original de graduação (devidamente registrado no **MEC**) com sua cópia, autenticando a cópia com a anotação “*De acordo com o original*”.

- II. **O CRM** deve solicitar às Instituições de Ensino Superior (**IES**) situadas em sua jurisdição a relação de formandos (ata de colação de grau) e publicar no Diretório Médico Digital (DMD). A ata deve ser assinada digitalmente pelo funcionário do Conselho responsável pela validação e pelo responsável do curso de medicina da IES no (Padrão ICP-Brasil ou gov.br).
- III. Verificar se o médico consta na relação de formandos (ata de colação de grau) enviada pelas **IES** situadas em sua jurisdição.
- IV. Caso o nome do médico não seja encontrado na relação de formandos (ata de colação de grau), deve realizar confirmação de forma individual encaminhando um ofício à **IES** da qual o médico é egresso para confirmação.
- V. No caso, de médicos formados em **IES** de outra jurisdição, a validação deve ser obtida no(s) documento(s) publicado pelo CRM da jurisdição no DMD. Caso não encontre o nome do médico nos documentos publicados, o funcionário do Conselho fará contato com o CRM da jurisdição e este providenciará a inclusão do documento no DMD.
- VI. Antes de dar andamento ao processo de inscrição, o funcionário do Conselho deve certificar-se de que o médico possui inscrição em outro Conselho (preferencialmente por meio do CPF), caso não possua, seguir com a inscrição.
- VII. Após verificação, o diploma original poderá ser liberado e a cópia autenticada/digitalizada deverá fazer parte integrante do prontuário do médico, podendo ser dispensada a fixação de etiqueta no diploma.

■ Com **E-DIPLOMA**:

O MEC, por meio da Portaria nº 554/2019, regulamentou a emissão e o registro de diploma de graduação por

meio digital pelas IES pertencentes ao Sistema Federal de Ensino. Será obrigatória a validação do diploma e da assinatura digital, conforme regulamenta este manual:

- I. Antes de dar andamento ao processo de inscrição, o funcionário do Conselho deve certificar-se de que o médico possui inscrição em outro Conselho (preferencialmente por meio do CPF), caso não possua, seguir com a inscrição.
- II. Deve ser realizado o processo de validação para documento eletrônico, de acordo com os procedimentos estabelecidos no anexo XXVI – Validação de diplomas eletrônicos.

**Observação:** Para possibilitar a validação, é necessário a disponibilização do diploma digital original no formato *Extensible Markup Language* (XML), valendo-se da assinatura eletrônica avançada no **padrão XML Advanced Electronic Signature** (XAdES). **A representação visual não substitui o diploma digital no padrão XML.**

- III. Depois de validado, o E-Diploma e o comprovante da validação deverão ser parte integrante do prontuário do médico.
- IV. Na impossibilidade da confirmação por meio do padrão XML por alguma questão técnica, realizar a confirmação de maneira tradicional, seguindo os moldes do diploma físico.

#### ■ Com **DECLARAÇÃO / CERTIDÃO DE COLAÇÃO DE GRAU:**

- I. **O CRM** deve solicitar às **IES** situadas em sua jurisdição a relação de formandos (ata de colação de grau) e publicar no DMD. A ata deve ser assinada digitalmente pelo funcionário do Conselho responsável pela validação e pelo responsável do curso de medicina da **IES** no padrão ICP-Brasil ou gov.br.

- II. Verificar se o médico consta na relação de formandos (ata de colação de grau) enviada pelas **IES** situadas em sua jurisdição.
- III. Caso não seja encontrado na relação de formandos (ata de colação de grau), deve realizar confirmação individual encaminhando ofício à **IES** da qual o médico é egresso para confirmação.
- IV. No caso de médicos formados em IES de outra jurisdição, a validação deve ser obtida no(s) documento(s) publicado(s) pelo CRM da jurisdição no DMD. Caso não encontre o nome do médico nos documentos publicados, o funcionário do Conselho fará contato com o CRM da jurisdição e este providenciará a inclusão do documento no DMD.
- V. Antes de dar andamento ao processo de inscrição, o funcionário do Conselho deve certificar-se **de que o médico possui inscrição em outro Conselho (preferencialmente por meio do CPF), caso não possua, seguir com a inscrição.**
- VI. A declaração ou certidão de colação de grau deverá ser parte integrante do prontuário do médico.
- VII. O formando inscrito com declaração ou certidão de colação de grau deve atender às seguintes exigências:
  - a. Fica conferido o prazo de até 120 dias corridos para que o formando encaminhe o diploma ou E-diploma por e-mail para o Regional, quando não tiver sido entregue por ocasião da inscrição.
  - b. Os 120 (cento e vinte) dias serão contados a partir da data da 1ª inscrição.
  - c. Com justificativa plausível, após deferida pela Diretoria da área, o prazo para apresentação do diploma poderá ser prorrogado por mais 120 dias.
  - d. A não apresentação do diploma no prazo estipulado no *caput* implica o cancelamento da(s)

- inscrição(ões) ativa(s) em todas as unidades da federação, sem necessidade de aviso.
- e. O médico deverá encaminhar por e-mail o diploma para os CRMs nos quais possui inscrição ativa, a fim de regularizar sua situação.
  - f. A contagem desse prazo não se interrompe quando da transferência ou da inscrição secundária do médico para outro CRM.
  - g. O médico deve assinar termo de ciência e compromisso (anexo IV-B), confirmando saber que sua inscrição será cancelada em 120 dias caso não apresente o diploma ou justificativa plausível.
  - h. Caso o diploma não seja emitido no prazo estabelecido, o médico deverá solicitar previamente prorrogação do prazo, com as devidas comprovações, para evitar o cancelamento de seu registro no CRM.
  - i. Antes de dar andamento ao processo de inscrição, o funcionário do CRM deve se certificar **se o médico possui inscrição em outro CRM (pesquisando preferencialmente por meio do CPF).**  
**Caso não possua, seguir com a inscrição.**

## Formados no EXTERIOR



Os registros de médicos brasileiros e estrangeiros, com diplomas expedidos por instituições de ensino estrangeiras e devidamente revalidados no Brasil, serão concluídos no prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias, contados do protocolo do pedido de registro, com toda a documentação prevista neste Manual de Procedimento Administrativo.

***Acordo CFM com Ministério Público Federal mediante o Processo nº 0800306-74.2018.4.05.8100***

- I. O formando deverá apresentar o diploma original de graduação em medicina, previamente **revalidado e registrado** em universidade brasileira autorizada pelo MEC, com tradução juramentada, exigindo-se que o diploma tenha sido certificado pela representação diplomática brasileira no país onde foi emitido.
- II. O funcionário do CRM deve comparar o diploma original de graduação com sua cópia e autenticar com a anotação “*De acordo com original*” assinando-o. O(s) documento(s) digitalizados devem ser assinados digitalmente no Padrão ICP-Brasil ou gov.br.
- III. Antes de dar andamento ao processo de inscrição, o funcionário do CRM deve se certificar se o médico possui inscrição em outro CRM (preferencialmente por meio do CPF). Caso não possua, seguir com a inscrição.
- IV. Os diplomas apresentados pelos médicos devem ter sua autenticidade confirmada pelo Conselho Regional, que deve adotar os seguintes procedimentos:
  - A. Confirmação da **revalidação do diploma**:
    - oficiar à faculdade que revalidou o diploma e aguardar a confirmação da revalidação; ou
    - por meio do sistema eletrônico de informação (SEI) da instituição, verificar sua autenticidade.



#### **Procedimentos para verificar a autenticidade via SEI**

- Solicitar cadastro de acesso ao SEI da instituição.
- Acessar o sistema (efetuar o *login*).
- Verificar as informações referentes à revalidação do diploma. Seu resultado deverá ser anexado ao processo de inscrição.
- Verificar se existe informação referente a colação de grau realizada junto à instituição formadora e anexar ao processo de inscrição.

B. Validação da **graduação**:

Caso a validação da autenticidade da formação não tenha sido possível de ser realizada via SEI da instituição que revalidou o diploma, adotar os seguintes procedimentos:

- Oficiar a faculdade formadora na qual o médico colou grau, solicitando a confirmação da graduação.
- Depois de confirmada a revalidação e a colação de grau, o médico fica apto a ser inscrito.
- No caso de resposta negativa da escola médica, ou seja, pela não autenticidade do diploma e/ou revalidação, o CRM deverá instaurar processo administrativo para anulação do registro e informar ao MPF e/ou PF para que sejam adotadas as medidas criminais pertinentes.
- Após autenticação, os documentos originais e diploma podem ser liberados e as cópias autenticadas/ digitalizadas deverão fazer parte integrante do prontuário do médico, podendo ser dispensada a fixação de etiqueta no diploma.

3. Coletar os dados biométricos do médico (foto, digitais e assinatura) seguindo as instruções, que poderá ser realizada por meio do KIT CAPTURA (*online*) ou FICHA DE COLETA (*offline*):

**I. KIT CAPTURA ONLINE**

A captura de dados biométricos seguirá o fluxo básico, com os seguintes padrões:

A. **FOTO** – A captura da foto pode ser feita em dois modos de processo (Modo ICAO e Modo Recorte), preferencialmente no modo ICAO.

- Para garantir que a face está inteiramente visível, as seguintes proporções devem ser respeitadas:
  - A face deve ocupar entre 50% a 75% da largura da imagem.

- O requerente deve estar em posição frontal em relação à lente da câmera com a face perfeitamente visível e centralizada seguindo as regras de acordo com a Norma ISO/IEC 19794-5.
- A distância entre a ponta do queixo e o centro superior da face deve ocupar entre 60% e 90% da altura total da imagem.
- O plano de fundo deve ser de cor clara e uniforme, preferencialmente branca.
- A fotografia deve ser focada na face do requerente e sem distorções como borramento (*blurring*) e quadriculado (*blocking*).
- Os olhos do requerente devem estar abertos, com olhar direcionado para a câmera e na horizontal, exceto em caso de restrições físicas ou médicas do requerente, e sem obstruções, como cabelo sobre os olhos.
- A boca do requerente deve estar fechada e sem oclusão, salvo exceções autorizadas pelos órgãos ou entidades executivos de trânsito dos Estados e do Distrito Federal.
- A iluminação deve ser homogênea, sem sombras em partes da face e sem quaisquer reflexos ou penumbras em qualquer parte da fotografia. Portanto, a iluminação não pode ser excessiva nem insuficiente e deve incidir sobre o rosto de modo que não ocorram distorções como olhos vermelhos ou ofuscação.
- A face deve estar sem obstrução facial (cabelo sobre o rosto, chapéu, boné e outros), excetuados os casos de restrições físicas ou médicas do requerente, por exemplo uso de próteses ou órteses, ou ainda casos autorizados pelos órgãos ou entidades executivos de trânsito dos Estados e do Distrito Federal.



- Os requerentes que usam óculos devem preferencialmente retirá-los, devendo ser utilizados em casos de extrema necessidade e estes não podem ter armação grossa ou que obstrua parte dos olhos. As lentes devem ser transparentes (não podem ser coloridas ou escuras) e não podem exibir reflexos.
- Em hipótese alguma a fotografia pode conter objetos que atrapalhem a identificação.

## B. **DIGITAIS**

Deverão ser capturados os cinco dedos das mãos direita e esquerda. Nos casos em que a captura do(s) dedo(s) não for possível ou quando existirem alguma(s) anomalia(s), deverá ser indicado o motivo do impedimento.

## C. **ASSINATURA**

Para coleta da assinatura, pressione o botão de captura no kit de captura e solicite ao médico que assine na mesa de digitalização de assinatura (PAD). Em caso de anomalia(s) de assinatura, selecione a opção “impossibilidade de assinar” e preencha o motivo.

#### D. **CERTIFICADO DIGITAL**

Caso o médico opte pela emissão de seu Certificado Digital ICP-Brasil, será acrescentada ao processo de captura de dados biométricos a digitalização do(s) DOCUMENTO(S) COMPROBATÓRIO(S) DE IDENTIFICAÇÃO que o médico deverá apresentar na ocasião da coleta.

Detalhes em (Anexo Interno 1) – Manual do Usuário – **SPIF\_CFM** – *Sistema de Personalização de identidade Funcional* – CFM.

### **II. FICHA DE COLETA – *OFFLINE***

A captura de dados biométricos realizada por meio da FICHA DE COLETA (**Anexo XXIV – Ficha de coleta de dados biométricos**) seguirá o fluxo básico, com os seguintes padrões:

#### A. **FOTO**

Devem ser apresentadas duas fotos 3x4. As fotografias devem ser recentes, de modo a garantir o reconhecimento fisionômico do portador.

- A imagem deve cumprir os critérios estabelecidos anteriormente.

#### B. **DIGITAIS**

Deverão ser coletadas na ficha *offline* os dez dedos das mãos direita e esquerda. Nos casos em que a coleta do(s) dedo(s) não for possível ou quando existirem alguma(s) anomalia(s), deverá ser indicado o motivo do impedimento.

#### C. **ASSINATURA**

Para coleta da assinatura, solicite ao médico que confirme e assine a Ficha de Coleta. Em caso de anomalia(s)

de assinatura, indique a “impossibilidade de assinar” e preencha o motivo.

**Observação:** a FICHA deve registrar que o médico conferiu seus dados e foi informado que estes serão utilizados para confecção da sua Cédula de sua Identidade de Médico e Carteira Profissional de Médico.

#### D. CERTIFICADO DIGITAL

Caso o médico opte pela emissão de seu Certificado Digital ICP-Brasil, deverá ser sinalizado no formulário essa opção e anexar cópia de um documento COM-PROBATÓRIO DE IDENTIFICAÇÃO.

### 4. Inclusão do formando no Cadastro de Médico

- Após pagamento das taxas, anuidade, validação da documentação civil e a comprovação da graduação devem ser adotadas as seguintes providências:
  - a. Incluir o formando no Cadastro de Médicos, gerando o número do CRM do médico.
  - b. Solicitar emissão da Cédula de Identidade Médica (CIM) e da Carteira Profissional do Médico (CPM).

#### Avisos:

- I. O cancelamento da solicitação de emissão da CIM e/ou CPM somente será realizado no máximo em uma hora após o pedido.
- II. A taxa cobrada para a emissão é de natureza tributária, sendo classificada como uma taxa de serviço público. O fato gerador desse tributo ocorre quando o serviço público é efetivado ou potencialmente prestado. Portanto, a devolução da taxa só é cabível se o pedido de desistência for apresentado antes da realização do serviço.
- III. Quando do atendimento ao médico requerente, solicite a validação dos dados e informe quanto à

inviabilidade de desistência e a devolução da taxa paga para emissão dos documentos após o pedido, visto que o serviço é iniciado tão logo a solicitação é realizada.

- c. Solicitar emissão do Certificado Digital (padrão ICP-Brasil), caso o médico o solicite.

## **5. Observações e informações complementares:**

- a. Caso o médico comprove sua graduação por meio de **Declaração ou Certidão de colação de grau**, deverá encaminhar para os CRMs nos quais possui inscrição ativa a cópia do seu diploma por e-mail a fim de regularizar sua situação.
- b. Caso o médico não apresente o diploma de graduação no prazo de 120 dias, suas inscrições ativas devem ter sua situação alterada de REGULAR para PENDENTE. Ultrapassados 240 dias, a inscrição deverá ser CANCELADA, sem necessidade de aviso.
- c. Caberá ao CRM em que o médico possui inscrição PRINCIPAL ativa comunicar aos demais conselhos a situação de PENDÊNCIA ou CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO, solicitando a aplicação da decisão administrativa na(s) inscrição(ões) SECUNDÁRIA(s).
- d. A(s) inscrição(ões) secundária(s) cancelada(s) por não apresentação do diploma do médico, ultrapassado o prazo de 120 dias, devem ser comunicadas ao CRM DE ORIGEM no qual o médico possuir sua inscrição PRINCIPAL.
- e. O MÉDICO COM ATUAÇÃO EXCLUSIVAMENTE MILITAR **deverá anualmente**, até o último dia útil do mês de fevereiro, encaminhar ao CRM uma declaração comprovando a continuação do exercício exclusivamente militar, contendo na declaração a jurisdição de atuação.
- f. O médico portador de deficiência poderá informar se esta é motora, visual, auditiva ou outra, se é congênita ou adquirida e se está adaptado.
- g. Sistemas de informação, ou realizar anotação em seu registro.

- h. A solicitação de inscrição em que o médico pedir CAN-CELAMENTO antes da sua conclusão, se constatado o recolhimento de anuidade proporcional e taxas, devem ser reembolsadas, exceto a taxa de inscrição (análise).
- i. A data do protocolo da solicitação será considerada para os cálculos de proporcionalidades que foram recolhidas.
- j. Caso o médico com pendência da apresentação de diploma esteja a responder a sindicância e/ou PEP, e tenha inscrição principal ou secundária em outro Conselho Regional, deve ser oficiado para que seja feita anotação da ocorrência na inscrição do médico.
- k. O médico com pendência da apresentação do diploma que esteja respondendo a sindicância e/ou PEP não pode ter cancelada sua inscrição principal e/ou secundária.



Os Conselhos possuem fé pública, razão pela qual os funcionários podem autenticar as cópias recebidas, após conferidas com os originais, apondo assinatura e carimbo com respectiva identificação.

# INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA (TRANSFORMAÇÃO ou REINSCRIÇÃO)

*Transferência da inscrição PRINCIPAL para outro estado. Caso o médico possua inscrição secundária no DESTINO, deve ser transformada em inscrição principal.*

## PROCEDIMENTOS NO CRM DE ORIGEM

1. O **médico (ou seu procurador)** deve preencher e assinar o Requerimento de Transferência (**Anexo II-E**), solicitando a emissão do Certificado de Regularidade Profissional (**Anexo III-A**), com a devida autorização para transferência, válido por 45 dias.
2. O médico deve estar adimplente com a anuidade do ano corrente para ter concedida TRANSFERÊNCIA de sua inscrição PRINCIPAL para outra UF.
3. O médico que responde como **diretor técnico** de um ou mais estabelecimentos médicos deve solicitar o desligamento do cargo antes de solicitar a transferência.
4. O médico que atua com **TELEMEDICINA** deve informar ao Conselho regional de sua jurisdição a data do término de sua atuação.
5. O médico do trabalho que possui cadastro PCMSO deve informar ao Conselho regional de sua jurisdição o término de sua responsabilidade técnica.
6. Se o médico responder a uma ou mais sindicâncias ou PEP, ele não poderá solicitar transferência para outra jurisdição.

Desse modo, podem ser adotadas as seguintes medidas:

- a. Orientar o médico a solicitar a inscrição secundária para jurisdição na qual irá atuar.
- b. Caso o médico já possua inscrição secundária na unidade da jurisdição:
  - O médico deverá assinar o Termo de Ciência e Compro-misso (Anexo IV-C), ficando ciente das condições e que não poderá exercer a medicina no estado.
  - Deve estar quite.
  - Sua inscrição PRINCIPAL permanece ativa na jurisdição, porém, na situação “sem exercício da medicina na UF”.
  - Finalizado o processo ou sindicância (transitado em jul-gado), o médico deve ser comunicado para providenciar a solicitação de transferência.
  - O Médico deverá solicitar a regularização de imediato após a comunicação, sob pena de voltar a condição de inscrição principal ativa, com consequente cobrança de anuidades.

Nos casos de processos administrativos, interdição e suspen-são parciais, antes de qualquer procedimento, devem ser con-sultados o Setor de Processos e o departamento jurídico do CRM.

## **CONDIÇÕES DE TRANSFERÊNCIA**

### **I. Se ADIMPLENTE:**

- Emitir o Certificado de Regularidade.
- Seguir o processo encaminhando o Certificado de Re-gularidade e a solicitação de transferência ao CRM DE DESTINO.

### **II. Se INADIMPLENTE:**

- Emitir boleto para cobrança da anuidade do exercício corrente.
- Confirmado o recolhimento da anuidade corrente, emitir do Certificado de Regularidade.
- Caso haja débitos de exercícios anteriores, o médico

deverá assinar o Termo de Ciência e Responsabilidade de Transferência com Débitos de Anuidades de anos anteriores – ANEXO IV-D.

- Seguir o processo encaminhando o Certificado de Regularidade e a solicitação de transferência ao CRM DE DESTINO.

III. INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA ATIVA no CRM DE DESTINO:

- Emitir boleto para cobrança anuidade do exercício corrente proporcional ao período que atuou na jurisdição.
  - Confirmado o recolhimento da anuidade proporcional corrente, emitir o Certificado de Regularidade.
  - O Certificado de Regularidade deve informar que o médico está quite com anuidade proporcional do ano corrente e que consta com Inscrição secundária ativa no CRM DE DESTINO.
  - Seguir o processo encaminhando o Certificado de Regularidade e a solicitação de transferência ao CRM DE DESTINO.
7. Caso o médico possua débitos em aberto de exercícios anteriores, ele deverá assinar Termo de Ciência e Responsabilidade dos débitos existentes (anexo IV-D) e ter seu processo encaminhado ao setor competente para as devidas providências, visando a cobrança dos débitos.
8. O **CRM de origem** somente poderá atualizar a inscrição do médico após o envio do ofício, por parte do **CRM DE DESTINO**, de comunicação sobre o processo.
- a. **Se receber o ofício de confirmação** da efetivação da transferência do médico, deve adotar as seguintes providências:
- inativar o registro informando a data da transferência para outra UF; e
  - comunicar ao(s) CRM(s) em que o médico tem inscrição SECUNDÁRIA (ativa) que a inscrição principal foi transferida para que proceda a atualização no registro do médico.

- b. **Se receber o ofício de repúdio** com a não efetivação da transferência do médico, devem ser adotadas as seguintes providências:
- registrar a não efetivação do processo na Central de Transferência;
  - manter a inscrição como ATIVA; e
  - em caso de transferência com transformação secundária ativa, gerar débito proporcional aos meses que foram desconsiderados quando da solicitação de transferência.

## PROCEDIMENTOS NO CRM DE DESTINO

1. O **CRM de destino**, ao receber o Certificado de Regularidade, juntamente com todos os dados cadastrais e biométricos, enviados pelo CRM de origem, deve protocolá-lo e aguardar a confirmação da solicitação do médico de forma presencial ou por e-mail (sendo que o e-mail aceito para essa finalidade será o constante no cadastro do CRM de origem), ou Portal de Serviços (quando houver) por até 45 dias.
2. Na situação em que os dados cadastrais e biométricos estejam íntegros, a Inscrição por Transferência poderá ocorrer sem a necessidade de comparecimento do médico ao CRM de destino. Caso os dados biométricos sejam anteriores a 1 de agosto de 2017, estes não serão enviados, devendo ser coletados novamente no CRM de destino ou origem.
3. Os documentos comprobatórios (documentos de identificação e formação) do médico deverão ser enviados por ele ao CRM de destino presencialmente ou por e-mail ou pelo Portal de Serviços (quando houver).
4. Após o recolhimento das taxas, proceder à análise e validação da documentação cadastral.

5. Se necessário, coletar os dados biométricos do médico (foto, digitais e assinatura) seguindo as mesmas instruções da inscrição principal.
6. Inclusão do médico no Cadastro de Médico do CRM **de destino**.  
Após cumpridas todas as etapas de validação e verificado o recolhimento das taxas, devem ser adotadas as seguintes providências:  
Se o médico possui do tipo **SECUNDÁRIA**:
  - a. incluir o médico na modalidade **TRANSFERÊNCIA COM TRANSFORMAÇÃO** (Secundária em PRINCIPAL), mantendo o número da inscrição existente do CRM DE DESTINO, que será transformada em inscrição principal; e
  - b. o CRM de destino deve comunicar o CRM de origem, por meio do ofício de confirmação, enviado pela central de transferência para a conclusão do processo.

## 7. Documentos Civis:

**Documento de Identificação:** A identificação civil é atestada por qualquer dos seguintes documentos (Lei nº 12.037, Art. 5º):

- Carteira de identidade
- Carteira de identificação funcional
- Carteira de trabalho
- Carteira Profissional Médica
- Passaporte



Os documentos devem ser apresentados em bom estado de conservação e possuir foto que identifique plenamente o titular.

Não serão aceitos documentos que não identifiquem plenamente o titular.

Parágrafo único. Para as finalidades desta Lei, equiparam-se aos documentos de identificação civis os documentos de identificação militares.

- **CPF** ou comprovante de situação cadastral do CPF disponibilizado no site da Receita Federal, caso não conste no documento de identificação.
- **Título Eleitoral** físico ou digital com comprovação de regularidade ou Certidão de quitação eleitoral atualizada, conforme dispõe o Decreto 10.911/21.
- **Regularidade militar** – exigido para homens com até 38 anos.  
**Lei nº 5.292/1967** – Dispõe sobre a prestação do Serviço Militar pelos estudantes de Medicina, Farmácia, Odontologia e Veterinária e pelos Médicos, Farmacêuticos, Dentistas e Veterinários em decorrência de dispositivos da Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964.

§ 4º A Prestação do Serviço Militar a que se refere a letra A do parágrafo único do art. 3º é devida até o dia 31 de dezembro do ano em que o brasileiro completar 38 (trinta e oito) anos de idade.

**Lei nº 12.336/2010 – Art. 4º:** “Aos concluintes dos cursos nos IEs destinados à formação de médicos, farmacêuticos, dentistas e veterinários que não tenham prestado o serviço militar inicial obrigatório no momento da convocação de sua classe, por adiamento ou dispensa de incorporação, deverão prestar o serviço militar no ano seguinte ao da conclusão do respectivo curso ou após a realização de programa de residência médica ou pós-graduação [...]”.

(Anexo XXV – processo de validação de documentos – civis e militares).

Constituem prova de regularidade militar, segundo a Lei nº 4.375/64, de 17 de agosto de 1964:

- Certificado de Alistamento Militar, nos limites de sua validade.
- Certificado de Reservista: 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> categoria.
- Certificado de Isenção.
- Certificado de Dispensa de Incorporação (CDI) ou Certificado de Dispensa de Incorporação – Especial (CDI-E) desde que emitido após a data da colação.

Observação: O médico recém-formado poderá apresentar ainda uma **Declaração** de que está em dia, mas não quite com o Serviço Militar. A declaração é emitida pela Seção de Serviço Militar ou pelo Presidente da Comissão de Seleção Especial (MFDV), devendo ser observada sua validade.

- **Comprovante de endereço:** comprovante de endereço em seu nome ou de seus pais, contrato de locação de imóvel ou declaração de moradia/residência (Anexo V-B).
- **Comprovante de graduação**
  - Formados no BRASIL: cópia do diploma de graduação em Medicina, registrado no MEC ou declaração/certidão de colação de grau emitida por instituições reconhecidas oficialmente pelo MEC.
  - Formados no EXTERIOR: cópia do diploma de conclusão do curso de medicina previamente **revalidado** e **registrado** em universidade brasileira autorizada pelo MEC, com tradução juramentada, exigindo-se que o diploma tenha sido certificado pela representação diplomática brasileira no país em que foi emitido.

#### A. **Validação de documentos**

- O(s) documento(s) civil(s) apresentados (cópia) devem ser analisados e validados por funcionário do CRM e anexados ao prontuário do médico.

#### B. **Validação dos documentos de graduação do médico**

- A validação realizada pelo **CRM de origem** deve ser considerada pelo **CRM de destino**, exceto quando possua informações que deixem alguma dúvida ou suspeita.

**Observação Importante:** no caso dos documentos apresentados pelo médico terem causado qualquer suspeita, deve ser mantido contato com o CRM de origem, e se

mesmo assim a dúvida ou suspeita persistir, o próprio CRM de destino em paralelo ao processo de inscrição poderá solicitar novas informações às faculdades.

## 8. Informações complementares

- Caso o médico não confirme ao CRM DE DESTINO no prazo de até 45 dias, os certificados de regularidade e de especialidade perdem a validade, e o CRM de destino deverá encaminhar **ofício de repúdio** ao CRM de origem informando a não efetivação da transferência.
- Quando o médico solicitar transferência para outro CRM, deve quitar a anuidade no **CRM de origem, exceto** nas situações em que possuir **inscrição secundária** no **CRM de destino**. Nesses casos, deve ser cobrada a anuidade em duodécimo no **CRM de origem** e a anuidade completa no **CRM de destino**.
- O médico portador de deficiência poderá informar se esta é motora, visual, auditiva ou outra, se é congênita ou adquirida e se está adaptado.
- Caso o médico tenha comprovado sua graduação por meio de declaração ou certidão de colação de grau, quando regularizada sua situação no CRM de origem, deverá o médico enviar a cópia do seu diploma para os demais CRMs nos quais possuir inscrição secundária ativa.

# REATIVAÇÃO

*Inscrição cancelada por três motivações:*

- *A pedido*
- *Não apresentação do diploma*
- *Revogação de liminar ou medida judicial*

## CANCELAMENTO A PEDIDO

*O próprio médico solicita o cancelamento da inscrição e retorna requerendo sua reativação.*

### Procedimentos no CRM DE ORIGEM:

1. O médico (ou seu procurador) deve preencher e assinar o Requerimento de Serviços Diversos (Anexo II-D), solicitando a reativação de sua inscrição principal no CRM em que é mantida sua inscrição principal, presencialmente ou por e-mail (sendo que o e-mail aceito para essa finalidade será o constante no cadastro do CRM) ou pelo Portal de Serviços (quando houver).
2. O **médico** deverá, na ocasião do preenchimento do formulário, apresentar os documentos exigidos para a reativação.

### Documentos necessários:

- Requerimento Único devidamente assinado.
- CPM (capa verde) ou e-CPM.
  - No caso da versão digital da Carteira Profissional (e-CPM), as anotações serão automáticas sem a necessidade de comparecimento ao CRM.

- Quanto à CPM – BOX, sua atualização é responsabilidade e desejo do médico que deverá apresentá-la ao CRM para as anotações que se façam necessárias.
  - Comprovante ou declaração de endereço (**Anexo V-B**).
3. O **CRM** deverá emitir os boletos ou prestar as orientações referentes ao recolhimento da anuidade proporcional e taxa.
  4. Após o recolhimento, o CRM procede à análise da documentação apresentada.
  5. Se necessário coletar os dados biométricos do médico (foto, digitais e assinatura) deverá seguir as instruções contidas na Primeira Inscrição.
  6. Reativação do médico no Cadastro de Médico:
    - a. Após validação dos documentos, recolhidas anuidade e taxas, devem ser adotadas as seguintes providências:
      - Reativar o médico no Cadastro dos Médicos do CRM no qual a inscrição encontra-se cancelada, mantendo o número de CRM existente.
      - Solicitar a emissão da Cédula de Identidade Médica (CIM), do Certificado Digital se solicitado pelo médico e providenciar anotação na CPM caso tenha sido apresentada fisicamente.

## **NÃO APRESENTAÇÃO DO DIPLOMA**

Médico, inscrito com declaração/certidão de colação de grau, que não apresentou o diploma no prazo de 120 dias.

### **Procedimentos no CRM**

1. O **médico (ou seu procurador)** deverá preencher e assinar o Requerimento de Serviços Diversos (Anexo II-D), solicitando

a reativação de sua inscrição com a devida apresentação do diploma original presencialmente ou por e-mail (sendo que o e-mail aceito para essa finalidade será o constante no cadastro do CRM) ou pelo Portal de Serviços (quando houver).

2. O **médico** deverá, na ocasião do preenchimento do formulário, apresentar os documentos exigidos para a reativação.

**Documentos necessários:**

- Requerimento de serviços diversos devidamente assinados.
  - Diploma físico original ou e-diploma.
3. O **CRM** deverá emitir os boletos ou prestar informações sobre o recolhimento das taxas de reativação e, se for o caso, anuidade proporcional.
  4. O **CRM** deve reter, para que se torne parte integrante do prontuário do médico, o Requerimento de Serviços Diversos (**Anexo II-D**) e cópia do diploma.
    - a. Após a apresentação do diploma, devem ser adotadas as seguintes providências:
      - Reativar o médico no Cadastro dos Médicos do Conselho Regional de Medicina, mantendo o número de CRM existente.
      - Enviar comunicação aos Conselhos Regionais em que o médico possui inscrição(ões) secundária(s), encaminhando cópia do diploma para atualização do registro do médico.
      - O CRM em que o médico possui inscrição secundária, ao receber a comunicação da regularização com a apresentação do diploma, requisita a reativação e deverá emitir boleto com a taxa de inscrição (análise) e, após recolhidas as taxas e analisados os documentos, proceder à reativação.

## DECISÃO JUDICIAL

Inscrição por meio de liminar ou decisão judicial, revogada e posteriormente restabelecida por nova liminar ou decisão judicial sem trânsito em julgado.

### Procedimentos no CRM

1. O **médico (ou seu procurador)** deverá preencher e assinar o Requerimento de Serviços Diversos (Anexo II-D), solicitando a reativação de sua inscrição provisória, com a devida apresentação de liminar ou decisão judicial sem trânsito em julgado, presencialmente ou por e-mail (sendo que o e-mail aceito para essa finalidade será o constante no cadastro do CRM) ou pelo Portal de Serviços (quando houver).
2. O **médico** deverá, na ocasião do preenchimento do formulário, apresentar os documentos exigidos para a reativação.

#### Documentos necessários:

- Requerimento de serviços diversos devidamente assinados.
  - Liminar ou decisão judicial sem trânsito em julgado.
3. O **CRM** deverá emitir os boletos ou prestar informações sobre o recolhimento das taxas de reativação e, se for o caso, anuidade proporcional.
  4. O **CRM** deve reter, para que se torne parte integrante do prontuário do médico, o Requerimento de Serviços Diversos (Anexo II-D) e cópia liminar ou decisão judicial sem trânsito em julgado.
  5. Reativação da inscrição no Cadastro de Médico.
    - A. Após a apresentação da liminar ou decisão judicial sem trânsito em julgado, devem ser adotadas as seguintes providências:

- Encaminhar para análise e parecer da Assessoria Jurídica.
- Conforme parecer reativar ou não o registro do médico no, mantendo o número de CRM.

## **REATIVAÇÃO COM TRANSFERÊNCIA**

Reativação da inscrição principal na origem com a transferência imediata para outra unidade da federação

### **Procedimentos no CRM**

Solicitação de reativação com transferência para outra unidade da federação.

## **INSCRIÇÃO TIPO PRINCIPAL**

### **O MÉDICO**

- I. O médico deve solicitar diretamente por e-mail (sendo que o e-mail aceito para essa finalidade será o constante no cadastro do CRM) ou via CRM de origem, presencialmente ou pelo Portal de Serviços (quando houver), a reativação de sua inscrição PRINCIPAL com imediata transferência para a jurisdição em que deseja ser inscrito. Além disso, o e-mail deve conter, obrigatoriamente, as seguintes informações:
  - Número do CRM a ser reativado
  - CPF
  - Nome completo
  - Telefone
  - Indicação do estado ao qual pretende se vincular
  - Outros documentos, quando necessário

### **CRM DE ORIGEM**

- I. O **CRM DE ORIGEM** emite o boleto de taxa de análise e a anuidade proporcional e encaminha por e-mail ao médico solicitante.

- II. Após o recolhimento da taxa de análise e anuidade proporcional pelo médico solicitante, procede à análise da solicitação.
- III. Após análise, estando em conformidade, reativa a inscrição, libera e emite o CERTIFICADO DE REGULARIDADE DE INSCRIÇÃO, direcionado ao CRM DE DESTINO.

### **CRM DE DESTINO**

- I. O **CRM de destino** deve seguir os procedimentos estabelecidos em inscrição por transferência oriunda de outro CRM.
- II. Após a realização da inscrição, deve retornar OFÍCIO DE CONFIRMAÇÃO.

## **INSCRIÇÃO TIPO PROVISÓRIA**

### **MÉDICO**

- I. O médico deve solicitar diretamente por e-mail (sendo que o e-mail aceito para essa finalidade será o constante no cadastro do CRM) ao CRM de ORIGEM a reativação de sua inscrição PROVISÓRIA com imediata transferência para outra jurisdição em que deseja ser inscrito. O e-mail deve conter, obrigatoriamente, as seguintes informações:
  - Número do CRM a ser reativado
  - CPF
  - Nome completo
  - Telefone
  - Indicação do estado ao qual pretende se vincular
  - Liminar ou decisão judicial (obrigatoriamente, deverá apresentar a liminar ou decisão judicial que determina ou autoriza a Inscrição Provisória do médico no Conselho Regional da jurisdição onde pretendem atuar)
  - Outros documentos, quando solicitado
- II. O médico deve recolher a taxa de análise e a anuidade proporcional para obter a reativação de sua inscrição.

## **CRM DE ORIGEM**

- I. O **CRM de origem** emite o boleto de taxa de análise e anuidade proporcional e encaminha por e-mail ao médico solicitante.
- II. Após o recolhimento da taxa de análise e anuidade proporcional pelo médico solicitante, procede à análise da solicitação.
- III. **Após** a análise, estando em conformidade, libera e emite o Certificado de Regularidade da Inscrição Provisória, direcionado ao CRM DE DESTINO da jurisdição em que a liminar ou decisão judicial autoriza a atuação do médico.
- IV. A situação do médico no CRM DE ORIGEM será **SEM EXERCÍCIO NA UF.**

## **CRM DE DESTINO**

- I. O **CRM de destino** deve seguir os procedimentos estabelecidos em inscrição provisória oriunda de outro CRM com liminar autorizando a transferência para o estado.
- II. Após a realização da inscrição, deve retornar OFÍCIO DE CONFIRMAÇÃO.

## **REATIVAÇÃO COM TRANSFERÊNCIA DE INSCRIÇÃO INATIVA**

Médico com Inscrição Principal ou Provisória inativa que deseja se inscrever em outra jurisdição.

### **Procedimentos no CRM**

#### **MÉDICO**

O médico deve solicitar ao CRM de origem, onde possui sua inscrição principal/provisória inativa, a transferência dessa inscrição para o CRM de destino, onde reativará sua inscrição como principal/provisória principal. A solicitação poderá ser feita por e-mail (sendo que o e-mail aceito para essa finalidade será o constante no cadastro do CRM) ou pelo Portal de Serviços (ANEXO III-D).

Os documentos a serem enviados em anexo incluem:

- Formulário de solicitação de transferência: preenchido e assinado.

- Documento de identidade: cópia do RG ou outro documento oficial com foto.
- Comprovante de residência: atualizado e em nome do solicitante.
- Se for o caso, apresentar liminar ou decisão judicial, que determina a Inscrição Provisória do médico no CRM da jurisdição onde pretende atuar.

## CRM ORIGEM

1. Após o recebimento da solicitação analisa e adota as seguintes providências:

- **Principal**

Após análise e confirmação de conformidade, o Certificado de Inscrição Principal Inativa é emitido e direcionado ao CRM de destino.

- **Provisória (Principal)**

Após análise e confirmação de conformidade, o Certificado de Inscrição Provisória Inativa é liberado, emitido e encaminhado ao CRM de destino na jurisdição em que há liminar ou decisão judicial autorizada.

**Observação:** A liminar ou decisão judicial deve, obrigatoriamente, indicar que o médico está autorizado a atuar na jurisdição para a qual solicitar.

2. O histórico da Transferência do médico deve ser:
  - a. **Transferência Inscrição Principal – INATIVA ou**
  - b. **Transferência Inscrição Provisória – INATIVA**
3. Caso haja débitos de exercícios anteriores, o médico deverá assinar o Termo de Ciência e Responsabilidade de Transferência com Débitos de Anuidades de anos anteriores (ANEXO IV-D).

## CRM DESTINO

Ao receber o Certificado de Inscrição Principal/Provisória Inativa, toma as seguintes providências:

- a. Emite o boleto ou informa o médico sobre o recolhimento da anuidade proporcional e taxas.
- b. Após confirmado o recolhimento da anuidade e taxas:
  - Caso a inscrição seja **PRINCIPAL**, deve dar andamento seguindo os mesmos trâmites de uma inscrição por transferência normal.
  - Caso a inscrição seja **PROVISÓRIA**, deve seguir os procedimentos estabelecidos em inscrição provisória oriunda de outro CRM com liminar.

O histórico da inscrição do médico deve ser:

- c. **Inscrição por transferência principal – INATIVA** ou
- d. **Inscrição por transferência provisória – INATIVA**

Após efetivada a inscrição deve ser encaminhado o **OFÍCIO DE CONFIRMAÇÃO** ao **CRM DE ORIGEM**.

# GUIA E PROCEDIMENTOS DE INSCRIÇÃO DE MÉDICOS

## TIPO: SECUNDÁRIA

### DEFINIÇÕES E CARACTERÍSTICAS

Inscrição secundária é aquela que o médico abre em outros estados, mantendo sua inscrição principal ativa em outro CRM.



**O médico poderá manter quantas inscrições secundárias desejar**, devendo recolher anuidades nos Conselhos Regionais onde mantiver sua inscrição ativa, independentemente de estar exercendo ou não a medicina naqueles estados, até que solicite e obtenha o cancelamento das respectivas inscrições.

Esse procedimento pode ser realizado de acordo com as seguintes modalidades:

a. **Inscrição secundária:**

- I. **Simples:** quando o médico solicita inscrição secundária em outra unidade da federação, mantendo sua inscrição PRINCIPAL ativa em outro estado.
- II. **Provisória:** obtida por meio de liminar ou decisão judicial não transitada em julgado, quando o médico possui inscrição principal provisória em outro estado.
- III. **Reinscrição secundária:**

- a. **Simples:** quando o médico solicita inscrição secundária e possui INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA anterior desativada. Nesse caso, deve ser reinscrito com o número do CRM anterior existente.

- b. **Com transformação:** quando o médico solicita inscrição secundária e possui inscrição principal anterior desativada. Essa inscrição deve manter o número do CRM existente e será reinscrita com transformação do tipo principal em secundária.

## INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

*Aquela que o médico faz em outros CRMs sem transferência da inscrição principal ativa que possui.*

## PROCEDIMENTOS DO MÉDICO

1. **O médico** deve solicitar pelo portal de serviços de seu estado a **Inscrição Secundária em outra UF**, adotando os seguintes procedimentos:
  - a. Preencher o formulário eletrônico requerendo Inscrição Secundária na jurisdição onde pretende atuar.
  - b. **O médico** deve anexar a documentação necessária.
  - c. Assinar eletronicamente o Termo de Ciência e Compromisso de Inscrição (Anexo IV-A), que será remetido aos **CRMs de origem e destino**.
  - d. Emitir boleto para recolhimento da anuidade proporcional e taxas junto ao **CRM de Destino** e efetuar o pagamento.
  - e. **O médico**, se solicitado, deverá comparecer ao CRM de destino para regularização de pendências em seu processo de Inscrição Secundária.
  - f. Caso o médico tenha especialidade registrada, o Portal de Serviço deve questionar se deseja registrar no **CRM de destino** essa especialidade.
  - g. Caso positivo, o sistema o orientará com a seguinte mensagem:  
**“Após a efetivação de sua inscrição secundária, faça a solicitação de registro de especialidade oriunda de outro CRM, no portal de Serviço”.**

## PROCEDIMENTOS NO CRM DE ORIGEM

1. O **CRM de origem** recebe e analisa o requerimento de solicitação de Inscrição Secundária em outra UF e adota as seguintes providências:
  - a. Envia uma cópia do Certificado de Regularidade de Inscrição Secundária em outra UF para o médico requerente.
  - b. Encaminha o Certificado de Regularidade de Inscrição Secundária ao CRM DE DESTINO, acompanhado dos arquivos digitais contendo os dados cadastrais do médico, os dados biométricos e outros documentos necessários ao processo de inscrição que possua.
  - c. Aguarda o ofício de confirmação ou repúdio para anotar a efetivação da inscrição secundária no CRM de destino.
  - d. Caso os dados biométricos sejam anteriores a 1 de agosto de 2017, estes não serão enviados, devendo ser coletados novamente no CRM de destino ou origem.

## PROCEDIMENTOS NO CRM DE DESTINO

1. O **CRM de destino**, ao receber o Certificado de Regularidade, juntamente com todos os dados cadastrais e biométricos enviados pelo CRM de origem, deve protocolá-lo e aguardar a confirmação da solicitação do médico de forma presencial ou por e-mail (sendo que o e-mail aceito para essa finalidade será o constante no cadastro do CRM) por até 45 dias.
2. Na situação em que os dados cadastrais e biométricos estejam íntegros, a Inscrição Secundária poderá ocorrer sem a necessidade de comparecimento do médico ao CRM de destino. Caso os dados biométricos sejam anteriores a 1 de agosto de 2017, estes não serão enviados, devendo ser coletados novamente no CRM de destino ou origem.
3. Os documentos comprobatórios (documentos de identificação e formação) do médico deverão ser enviados por ele ao CRM

- de destino presencialmente ou por e-mail ou pelo Portal de Serviços (quando houver).
4. Após o recolhimento das taxas, proceder à análise e validação da documentação cadastral.
  5. Se necessário, coletar os dados biométricos do médico (foto, digitais e assinatura) seguindo as mesmas instruções da Inscrição Principal.
  6. Inclusão do médico no Cadastro de Médico do CRM **de destino**: Após cumpridas todas as etapas de validação e verificado o recolhimento das taxas, devem ser adotadas as seguintes providências:
    - c. Incluir o médico na modalidade SECUNDÁRIA.
    - d. O CRM de destino deve comunicar ao CRM de origem, por meio da central de transferência ou ofício de confirmação, a efetivação da inscrição.
    - e. O procedimento de secundária do médico somente se dará por finalizado após o recebimento, por parte do CRM de origem, do TERMO DE CONCLUSÃO do processo.

## 7. Documentos Civis:

**Documento de Identificação:** A identificação civil é atestada por qualquer dos seguintes documentos (Lei nº 12.037, Art. 5º):

- Carteira de identidade
- Carteira de identificação funcional
- Carteira de trabalho
- CPM
- Passaporte



Os documentos devem ser apresentados em bom estado de conservação e possuir foto que identifique plenamente o titular.

Não serão aceitos documentos que não identifiquem plenamente o titular.

Parágrafo único. Para as finalidades desta Lei, equiparam-se aos documentos de identificação civis os documentos de identificação militares.

- **CPF** ou comprovante de situação cadastral do CPF disponibilizado no site da Receita Federal, caso não conste no documento de identificação.

- **Título Eleitoral** físico ou digital com comprovação de regularidade ou Certidão de quitação eleitoral atualizada, conforme dispõe o Decreto nº 10.911/2021.

- **Regularidade militar** – exigido para homens com até 38 anos.

**Lei nº 5.292/1967** – Dispõe sobre a prestação do Serviço Militar pelos estudantes de Medicina, Farmácia, Odontologia e Veterinária e pelos Médicos, Farmacêuticos, Dentistas e Veterinários em decorrência de dispositivos da Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964.

§ 4º A Prestação do Serviço Militar a que se refere a letra a do parágrafo único do art. 3º é devida até o dia 31 de dezembro do ano em que o brasileiro completar 38 (trinta e oito) anos de idade.

**Lei nº 12.336/2010 – Art. 4º:** “Aos concluintes dos cursos nos IEs destinados à formação de médicos, farmacêuticos, dentistas e veterinários que não tenham prestado o serviço militar inicial obrigatório no momento da convocação de sua classe, por adiamento ou dispensa de incorporação, deverão prestar o serviço militar no ano seguinte ao da conclusão do respectivo curso ou após a realização de programa de residência médica ou pós-graduação [...]”.

(Anexo XXV – processo de validação de documentos – civis e militares).

**Constituem prova de regularidade militar segundo a Lei nº 4.375/64**

- Certificado de Alistamento Militar, nos limites da sua validade
- Certificado de Reservista: 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> categoria
- Certificado de Isenção

- Certificado de Dispensa de Incorporação (CDI) ou Certificado de Dispensa de Incorporação – Especial (CDI-E) desde que emitido após a data da colação

Observação: O médico recém-formado poderá apresentar ainda uma **Declaração** de que está em dia, mas não quite com o Serviço Militar. A declaração é emitida pela Seção de Serviço Militar ou pelo Presidente da Comissão de Seleção Especial (MFDV), devendo ser observada sua validade.

- **Comprovante de endereço:** comprovante de endereço em seu nome ou dos seus pais, contrato de locação de imóvel ou declaração de moradia/residência (Anexo V-B).
- **Comprovante de graduação:**
  - Formados no BRASIL: cópia do Diploma de graduação em Medicina, registrado no Ministério da Educação (MEC) ou Declaração/Certidão de Colação de Grau emitida por instituições reconhecidas oficialmente pelo MEC.
  - Formados no EXTERIOR: cópia do diploma de conclusão do curso de medicina previamente **revalidado** e **registrado** em universidade brasileira autorizada pelo MEC, com tradução juramentada, exigindo-se que o diploma tenha sido certificado pela representação diplomática brasileira no país onde foi emitido.

#### C. **Validação de documentos:**

- O(s) documento(s) civil(s) apresentados (cópia) devem ser analisados e validados por funcionário do CRM, e anexados ao prontuário do médico.

#### D. **Validação dos documentos de graduação do médico:**

- A validação realizada pelo **CRM de origem** deve ser considerada pelo **CRM de destino**, exceto quando possua informações que deixem alguma dúvida ou suspeita.

**Observação Importante:** no caso dos documentos apresentados pelo médico terem causado qualquer suspeita, deve ser mantido contato com o CRM de origem, e se mesmo assim a dúvida ou suspeita persistir o próprio CRM de destino em paralelo ao processo de inscrição poderá solicitar novas informações às faculdades.

## 8. Informações complementares:

- Caso o médico não confirme ao CRM DE DESTINO no prazo de até 45 dias, os certificados de regularidade e de especialidade perdem a validade, e o CRM de destino deverá encaminhar **ofício de repúdio** ao CRM de origem informando a não efetivação da transferência.
- Quando o médico solicitar transferência para outro CRM, deve quitar a anuidade no **CRM de origem, exceto** nas situações em que possuir **inscrição secundária no CRM de destino**. Nesses casos, deve ser cobrada a anuidade em duodécimo no **CRM de origem** e a anuidade completa no **CRM de destino**.
- O médico portador de deficiência poderá informar se esta é motora, visual, auditiva ou outra, se é congênita ou adquirida e se está adaptado.
- Caso o médico tenha comprovado sua graduação por meio de declaração ou certidão de colação de grau, quando regularizada sua situação no CRM de origem, deverá o médico enviar a cópia do seu diploma para os demais CRMs onde possuir inscrição secundária ativa.

## Observações Importantes

- I. O médico portador de deficiência poderá informar se esta é motora, visual, auditiva ou outra, se é congênita ou adquirida e se está adaptado.
- II. O profissional, para efetivar a inscrição secundária, deverá recolher anuidade proporcional em duodécimos equivalentes ao número de meses restantes desde a data de sua inscrição até o final do exercício.

- III. No caso de mudança de nome ou de nacionalidade, deverá ser apresentada a certidão comprobatória ou o RG já averbado.
- IV. Caso o profissional não possua a CPM por motivo de extravio ou roubo, deverá apresentar o Boletim de Ocorrência pertinente para que o CRM de origem emita a segunda via.

## REINSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

*Quando o médico possuir inscrição anterior cancelada, manter o número do CRM existente e, se for do tipo principal, deve ser transformado para inscrição secundária.*

### PROCEDIMENTOS DO MÉDICO

1. **O médico** deve solicitar por meio do portal de serviços de seu estado a **Inscrição Secundária em outra UF**, adotando os seguintes procedimentos:
  - Preencher o formulário eletrônico requerendo Inscrição Secundária na jurisdição onde pretende atuar.
  - **O médico** deve anexar a documentação necessária.
  - Assinar eletronicamente o Termo de Ciência e Compromisso de Inscrição, que será remetido aos **CRMs de origem e destino**.
  - Emitir boleto para recolhimento da anuidade proporcional e taxas junto ao **CRM de Destino** e efetuar o pagamento.
  - **O médico**, se solicitado, deverá comparecer ao CRM de destino para regularização de pendências em seu processo de Inscrição Secundária.
  - Caso o médico tenha especialidade registrada, o Portal de Serviço deve questionar se deseja registrar no **CRM de destino** essa especialidade.
  - Caso positivo, o sistema o orientará com a seguinte mensagem:  
***“Após a efetivação de sua inscrição secundária, faça a solicitação de registro de especialidade oriunda de outro CRM, no portal de Serviço”.***

## PROCEDIMENTOS NO CRM DE ORIGEM

1. O **CRM de origem** recebe e analisa o requerimento de solicitação de Inscrição Secundária em outra UF e adota as seguintes providências:
  - Enviar uma cópia do Certificado de Regularidade de Inscrição Secundária em outra UF para o médico requerente.
  - Encaminhar o Certificado de Regularidade de Inscrição Secundária ao CRM de destino, acompanhado dos arquivos digitais contendo os dados cadastrais do médico, os dados biométricos e outros documentos necessários ao processo de inscrição que possua.
  - Aguardar o ofício de confirmação ou repúdio para anotar a efetivação da inscrição secundária no CRM de destino.
  - Caso os dados biométricos sejam anteriores a 1 de agosto de 2017, estes não serão enviados, devendo ser coletados novamente no CRM de destino ou origem.

## PROCEDIMENTOS NO CRM DE DESTINO

1. O **CRM de destino**, assim que receber a solicitação de Inscrição Secundária com os dados cadastrais, documentos comprobatórios e os certificados do médico, confere e toma providências.
  - Análise dos dados cadastrais e biométricos.
  - Na situação em que os dados cadastrais e biométricos estejam íntegros, a Reinscrição Secundária poderá ocorrer sem a necessidade de comparecimento do médico ao CRM de destino. Caso os dados biométricos sejam anteriores a 1 de agosto de 2017, estes não serão enviados, devendo ser coletados novamente no CRM de destino ou origem.
  - Caso seja necessário solicitar documentos comprobatórios (documentos de identificação e formação) do médico, estes deverão ser enviados ou entregues por ele ao CRM de destino presencialmente ou por e-mail (sendo que o e-mail

aceito para essa finalidade será o constante no cadastro do CRM de origem) ou pelo Portal de Serviços (quando houver).

• **Análise dos dados cadastrais e biométricos:**

- Se os dados cadastrais não estiverem válidos, solicitar ao **CRM de origem** o reenvio. Se os dados continuarem inconsistentes, solicitar o comparecimento do médico.
- Se os dados biométricos não estiverem válidos e atualizados, solicitar o comparecimento do médico para nova captura no CRM de origem ou destino.

• **Análise da documentação enviada:**

- Se os documentos não estiverem de acordo, solicitar complemento ao médico.

2. O **CRM de destino** deverá aguardar o recolhimento da anuidade e taxa para dar seguimento ao processo de inscrição.

- Efetivado o recolhimento da anuidade e taxas, e com os dados cadastrais e biométricos válidos, finalizar o processo de inscrição e enviar **OFÍCIO DE CONFIRMAÇÃO** ao CRM de origem.
- Caso não seja efetivado o recolhimento de anuidade e taxas dentro do prazo de validade do Certificado de Regularidade, encaminhar **OFÍCIO DE REPÚDIO** ao CRM DE ORIGEM, informado da não efetivação da inscrição secundária.

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

### Apresentação de CPM

Se o médico possuir a e-CPM, a apresentação da versão física fica dispensada.

Caso o médico deseje anotação na CPM (BOX) deverá apresentá-la posteriormente para registro.

### Observações Importantes

- I. O médico portador de deficiência poderá informar se esta é motora, visual, auditiva ou outra, se é congênita ou adquirida e se está adaptado.

- II. O profissional, para efetivar a reinscrição secundária, deverá recolher anuidade proporcional em duodécimos equivalentes ao número de meses restantes a partir da data de sua inscrição até o final do exercício.
- III. No caso de mudança de nome ou de nacionalidade, deverá ser apresentada a certidão comprobatória ou o RG já averbado.
- IV. Caso o profissional não possua a CPM por motivo de extravio ou roubo, deverá apresentar o Boletim de Ocorrência pertinente para que o CRM de origem emita a segunda via.

# GUIA E PROCEDIMENTOS DE INSCRIÇÃO DE MÉDICOS

## TIPO: PROVISÓRIA

### **DEFINIÇÕES E CARACTERÍSTICAS**

Inscrição concedida provisoriamente a estudantes de medicina formados no Brasil ou no exterior, cumprindo **medida liminar ou sentença judicial** não transitada em julgado em desfavor dos CRMs ou em desfavor de terceiros; porém, seus efeitos se estendem à instituição, permitindo o registro ou a reintegração do registro nos quadros dos CRMs.

A inscrição provisória por medida judicial (medida liminar ou sentença judicial) deverá ser realizada de acordo com a resolução CFM vigente. Pode ser realizada de acordo com as seguintes modalidades:

1. **Inscrição principal provisória:** é a inscrição determinada por **medida liminar ou sentença judicial**.
2. **Transferência de inscrição principal provisória:** movimentação da inscrição provisória oriunda de outro CRM com medida judicial (**medida liminar ou sentença judicial**) que permita a transferência para o estado.
3. **Inscrição secundária provisória:** aquela em que o médico solicita inscrição mantendo a inscrição provisória principal que possui em outro CRM.
4. **Reinscrição secundária provisória** (reativação de inscrição secundária cancelada anteriormente).  
Existem ainda duas submodalidades:

- a) **Reativação:** a inscrição cancelada por prazo de validade de liminar é reativada com a apresentação de nova liminar.
- b) **Regularização:** da pendência que mantinha a inscrição como provisória é sanada e o médico obtém o direito de receber a inscrição principal.

## INSCRIÇÃO PROVISÓRIA

*Se trata da inscrição estabelecida por medida judicial.*

### PROCEDIMENTOS

A inscrição principal provisória por medida judicial deverá ser realizada de acordo com a resolução CFM vigente.

1. O **médico** solicita, no portal de serviços, sua inscrição em formulário próprio e comparece pessoalmente para coleta de dados biométricos e apresentação da documentação original para possibilitar a autenticação da cópia por parte do funcionário do CRM, que deve comparar original e cópia e escrever a frase “De acordo com original”, atestando a autenticidade e liberando os documentos originais. As cópias autenticadas/digitalizadas serão parte integrante do prontuário do médico.
2. O médico, além de fornecer cópias dos documentos de identificação e formação, deverá entregar também cópia da medida liminar ou sentença judicial que lhe garante o registro.
3. O médico deverá emitir e recolher os boletos pertinentes a anuidade e taxas.
4. Após o pagamento, o CRM procede à análise inicial da documentação.
5. O Setor de Registro deve encaminhar para avaliação da Assessoria Jurídica o processo, para que seja emitida nota técnica/parecer a ser aprovada pela Diretoria e, posteriormente, encaminhada ao setor competente para a conclusão do processo.
6. Após o recebimento da nota técnica/parecer/parecer, caso seja favorável à inscrição, o Setor de Registro deve iniciar a validação dos documentos e a comprovação de graduação.



**Os procedimentos a serem adotados com relação aos documentos, conferências e confirmações devem seguir os mesmos critérios da Primeira Inscrição. Lembrando que esse tipo de inscrição terá prazo inicial de 120 dias, devendo ser prorrogada ou não a cada período.**

## TRANSFERÊNCIA DE INSCRIÇÃO PROVISÓRIA

*Inscrição provisória oriunda de outro CRM com liminar autorizando a transferência para o estado.*

### Importante

A inscrição provisória por transferência com medida judicial deverá ser realizada de acordo com a resolução CFM vigente. Lembrando que o médico só poderá se inscrever em outra jurisdição se o teor de sua medida judicial assim permitir.

## PROCEDIMENTOS NO MÉDICO

- **O médico** poderá solicitar por meio do portal de serviços de seu estado ou por e-mail (desde que seja o mesmo e-mail que conste no cadastro) a **Inscrição por Transferência Provisória em outra UF**.
- Preencher o formulário eletrônico requerendo Inscrição por Transferência na jurisdição onde pretende atuar.
- Anexar a documentação necessária.
- Emitir boleto para recolhimento de taxas junto ao **CRM de destino** e efetuar o pagamento.
- Se solicitado, deverá comparecer ao CRM de destino para regularização de pendências em seu processo de Inscrição por Transferência Provisória.



**Os procedimentos a serem adotados com relação aos documentos, conferências e confirmações devem seguir os mesmos critérios da Inscrição Provisória com relação a análise do Jurídico em conjunto com a Inscrição por Transferência para os demais procedimentos. Lembrando que esse tipo de inscrição terá prazo inicial de 120 dias, devendo ser prorrogada ou não a cada período.**

## INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA PROVISÓRIA

*Inscrição provisória secundária oriunda de outro CRM em que o médico possui Inscrição Principal Provisória com liminar autorizando Inscrição Secundária em sua jurisdição*

### Importante

A inscrição provisória secundária com medida judicial deverá ser realizada de acordo com a resolução CFM vigente. Lembrando que o médico só poderá se inscrever em outra jurisdição se o teor de sua medida judicial assim permitir.

## PROCEDIMENTOS NO MÉDICO

1. **O médico** poderá solicitar por meio do portal de serviços de seu estado ou por e-mail (desde de que seja o mesmo e-mail que conste no cadastro) a **inscrição secundária provisória em outra UF**.
  - Preencher o formulário eletrônico requerendo Inscrição Secundária na jurisdição onde pretende atuar.
  - Anexar a documentação necessária.
  - Assinar o Termo de Ciência e Compromisso de Inscrição, que será remetido aos **CRMs de origem e destino**.
  - Emitir boleto para recolhimento da anuidade proporcional e taxas junto ao **CRM de destino** e efetuar o pagamento.
  - Se solicitado, deverá comparecer ao CRM de destino para regularização de pendências em seu processo de Inscrição Secundária Provisória.



**Os procedimentos a serem adotados com relação aos documentos, conferências e confirmações devem seguir os mesmos critérios da inscrição provisória com relação a análise do Jurídico em conjunto com a Inscrição Secundária**

**para os demais procedimentos. Lembrando que esse tipo de inscrição terá prazo inicial de 120 dias, devendo ser prorrogada ou não a cada período.**

## REGULARIZAÇÃO

*A pendência que mantinha a inscrição como provisória é sanada e o médico ganha o direito de obter a inscrição definitiva*

### PROCEDIMENTOS

1. O **médico** deverá presencialmente ou por e-mail (desde que seja o mesmo e-mail que conste no cadastro) ou pelo Portal de Serviços (quando houver), solicitando transformação e anexando a medida judicial liminar, confirmada por sentença transitada em julgado, ou a caracterização de que as pendências que impediam a inscrição em definitivo estão sanadas.
  - Caso compareça presencialmente, deve preencher e assinar o Requerimento de Serviços Diversos (**Anexo II-D**).
2. O pedido é encaminhado à Assessoria Jurídica, que fará a verificação dos documentos e emitirá nota técnica/parecer sobre a condição da inscrição e se esta deve ser regularizada.
3. A nota técnica/parecer é encaminhada para aprovação da Diretoria. Caso aprovada, é encaminhada ao setor competente para que as alterações sejam feitas no CNM e na Carteira Profissional de Médico (conforme resoluções vigentes).
4. O setor competente registra no CNM o novo histórico de regularização da inscrição, estabelece-a como **primeira inscrição** e altera seu tipo para **principal**.
5. O setor competente registra no CNM o novo histórico de regularização da inscrição, estabelece-a como **inscrição secundária provisória** e altera seu tipo para **inscrição secundária**.
6. É facultada a emissão de nova carteira profissional mediante pagamento de taxa.

7. Emitir CIM, Certificado Digital e registrar os dados do diploma no sistema.

## **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS (ORIGINAL E CÓPIA)**

- I. Requerimento Único preenchido e assinado (Anexo II-F), inscrição com regularização de provisória para principal e requerimento para emissão da Cédula de Identidade de Médico, apresentando os documentos exigidos.
- II. Cópia da medida liminar judicial transitada em julgado.
- III. Carteira Profissional de Médico.
- IV. Comprovante do pagamento das taxas.

# GUIA E PROCEDIMENTOS DE INSCRIÇÃO DE MÉDICOS

## TIPO: MÉDICO ESTRANGEIRO E AUTORIZAÇÃO ESPECIAL PARA CURSAR PÓS-GRADUAÇÃO

### DEFINIÇÕES E CARACTERÍSTICAS

A permanência legal de estrangeiros no Brasil é regulada, de forma genérica e precípua, pela Constituição Federal brasileira e, de forma específica, pelo Estatuto do Estrangeiro (**Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017**), por tratados, convenções e acordos internacionais, bem como leis, decretos, regulamentos e normas administrativas especiais, estas últimas estabelecidas pelos respectivos órgãos de imigração do governo brasileiro. Estão estabelecidos em resolução os procedimentos de inscrição de médicos estrangeiros para os tipos de visto abaixo relacionados.

1. **Visto de refugiado-asilado:** médico estrangeiro, conforme Lei nº 9.747, de 22 de julho de 1997, que define mecanismo para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951 e determina outras providências.
2. **Visto temporário:** médico estrangeiro, conforme **Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017**.
3. **Visto temporário, para cumprir contrato de trabalho:** médico estrangeiro detentor de **visto temporário para cumprir contrato de trabalho** – conforme Resolução CFM nº 2.216/2018: “O médico estrangeiro portador de visto temporário que venha ao Brasil na condição de cientista, professor, técnico ou simplesmente médico, sob regime de contrato ou a serviço do governo brasileiro, está obrigado a inscrever-se nos Conselhos

Regionais de Medicina para o exercício de suas atividades profissionais”.

4. **Licença temporária para estudantes formados no exterior:** modalidade de autorização precária que o CRM fornece aos médicos estrangeiros ou brasileiros formandos no exterior que ainda não possuem diploma revalidado para poderem frequentar os programas de ensino de especialização – vedada a Residência Médica – oferecidos por instituições médico-hospitalares que cumprirem as exigências da resolução vigente. O médico estrangeiro ou brasileiro requerente também estará sujeito às normas da mencionada resolução.
5. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional):** define no seu artigo 48 o reconhecimento dos diplomas de graduação expedidos por universidades estrangeiras.

# INSCRIÇÃO DE MÉDICO ESTRANGEIRO

*Médicos formados no Brasil ou no exterior com Visto Temporário com validade ou Autorização de Residência no Brasil.*

## IMPORTANTE

O médico estrangeiro formado no Brasil ou no exterior pode se registrar nos CRMs e usufruir dos mesmos direitos dos médicos brasileiros quanto ao exercício profissional, podendo ser eleito ou eleger membros nos respectivos Conselhos.

## PROCEDIMENTOS

1. Os procedimentos a serem adotados no caso de solicitações de inscrições de médicos nessas condições deverão seguir os mesmos critérios do processo de Primeira Inscrição com relação aos documentos, conferências e confirmações.
2. O médico deverá preencher o TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO – **(ANEXO II-G)**.
3. Controlar a validade do Visto Temporário obtido pelo estrangeiro, até que este obtenha o Visto com classificação residente.

### Observações Importantes

- I. O médico deve comprovar regularmente a situação de seu visto e a alteração da sua situação no país para que sua inscrição permaneça ativa após a data de validade.
- II. Conforme a Resolução 2.216/2018, o visto temporário de permanência no Brasil ou a autorização de residência no Brasil decorrente do art. 2º do Decreto nº 9.277, não impede o registro do médico nos Conselhos de Medicina,

desde que cumpridas as demais exigências do Manual de Procedimentos Administrativos. No entanto, como o requerente é residente temporário, sua inscrição está condicionada à comprovação da autenticidade do documento e à validade do prazo.

- III. Caso o médico possua apenas o protocolo da Polícia Federal para comprovação de que está aguardando a expedição da cédula de identidade de estrangeiro – **visto temporário ou autorização de residência** –, a Assessoria Jurídica do CRM verificará, além da cópia autenticada do referido protocolo, os seguintes documentos:
  - a. Cópia da divulgação do deferimento do visto no Diário Oficial da União.
  - b. Cópia do passaporte (páginas em que constam a identificação e o visto).
  - c. Certidão, concedida pelo setor de cadastro da Polícia Federal, contendo informações de deferimento do pedido de visto permanente e o número do Registro Nacional de Estrangeiro que constará na cédula de identidade de estrangeiro.
- IV. Conforme posicionamento do Ministério das Relações Exteriores exarado por meio do Ofício nº 40 DIM/DTS/DMS/CVIS, de 15 de agosto de 2013, os cidadãos da Argentina, do Paraguai, do Uruguai, do Chile, da Bolívia, do Peru e da Colômbia podem solicitar residência temporária nos termos do Acordo de Residência dos Estados Partes do Mercosul.

# INSCRIÇÃO DE MÉDICO ESTRANGEIRO

*Médico na condição de Refugiado/asilado político ou territorial*

## IMPORTANTE

Médico estrangeiro detentor de **visto de refugiado/asilado**, conforme a Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997, que define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951.

## PROCEDIMENTOS

1. O **médico** poderá, por meio da internet, no sítio dos CRMs, realizar sua pré-inscrição em formulário *online*.
2. O **médico**, com a documentação exigida, se dirige ao respectivo CRM, preenche e assina o Requerimento Único (**Anexo II-F**) – especificando se é médico estrangeiro refugiado/asilado político ou territorial – e o requerimento de emissão da Cédula de Identidade de Médico Estrangeiro e, em seguida, protocola o seu pedido de inscrição e apresenta a documentação.
3. O **CRM** deverá emitir os boletos bancários de anuidade e taxas.
4. O **CRM** deve reter, para que se torne parte integrante do prontuário do médico, o Requerimento Único (**Anexo II-F**) e as cópias de todos os documentos.
5. O **CRM**, nos casos de diplomas expedidos por universidades estrangeiras revalidados, deverá solicitar confirmação da revalidação encaminhando ofício à universidade/faculdade onde ela foi realizada.

6. O CRM deverá oficiar à universidade estrangeira uma confirmação da formação do médico.  
Obs.: observar o contido na Circular CFM nº 103/2019-Cojur/CFM.

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS (ORIGINAL E CÓPIA)

- I. Requerimento Único, especificando o tipo e a condição de médico estrangeiro com visto de refugiado/asilado devidamente assinado.
- II. Diploma original e cópia (se expedido por universidade estrangeira, deverá estar devidamente revalidado, conforme estabelece a Lei nº 9.394/1996), com tradução juramentada.



Os médicos estrangeiros detentores de visto de refugiado/asilado terão seus diplomas deferidos sem a obrigatoriedade de apresentação de tradução pública, oficializada ou juramentada, desde que preencham as seguintes condições:

O diploma esteja devidamente revalidado por uma universidade pública brasileira, conforme estabelece a Lei nº 9.394/1996  
Sua autenticidade esteja comprovada por apostilamento (oriundo de países signatários da Convenção de Haia) ou autenticação consular (demais países)

A tradução oficial tenha sido dispensada pela universidade pública que procedeu à revalidação

- III. Cópia autenticada da cédula de identidade de estrangeiro – visto de refugiado/asilado.
- IV. Comprovante do pagamento de anuidade e taxas.
- V. Comprovante ou Declaração de Residência (**Anexo V-B**).
- VI. CPF ou comprovante de situação cadastral do CPF disponibilizado no site da Receita Federal.

VII. Coletar os dados biométricos do médico (Foto, Digitais e Assinatura) que deverá seguir as instruções contidas na Primeira Inscrição item 5.



Os Conselhos possuem fé pública, razão pela qual os funcionários podem autenticar as cópias recebidas, após conferidas com os originais, apondo assinatura e carimbo com respectiva identificação.

### **Observações**

- I. O médico portador de deficiência poderá informar se esta é motora, visual, auditiva ou outra, se é congênita ou adquirida e se está adaptado.
- II. Caso o médico possua apenas o protocolo da Polícia Federal para comprovação de que está aguardando a expedição da cédula de identidade de estrangeiro – visto de refugiado/asilado –, a Assessoria Jurídica do CRM verificará, além da cópia autenticada do referido protocolo, os seguintes documentos:
  - a. cópia da divulgação do deferimento do visto no Diário Oficial da União;
  - b. cópia do passaporte (páginas em que constam a identificação e o visto);
  - c. certidão, concedida pelo setor de cadastro da Polícia Federal, contendo informações de deferimento do pedido de visto de refugiado/asilado, data de validade do visto e número do Registro Nacional de Estrangeiro que constará na cédula de identidade de estrangeiro;
  - d. na Carteira Profissional de Médico e na Cédula de Identidade de Médico (**Anexo XXII**) deverá constar a mesma data de validade da cédula de identidade de estrangeiro expedida pela Polícia Federal; e
  - e. caso o médico estrangeiro se inscreva por transferência e não possua cópia traduzida do diploma, ele será inscrito e lhe será concedido o prazo de 90 dias para a apresentação da cópia traduzida.

## INSCRIÇÃO DE MÉDICO ESTRANGEIRO

*Médico com visto temporário para cumprir contrato de trabalho ou a serviço do governo brasileiro*

Médico estrangeiro detentor de **visto temporário para cumprir contrato de trabalho**, conforme Resolução CFM nº 2.216/2018: “O médico estrangeiro portador de visto temporário que venha ao Brasil na condição de cientista, professor, técnico ou simplesmente médico, sob regime de contrato ou a serviço do governo brasileiro, está obrigado a inscrever-se nos Conselhos Regionais de Medicina para o exercício de suas atividades profissionais”.

### PROCEDIMENTOS

1. O **médico** poderá, por meio da internet, no sítio dos CRMs, realizar sua pré-inscrição em formulário *online*.
2. O **médico**, com a documentação exigida, se dirige ao respectivo CRM, preenche e assina o Requerimento Único (**Anexo II-F**) – especificando ser médico estrangeiro com visto temporário para cumprir contrato de trabalho/serviço – e, em seguida, protocola o seu pedido de inscrição e apresenta a documentação.
3. Avaliar a documentação, verificando a vigência do visto temporário.
4. O CRM deverá emitir os boletos bancários de anuidade e taxa de inscrição.
5. O CRM deve reter, para que se torne parte integrante do prontuário do médico, o Requerimento Único (Anexo II-F) e as cópias de todos os documentos.

6. O CRM, nos casos de diplomas expedidos por universidades estrangeiras e revalidados, deverá solicitar confirmação da revalidação encaminhando ofício à universidade/faculdade onde ela foi realizada.
7. Diploma original e cópia (se expedido por universidade estrangeira, deverá estar devidamente revalidado, conforme estabelece a Lei nº 9.394/1996), com tradução juramentada.
8. O CRM deverá enviar à universidade estrangeira uma confirmação da formação do médico.
9. Obs.: Observar o contido na Circular CFM nº 103/2019-Cojur/CFM.
10. O CRM efetua o registro, no qual deverá constar que a inscrição é temporária e cuja data de validade será idêntica à do visto temporário para cumprir contrato de trabalho, coincidente com o tempo de duração do respectivo contrato de trabalho, se for o caso.
11. Emitir Certidão de Inscrição para médico estrangeiro (Anexo IX-B), que conterá o nome da instituição em que o profissional está autorizado a trabalhar e a data de validade coincidente com o tempo de duração do respectivo contrato de trabalho, cujo número sequencial será precedido do código 300.
12. Coletar e alimentar o sistema com os dados biométricos.

## **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS (ORIGINAL E CÓPIA)**

- I. Requerimento Único, especificando o tipo e a condição de médico estrangeiro com visto temporário que vem ao país com contrato ou a serviço do governo brasileiro, devidamente assinado.
- II. Contrato de trabalho e publicação no Diário Oficial da União em que a Coordenação de Imigração publicou a autorização para o trabalho.

- III. CPF ou comprovante de situação cadastral do CPF disponibilizado no site da Receita Federal.
- IV. Registro Nacional de Estrangeiro (RNE) – **visto temporário para cumprir contrato de trabalho.**
- V. Comprovante ou Declaração de Residência (**Anexo V-B**).



O CRM não expedirá CIM ou carteira profissional de médico para detentor de visto temporário para cumprir contrato de trabalho.

### Observações

- I. Caso o médico possua apenas o protocolo da Polícia Federal para comprovação de que está aguardando a expedição da cédula de identidade de estrangeiro – com visto de permanência temporária para cumprir contrato de trabalho –, a Assessoria Jurídica do CRM verificará, além da cópia autenticada do referido protocolo, os seguintes documentos:
  - a. cópia da divulgação do deferimento do visto no Diário Oficial da União;
  - b. cópia do passaporte (páginas em que constam a identificação e o visto); e
  - c. certidão, concedida pelo setor de cadastro da Polícia Federal, contendo informações de deferimento do pedido de visto de permanência temporária para cumprir contrato de trabalho, data de validade e número do RNE que constará na cédula de identidade de estrangeiro.
- II. Nos casos de solicitação de transferência ou inscrição secundária em outro regional, o médico deverá apresentar o novo contrato de trabalho que estabelece o vínculo, respeitados os critérios definidos acima, e os procedimentos serão semelhantes aos adotados para outro tipo de inscrição.
- III. Caso o médico estrangeiro se inscreva por transferência e não possua cópia traduzida do diploma, ele será inscrito e

Ihe será concedido o prazo de 90 dias para a apresentação da cópia traduzida.

- IV. A autorização para trabalho/serviço estará atrelada à validade do visto de permanência constante no documento apresentado pelo médico ou ao período do trabalho/serviço constante no contrato de trabalho/serviço e na publicação do Diário Oficial da União em que a Coordenação de Imigração publicou a autorização para o trabalho, ou seja, será aplicada como data-limite aquela que vencer primeiro.
- V. O médico portador de deficiência poderá informar se esta é motora, visual, auditiva ou outra, se é congênita ou adquirida e se está adaptado.

# LICENÇA TEMPORÁRIA PARA ESTUDANTES FORMADOS NO EXTERIOR

*Brasileiros e estrangeiros formados no exterior sem revalidação do diploma*



Médico estrangeiro detentor de **visto temporário** – conforme Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, artigo 14, inciso I, alínea “a” – e brasileiros com diplomas de medicina obtidos em faculdades no exterior, **porém não revalidados**.

Autorização especial concedida pelo CRM para frequentar programa de ensino de pós-graduação – **exceto Residência Médica** – aos médicos estrangeiros detentores de visto temporário, na condição de estudantes, e aos brasileiros com diplomas de medicina obtidos no exterior **e não revalidados**.

## ORIENTAÇÕES GERAIS

### ■ Para as instituições que oferecem os cursos

- I. Os programas deverão ser preferencialmente desenvolvidos em unidades hospitalares diretamente ligadas a:
  - a. instituições de ensino superior que mantenham programa de Residência Médica na área de interesse, credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM); ou
  - b. instituições com curso de formação reconhecido pela sociedade de especialidade da área e que sejam membros do conselho científico da Associação Médica Brasileira (AMB).
- II. O número de vagas reservadas poderá variar de uma vaga até o máximo de 30% do total de vagas disponibilizadas

- para médicos legalmente inscritos nos CRMs (a instituição deverá apresentar esses números).
- III. O programa de curso deverá ter duração igual à prevista pela Comissão Mista de Especialidades AMB-CFM-CNRM e conteúdo idêntico ao previsto para programas autorizados pela CNRM para cada especialidade.
  - IV. Não poderá haver qualquer tipo de extensão temporal do programa dentro da mesma especialidade, mesmo que exigida pelo país expedidor do diploma.
  - V. Os atos médicos decorrentes do aprendizado somente poderão ser realizados nos locais previamente designados pelo programa e sob supervisão direta de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, que assumirão a responsabilidade solidária por esses atos.
  - VI. É vedada a realização de atos médicos pelo estagiário fora da instituição do programa, ou mesmo em atividades médicas de outra natureza e em locais não previstos pelo programa na mesma instituição, sob pena de incorrer em exercício ilegal da medicina, tendo seu programa imediatamente interrompido, sem prejuízo de outras sanções legais.
  - VII. No certificado de conclusão do curso deverá constar o nome da área do programa, período de realização e, explicitamente, que ele não é válido para atuação profissional em território brasileiro.
  - VIII. O certificado de conclusão do curso não dá direito ao registro de qualificação de especialista pelo CRM.
  - IX. A revalidação do diploma de médico em data posterior ao início do curso não possibilita registro de especialidade com esse certificado, caso em que é possível a habilitação para prova com o objetivo de obtenção de título de especialista, conforme legislação em vigor.
  - X. Os cursos de especialização oferecidos deverão constar no rol de especialidades reconhecidas pelo CFM, conforme resolução vigente. Os casos omissos serão remetidos ao CFM para análise e deliberações.

- XI. Deverá ser apresentado juntamente com o pedido de autorização do médico o programa do curso na íntegra, assim como suas alterações ou atualizações.

■ **Para os estudantes médicos**

- I. Essa autorização será concedida ao estrangeiro portador de visto temporário ou brasileiro formado no exterior, em ambos os casos sem diploma revalidado.
- II. Deve submeter-se a exame de seleção de acordo com as normas estabelecidas e divulgadas pela instituição de destino.
- III. Deve comprovar a conclusão de graduação em medicina no país onde foi expedido o diploma, para todos os programas.
- IV. Deve comprovar a realização de programa equivalente à Residência Médica brasileira, em país estrangeiro, para os programas que exigem pré-requisitos (áreas de atuação), de acordo com a resolução vigente e posteriores.

## **PROCEDIMENTOS**

1. O **médico**, com a documentação exigida, dirige-se ao respectivo CRM, preenche, assina e apresenta os seguintes formulários:
  - a. Requerimento Único – Licença Temporária: **Estudante (Anexo II-C)**, solicitando Autorização Especial para frequentar programa de ensino de pós-graduação, exceto Residência Médica;
  - b. Termo de Ciência e Compromisso do médico estudante (Anexo XIV);
  - c. Declaração, expedida pela instituição de ensino, de que o médico foi aceito para a realização de curso de pós-graduação, indicando o período e que o número de vagas do programa não ultrapassa 30% do total de médicos residentes do primeiro ano na mesma área, credenciados pela CNRM

- na unidade, assinada pelo preceptor do curso e pelo diretor técnico da instituição (Anexo XIII);
- d. Termo de Responsabilidade do Preceptor (Anexo XVI).
2. O **CRM**, de posse da documentação devidamente protocolada, apreciará e procederá conforme o caso:
- 2.1. No caso de **deferimento** da autorização:
- a. Encaminhar para homologação da Autorização Especial (presidente, Diretoria ou Plenário);
  - b. Coletar dados biométricos para alimentação do sistema;
  - c. Registrar o médico estudante no sistema como participante do programa de ensino de pós-graduação, contendo as seguintes informações de identificação: 300 (estudante médico, formado no exterior) + numeração sequencial de CRM + UF, além de instituição de ensino, preceptor, período de duração do curso, validade da autorização da instituição, validade do visto temporário, especialidade, entre outros;
  - d. Anotar no cadastro do preceptor o(s) estudante(s) sob sua supervisão, devendo conter o período de sua supervisão;
  - e. Anotar no cadastro da instituição os estudantes médicos vinculados, devendo conter o período de duração do curso;
  - f. Encaminhar **por e-mail** ofício à instituição e ao professor responsável pelo curso com todos os dados da autorização, juntamente com modelo de carimbo a ser confeccionado e utilizado pelo estudante durante a realização do curso (**Anexo XV**);
  - g. O **CRM** deve comunicar ao CFM via sistema de informação a presença de médico estrangeiro e de brasileiro com diploma de medicina obtido em faculdade no exterior, porém não revalidado, participantes de programa de ensino de pós-graduação.

- 2.2. No caso de indeferimento da Autorização Especial, o CRM deverá comunicar à instituição e ao médico, de forma fundamentada, o indeferimento, apresentando os pontos em que não foram cumpridas as exigências fixadas pela resolução em vigor (sem modelo).

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS (ORIGINAL E CÓPIA)

- I. Diploma de médico com autenticação consular;
- II. Tradução oficial do diploma;
- III. Documento de identificação com validade em todo o território nacional (para brasileiros);
- IV. RNM ou outro documento que comprove a regularidade no país, emitido pelo órgão competente (**visto temporário para estudante/estrangeiro**);
- V. CPF;
- VI. Comprovante de posse de recursos suficientes para manutenção em território brasileiro durante o período de treinamento.

### Observações

- I. Não será emitida CPM ou CIM, nem será feito o recolhimento de anuidade e taxas.
- II. O pedido de autorização para realização do curso estará atrelado à validade do visto de permanência constante no documento apresentado pelo médico ou ao período do curso constante em seu programa, ou seja, será aplicada como data-limite aquela que vencer primeiro.
- III. Vencido o prazo da autorização (emitida pela instituição de ensino), o registro passará à situação de pendente e, não sendo regularizada no prazo de 30 dias, será cancelada automaticamente e deverá ser encaminhada comunicação à instituição e ao preceptor.
- IV. Preceptor: para obter a licença, o estudante deverá indicar um preceptor que deverá acompanhá-lo durante todo o período do curso. Caso o preceptor, por qualquer razão, tenha

que interromper a sua supervisão, ou caso sua inscrição perante o Conselho Regional passe para a situação **inativa**, deverá ser indicado imediatamente o seu substituto. Caso não seja apresentado um novo preceptor, a licença temporária de estudante será automaticamente **cancelada**.

- V. Caso o médico possua apenas o protocolo da Polícia Federal para comprovação de que está aguardando a expedição da cédula de identidade de estrangeiro – com visto de permanência temporária para estudar –, a Assessoria Jurídica do CRM verificará, além da cópia autenticada do referido protocolo, os seguintes documentos:
- Cópia da divulgação do deferimento do visto no Diário Oficial da União;
  - Cópia do passaporte (páginas em que constam a identificação e o visto);
  - Certidão concedida pelo setor de cadastro da Polícia Federal, contendo informações de deferimento do pedido de visto de permanência temporária para estudar, data de validade e número do RNE que constará na cédula de identidade de estrangeiro.

## AUTORIZAÇÃO ESPECIAL PARA MÉDICO ESTRANGEIRO

*Convidado por instituições para ministrar atividades didáticas e/ou assistenciais.*

A Autorização Especial para a prática de atos médicos de demonstração didática por parte de médicos estrangeiros, nos moldes da Resolução CFM 1494/1998 quando convidados por universidades brasileiras, organismos oficiais, associações e instituições culturais e científicas, implica o cumprimento, perante o CRM, das seguintes obrigações:

### PROCEDIMENTOS

1. A **entidade organizadora**, com antecedência de pelo menos 30 dias, com a documentação exigida, dirige-se ao respectivo CRM, preenche e assina os seguintes documentos:
  - 1.1. Solicitação de Autorização Especial assinada pelo diretor técnico para que os médicos estrangeiros participem do evento ministrando atividades didáticas e/ou assistenciais;
  - 1.2. Apresentação da listagem da equipe de médicos estrangeiros e cópia do diploma de cada um, expedido pelo país de origem e chancelado pelo órgão regulador da medicina daquele país;
  - 1.3. Cópia do visto de entrada dos membros da equipe médica estrangeira no país.



Ao médico estrangeiro que se encontra com visto de turista, ou trânsito é vedado o exercício de atividades remuneradas.

- 1.4. Apresentação do programa a ser desenvolvido, com a anuência da instituição patrocinadora, contendo:
  - a) Local de execução dos procedimentos;
  - b) Comprovação de capacidade técnica para executá-los;
  - c) Nomeação da equipe médica local assistente, com descrição de cada nível específico de responsabilidade;
  - d) Critério de seleção de pacientes a serem atendidos, sem discriminação de qualquer espécie;
  - e) Descrição do esquema de atendimento pós-operatório imediato e tardio, incluindo tratamento de complicações e sequelas;
  - f) Consentimento esclarecido do paciente ou de seus representantes legais.
- 1.5. Apresentação da listagem dos médicos que coordenarão o evento;
- 1.6. Parecer favorável da Comissão de Ética Médica da instituição;
- 1.7. Termo de responsabilidade assinado pelo diretor técnico pelo cumprimento das normativas estabelecidas na Resolução CFM nº 1.494/1998;



É vedada a cobrança, a qualquer título, de pagamento pelos atos médicos realizados.

- 1.8. O CRM procede com a análise da documentação e, se aprovada, emite Autorização Especial (Anexo XVIII).

## **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

- I. Solicitação de Autorização Especial para médicos estrangeiros, assinada pelo diretor técnico, para que possam ministrar atividades didáticas e/ou assistenciais (Anexo XII);

- II. Listagem da equipe de médicos estrangeiros e cópia do diploma de cada um, expedido pelo país de origem e chancelado pelo órgão regulador da medicina daquele país;
- III. Apresentação do programa a ser desenvolvido, com a anuência da instituição patrocinadora, contendo:
  - a. Termo de responsabilidade assinado pelo diretor técnico pelo cumprimento das normativas estabelecidas na Resolução CFM nº 2321/2022;
  - b. Cópia do visto de entrada dos membros da equipe médica estrangeira no país;
  - c. Apresentação da listagem dos médicos que coordenarão o evento;
  - d. Parecer favorável da Comissão de Ética Médica da instituição.

# GUIA E PROCEDIMENTOS PARA VISTOS TEMPORÁRIOS

## DEFINIÇÕES E CARACTERÍSTICAS

Concessão de visto para exercício temporário por até 90 dias para médico que, sem caráter habitual e vínculo de emprego local, venha a atuar em outro estado, conforme preveem o §1º do art.18 da Lei nº 3.268/1957 e a Resoluções CFM nº 2.331/2023 e 2370/2023.

Pode ser realizada de acordo com as seguintes modalidades:

- I. **Visto temporário com 90 dias corridos:** utilizado para o exercício da profissão médica provisoriamente em outra UF e solicitado por qualquer médico. Poderá ser concedido uma única vez por exercício fiscal (**1º de janeiro a 31 de dezembro**).
  - a. O visto concedido por 90 dias terá validade limitada até 31 de dezembro do ano vigente. Por exemplo, se for solicitado em 20 de outubro, o visto será válido até 31 de dezembro do mesmo ano, totalizando 72 dias.
  - b. Caso o médico precise de um novo visto temporário para o ano seguinte, poderá fazer a solicitação a partir de 1º de janeiro. Se houver recesso ou feriado nessa data, o visto será concedido com efeito retroativo.Para tanto, o profissional deve atender às seguintes condições:
  - a. Estar com a inscrição principal ativa e regular;
  - b. Não ter solicitado visto temporário no exercício fiscal para a UF para a qual deseja o visto.
- II. **Visto temporário com 90 dias fracionados:** utilizado para requerimento de visto temporário para atuação em outra UF com visto de, no máximo, 90 dias, fracionado por exercício fiscal, desde que o profissional atenda às seguintes condições:

- a. Estar com a inscrição principal ativa e regular;
- b. Não ter ultrapassado 90 dias fracionados de inscrições provisórias no exercício fiscal para a UF para a qual deseja o visto;
- c. O requerimento de visto temporário fracionado só poderá ser feito por médicos peritos, auditores, integrantes de equipes de transplante, equipes desportivas, aqueles que se deslocam temporariamente acompanhando eventos artísticos e sociais, e de equipes médicas de ajuda humanitária em caráter benéfico, pertencentes a entes públicos ou empresas de âmbito nacional, ou, ainda, aqueles contratados como assistentes técnicos em perícias cíveis e criminais, de modo temporário e excepcional.

## 90 DIAS CORRIDOS

*Ao médico que queira exercer a medicina em outra jurisdição temporariamente e por período inferior a 90 dias, no mesmo ano.*

O médico deverá requerer visto temporário de 90 dias corridos, por meio da internet, nos sítios dos Conselhos de Medicina, encaminhando sua solicitação ao presidente do **CRM de destino**.

a. Os médicos com inscrição do tipo **INSCRIÇÃO PROVISÓRIA** deverão anexar a DECISÃO LIMINAR que permite sua atuação na jurisdição do **CRM destino**

## PROCEDIMENTOS DOS CRMS

- I. O CRM de destino analisa o requerimento verificando as seguintes questões:
  - a. Se o médico teve visto temporário autorizado por 90 dias corridos no ano corrente, **nega-se** a solicitação e comunica-se ao médico de forma fundamentada o resultado da análise;
  - b. Se o médico não teve visto temporário autorizado por 90 dias corridos no ano corrente, concede-se o visto e adotam-se as seguintes providências:
    - I. Comunica-se ao médico a concessão do visto;
    - II. Atualiza automaticamente o Banco Nacional de Temporário;
    - III. Libera-se a emissão da Certidão de Visto temporário de 90 dias corridos por meio da internet (Anexo XI-L);
- IV. Caso o médico envie pelos **Correios** ou compareça ao **CRM de destino** com sua CPM, deverão ser registradas anotações da concessão do visto:

- a. Se o médico enviar sua Carteira Profissional pelos **Correios**, após as devidas anotações o CRM fará a devolução também pelos **Correios**;
- b. Se o médico compareceu ao CRM com sua CPM, após as devidas anotações deverá receber em mãos seu documento;
- c. A informação da concessão do **Visto TEMPORÁRIO de 90 dias corridos** deve ser publicada nas informações do médico constantes na **pesquisa de médicos** nos sítios do CRM de origem e destino;
- d. Após a concessão do **Visto**, o médico poderá, por meio da internet, no Portal de Serviços do CRM, **emitir** Certidão de Visto Temporário de 90 dias corridos.
- e. O **CRM de origem** deve anotar no registro do médico a informação da concessão de visto temporário de 90 dias corridos em outro CRM.

## 90 DIAS FRACIONADOS

*Poderá ser concedido aos médicos peritos, auditores, integrantes de equipes de transplante ou de equipes médicas de ajuda humanitária, àqueles contratados como assistentes técnicos em perícias cíveis e criminais, de modo temporário e excepcional.*

## PROCEDIMENTOS

1. **Os entes público-privados de caráter nacional, que deslocam temporariamente equipes médicas** de eventos artísticos, esportivas e sociais, de ajuda humanitária em caráter beneficente, de transplantes e auditores, deverão requerer visto temporário de 90 dias fracionado, pessoalmente ou por meio da internet, nos sítios dos Conselhos de Medicina, encaminhando sua solicitação ao presidente do **CRM de destino** informando a necessidade de visto temporário, as razões dessa necessidade, a relação de médicos, o período desejado.
2. **O próprio médico, quando exercendo atividade como assistente técnico em perícias cíveis e criminais**, deverá preencher requerimento eletrônico informando a necessidade do visto temporário, as razões dessa necessidade, o período desejado e enviá-lo ao presidente do CRM de destino.
3. **O CRM de destino** deverá adotar os seguintes procedimentos:
  - I. Validar a solicitação, verificando a regularidade da inscrição dos médicos relacionados na solicitação junto ao CRM onde o(s) médico(s) possui(em) inscrição principal ativa;
  - II. Concederá ou não a autorização temporária para o exercício da profissão na jurisdição após verificar a existência de vistos fracionados concedidos no ano corrente que não ultrapassem a 90 dias.

**Observação:** Os vistos concedidos conforme o art. 1º da Resolução CFM nº 2.331/2023 (vistos corridos) não devem ser considerados como limite para a concessão de visto de 90 dias fracionados.

**Se CONCEDIDO o Visto Temporário Fracionado:**

- a) Comunicar ao ente interessado ou ao assistente pericial a confirmação da concessão e o período do visto fracionado;
- b) Atualizar automaticamente o Banco Nacional de Vistos temporários;
- c) A concessão deverá ser registrada no prontuário do médico no CRM de **destino**;
- d) Libera-se a emissão da Certidão de Visto Temporário Fracionado informando o período concedido aos solicitantes (Anexo XI-L);
- e) Deverá ser publicada no BUSCA MÉDICO no portal dos Conselhos de Medicina as informações de concessão de VISTO TEMPORÁRIO fracionado.

**Se NEGADO o Visto Temporário Fracionado:**

- a) Comunicar ao ente interessado ou ao assistente pericial a negativa da concessão e justificando o motivo.

# GUIA E PROCEDIMENTOS

## REGISTRO DE QUALIFICAÇÃO DE ESPECIALIDADE

### DEFINIÇÕES E CARACTERÍSTICAS

O Registro de Qualificação de Especialidade (RQE) é o procedimento que atesta junto aos CRMs a formação do profissional em determinada especialidade médica.

O Título de Especialista constitui a forma oficial de reconhecer o profissional médico com formação acadêmico-científica adequada e apto a exercer uma especialidade com ética, responsabilidade e competência.

O RQE somente poderá ser requerido para especialidade ou área de atuação que esteja contida na lista reconhecida pela CME, conforme resolução do CFM vigente na data do pedido de registro.

O pedido de RQE é realizado junto ao CRM em que o médico estiver inscrito, mediante a apresentação do requerimento de registro, juntamente com apresentação do certificado de Residência Médica ou do Título de Especialista e ao recolhimento da taxa definida.

O CRM deverá montar processo regular de avaliação do pedido, no qual deverá constar a decisão tomada, devidamente fundamentada.

Da decisão do CRM sobre o pedido cabe recurso ao CFM, para análise e decisão da CME.

## REGISTRO DE ESPECIALIDADE(S) OU ÁREA(S) DE ATUAÇÃO

*O registro de especialidade(s) ou área(s) de atuação que o médico solicita no quadro de especialistas do CRM.*

## PROCEDIMENTOS

### Primeiro Registro de Especialidade

1. Para obter o registro de especialidade(s) ou área(s) de atuação, o **médico** deverá dirigir-se ao CRM, ou, por meio do Portal de Serviço *online* do CRM, preencher e assinar o requerimento de cadastramento de suas especialidades, apresentar/anexar os documentos exigidos.
2. A documentação apresentada deverá ser encaminhada à Comissão de Título de Especialistas para avaliação.
3. Após a avaliação e aprovação pela Comissão de Título de Especialista, o CRM deverá registrar no sistema os dados da especialidade e/ou área de atuação dos médicos solicitantes.
4. Caso a documentação apresentada não satisfaça as exigências para o registro de especialidade e/ou área de atuação, a resposta negativa deverá ser devidamente fundamentada pelo CRM.
5. Caso seja apresentada a Carteira Profissional de Médico, deverão ser registradas as devidas anotações.

### Registro de especialidade Oriundo de outro CRM

- I. Quando solicitação de transferência ou Inscrição Secundária para outro CRM o médico poderá solicitar que suas especialidades sejam encaminhadas para registro.

- II. O CRM DE DESTINO, quando identifica no Certificado de Regularidade a(s) especialidade(s), caso o médico queira registrá-la(s), orienta ao médico para que faça o requerimento.
- III. De posse do requerimento com objetivo de instruir o processo de registro de especialidade/área de atuação, verificar qual o documento foi apresentado no CRM de Origem e adotar o seguinte procedimento:
  - A. Se o documento comprobatório apresentado foi o título/certificado de especialidade emitido pela AMB ou CNRM, juntar a validação obtida nos sítios da AMB e/ou CNRM e efetivar o registro.
  - B. Se o documento comprobatório apresentado se enquadrar nos termos das Resoluções CFM 2.219/2018 e 2.220/2018, o registro dependerá de análise da Comissão de Especialidades local, podendo ser solicitado documentação complementar.
    - I. A documentação apresentada deverá ser encaminhada à Comissão de Título de Especialistas para avaliação;
    - II. Após a avaliação e aprovação pela Comissão de Título de Especialista, o CRM deverá registrar no sistema os dados da especialidade e/ou área de atuação dos médicos solicitantes;
    - III. Caso a documentação apresentada não satisfaça as exigências para o registro de especialidade e/ou área de atuação, a resposta negativa deverá ser devidamente fundamentada pelo CRM;
    - IV. Caso seja apresentada a CPM, deverão ser registradas as devidas anotações.

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- I. Requerimento de Serviços, requisitando o registro de especialidade e/ou área de atuação.
- II. Certificado (físicos/eletrônicos) ou declaração de concessão de título de especialidade e/ou área de atuação emitidos por instituições credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ou Associação Médica Brasileira (AMB), que estejam de acordo com as Resoluções de especialidade do Conselho Federal de Medicina estabelecidas pela Comissão de Mista de Especialidade (CME) (Protocolo CFM nº 7.118/2022 e SEI-CFM 23.0.000000337-9).
- III. Certificado de Regularidade de Especialidade – Validação CIM WEB.
  - **Validação CNRM (Comissão Nacional de Residência Médica) por meio da INTERNET.**

**Atenção:** Não serão aceitas como concessão de título especialidade ou área de atuação declarações da Residência Médica onde conste: “estando pendente a apresentação e a aprovação de monografia para conclusão da residência médica”.

**1º Passo** – Acesse o site do MEC (<https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica>, verifique **SEMPRE** se o endereço WEB apresenta o cadeado de segurança:



[www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica](https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica)

**2º Passo** – Selecione a opção Consulta especialistas

A residência médica é uma modalidade de ensino de pos-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. A regulação é

[MAIS INFORMAÇÕES](#)

Atas Resoluções Informes PROVAB

Certificados SisCRM Comissão Nacional de Residência Médica Programas em Supervisão Modalidade Diligência

**3º Passo** – Clique em: <http://siscnrm.mec.gov.br/certificados>

Publicado em 16/01/2022 (PDF) | Atualizado em 10/06/2022 15h29

O certificado digital é um arquivo no qual são gravadas as informações relativas a uma pessoa, ou a uma empresa, que compõem a chave pública e a privada deste documento eletrônico. Nesta "certidão eletrônica" estão registradas informações públicas (chave pública), como o nome e o CRM de uma pessoa, e a sua chave privada, que é criada pelo titular do certificado.

Acesse aqui: <http://siscnrm.mec.gov.br/certificados>

**4º Passo** – Pesquise o Certificado/declaração (nome, CRM e/ou nº do certificado), copie o resultado e anexe ao documento apresentado

← → C 🔍 Não seguro | siscnrm.mec.gov.br/certificados

**SISTEMA DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA** CNRM

Consulta de Certificados

Nome do Médico:

CRM:

Certificado nº:  (Exemplo: 1234-1)

Data de Ocorrência:

UF da Instituição:  Selecionar a UF

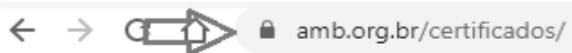
Instituição:  Todas as Instituições

Programa:  Todos os Programas

Nº Certificado	Médico	CRM	Programa	Institui
----------------	--------	-----	----------	----------

- **Validação AMB (Associação Médica Brasileira) por meio do INTERNET**

**1º Passo** – Acesse o site do AMB (<https://amb.org.br/certificados>), verifique **SEMPRE** se o endereço WEB apresenta o cadeado de segurança



**2º Passo** – Selecione a opção CONSULTA ESPECIALISTA

← → C 🔍 amb.org.br/certificados/

A INSTITUIÇÃO ▾ INTERNACIONAL ▾ FILIADAS ▾ PUBLICAÇÕES ▾ PROVAS EDUCAÇÃ

I CONGRESSO GERAL AMB - AULAS BLOGS ▾ **CONSULTA ESPECIALISTA** SISTE

**3º Passo** – Selecione a opção TÍTULOS DE ESPECIALISTAS ou ÁREA DE ATUAÇÃO.

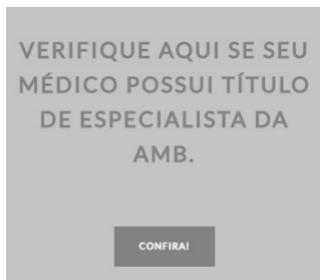
**TÍTULOS DE ESPECIALISTAS**

**CLIQUE AQUI**

**ÁREA DE ATUAÇÃO**

**CLIQUE AQUI**

**4º Passo** – Na tela abaixo clique em CONFIRA



**5º Passo** – Na tela abaixo digite o NOME ou CPF e o código de segurança apresentado na tela e clique no botão buscar.

NOME	ESPECIALIDADE	TÍTULO/CERTIFICADO	NÚMERO DO TÍTULO	CRM	DATA APROVAÇÃO	SITUAÇÃO TÍTULO
FULANO DE TAL DA SILVA CASTRO	ANESTESIOLOGIA	TÍTULO	150750	99999-DF	07/03/2014	LIBERADO

1 registros encontrados.

**Atenção:** Não serão aceitas como comprovação de concessão de título de especialista declarações nas quais, na pesquisa realizada no “sítio” da AMB, conste: “PAGAMENTO PENDENTE”.

IV. Se o documento comprobatório apresentado se enquadrar nos termos da Resolução CFM nº 2.220/2018 e 2219/2018, o registro será avaliado pela Comissão de Qualificação Profissional, de acordo com as resoluções vigentes à época da emissão do documento do médico.

## **Observações**

- I. O médico poderá enviar a sua CPM para que seja afixada a etiqueta de registro de especialidade.
- II. Para a concessão do Registro de Qualificação de Especialidade por medida judicial, deve constar no CERTIFICADO DE ESPECIALIDADE a seguinte informação: REGISTRO OBTIDO ATRAVÉS DE DECISÃO JUDICIAL – VERIFICAR VALIDADE.
- III. O médico poderá imprimir seu Certificado de Registro de Especialidade diretamente no Portal de Serviço online (CRM VIRTUAL) do Conselho Regional.
- IV. Não compete aos CRMs registrar o certificado de conclusão de curso de especialização em Medicina do Trabalho, em nível de pós-graduação, definido na primeira parte, alínea “b” do item 4.4.1 da NR-4, haja vista que esse certificado não confere ao médico o título de especialista em Medicina do Trabalho (Resolução CFM nº 1.799/2006). No entanto, os médicos que atenderem às normas do Convênio AMB/CFM/CNRM terão seus títulos de especialista em medicina do trabalho registrados nos CRMs.
- V. Quando necessário, o CRM deverá requisitar às sociedades de especialidades ou entidades que possuam Residência Médica a confirmação dos certificados emitidos.

# GUIA E PROCEDIMENTOS

## CADASTRAMENTO DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

A Resolução CFM nº 2.336/2023, que regulamenta a publicidade e propaganda médica, permite o cadastro de cursos de pós-graduação e estabelece as seguintes diretrizes:

### 1. DIVULGAÇÃO

Art. 13 – VI – §1º A divulgação da qualificação técnica do médico será feita da seguinte forma:

[...]

d) curso de pós-graduação lato sensu devidamente cadastrado no CRM: MÉDICO(A) com pós-graduação em (área da pós-graduação), seguido de NÃO ESPECIALISTA, em caixa alta;

e) curso de pós-graduação stricto sensu devidamente cadastrado no CRM: MÉDICO(A) com pós-graduação em (Mestre, Doutor em (...), seguido de NÃO ESPECIALISTA, em caixa alta;

[...]

### 2. CADASTRAMENTO

Art. 13 – VI – §3º Os títulos sujeitos a **cadastramento** de que tratam as alíneas **d** e **e** não terão número de ordem na declaração que será fornecida; haverá apenas a indicação de que obedece ao disposto nesta Resolução.

- Os Conselhos Regionais poderão cadastrar os títulos e certificados acadêmicos, como pós-graduações lato sensu ou stricto sensu, no prontuário do médico.

### **3. CERTIFICADOS PEDAGÓGICOS**

- O médico(a) que possui certificados de pós-graduação lato sensu de cunho pedagógico pode incluí-los em seu currículo, acompanhados da expressão “NÃO ESPECIALISTA” em caixa alta.
- Para títulos de mestrado e doutorado, é permitido que sejam mencionados em sua publicidade, mesmo que não estejam relacionados à sua especialidade.

### **4. INSTITUIÇÕES DE ENSINO:**

Apenas cursos de pós-graduação realizados em IES registradas no MEC serão cadastrados.

### **5. BANCO DE NACIONAL DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO – SELEÇÃO INICIAL**

Inicialmente, foram selecionados os cursos de pós-graduação para cadastro nos CRMs com base nos seguintes critérios:

- As IES e os cursos de pós-graduação devem estar registrados no MEC.
- Serão considerados apenas os cursos de pós-graduação lato sensu ou stricto sensu que estejam em áreas relacionadas à especialidade.

Os cursos de pós-graduação ou as Instituições de Ensino Superior que não constarem no Banco de Dados de cursos do CFM deverão ser encaminhados, pelo CRM, à Coordenação Administrativa do CFM para análise e eventual inclusão. Se a inclusão não for aprovada, deverá ser apresentada uma justificativa fundamentada.

## CADASTRO E CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO(ES) LATO SENSU OU STRICTO SENSO.

Cadastro de seu curso de pós-graduação (lato sensu ou strictu sensu) que o médico solicita incluir em seu prontuário junto CRM.

### PROCEDIMENTO

#### **Médico:**

1. Para cadastrar seu curso de pós-graduação, o médico deve se dirigir ao CRM presencialmente ou por e-mail (sendo que o e-mail aceito para essa finalidade será o constante no cadastro do CRM) ou solicitar o cadastro pelo Portal de Serviços *online* do CRM (CRM VIRTUAL), quando houver, adotando os seguintes procedimentos:
  - A. Preenche e assina o Requerimento de Cadastramento de Pós-Graduação, assumindo os seguintes compromissos (ANEXO II-H):
    - a. Declara estar ciente de que as informações prestadas são de sua inteira responsabilidade;
    - b. Declara estar ciente de que informações falsas ou enganosas poderão resultar em penalizações e na abertura de Processo Ético Profissional, conforme a Lei nº 12.843/2019;
    - c. Declara estar ciente de que o cadastro não concederá um número de Registro de Qualificação de Especialidade (RQE), uma vez que não se trata de uma especialidade;
    - d. O médico deve apresentar ou anexar os documentos exigidos.

## **CRM:**

1. O CRM avalia a documentação e verifica se a IES e o curso de pós-graduação estão devidamente registrados no Banco de Curso de Pós-graduação CFM.
  - Se identificada, segue para outra etapa.
  - Se não identificada, solicita via SEI a Coordenação Administrativa – CFM análise e inclusão no Cadastro Nacional de Cursos de Pós-graduação.
2. O usuário deve selecionar da lista apresentada qual o curso de pós-graduação que deseja incluir.
3. Ao selecionar o curso desejado, o sistema retorna o código do curso no MEC, data do início da oferta e a carga horária.
4. O usuário deve informar a data do início do curso e a data de sua conclusão.

## **DOCUMENTOS EXIGIDOS:**

1. **PÓS-GRADUAÇÃO:** O médico deve apresentar/anexar cópia do Certificado de Pós-Graduação frente e verso.
2. **MESTRADO:** O médico deve apresentar/anexar cópia do diploma frente e verso ou representação gráfica do e-diploma.
3. **DOUTORADO:** O médico deve apresentar/anexar cópia do diploma de doutorado frente e verso ou representação gráfica do e-diploma.
4. **PÓS-DOUTORADO:** O médico deve apresentar/anexar cópia do diploma de pós-doutorado frente e verso e demais documentos comprobatórios.

### **Observação:**

1. A validação do curso de pós-graduação está restrito à verificação se o curso e a IES estão devidamente cadastrados no

**CADASTRO NACIONAL DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO  
– CFM (CNC).**

2. O Cadastro Nacional de Cursos de pós-graduação validou se os cursos e IES estão devidamente cadastrados no MEC.
3. Caso o curso e a IES não estejam presentes no CNC deve ser aberto SEI solicitando a Coordenação Administrativa do CFM para análise e inclusão.
4. O médico é responsável por todas as informações relativas aos cursos em que é formado. Declara estar ciente de que a prestação de informações falsas ou enganosas poderá resultar em penalizações e na instauração de Processo Ético Profissional, conforme a Lei nº 12.843/2019.
5. Serão considerados apenas os cursos de pós-graduação lato sensu ou stricto sensu que estejam em áreas relacionadas à especialidade.
6. A Certidão de Cadastro de Pós-Graduação está disponível no Anexo

# GUIA E PROCEDIMENTOS DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÕES E OUTROS SERVIÇOS

## CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

*Procedimento administrativo legal pelo qual o CRM altera a situação do médico de ativo para inativo.*

### MOTIVAÇÕES

- a) Por motivo particular (aposentadoria, viagem ao exterior, não está exercendo atividade médica);
- b) Por falecimento;
- c) Por questões judicantes;
- d) Por não apresentação do diploma;
- e) Por não apresentação de manutenção liminar;
- f) Por vencimento do Visto de Permanência (médico estrangeiro).

## CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PRINCIPAL

**POR MOTIVO PARTICULAR (APOSENTADORIA, VIAGEM AO EXTERIOR, MUDANÇA DE RAMO DE ATIVIDADE LABORATIVA E/OU DOENÇA INCAPACITANTE)**

### Procedimentos

- I. O **médico (ou seu procurador)**, com a documentação exigida, dirige-se ao respectivo CRM, presencialmente ou por e-mail (desde que seja o mesmo e-mail que conste no cadastro) ou pelo Portal de Serviços (quando houver), preenche e assina

- o Requerimento de Serviços Diversos dirigido ao presidente do CRM (**Anexo II-D**), solicitando o cancelamento e expondo a motivação.
- II. Se possuir inscrição secundária ativa, deverá, em primeiro lugar, cancelar suas inscrições secundárias.
  - III. Se for Diretor Técnico (DT) de uma Pessoa Jurídica (PJ), deverá comunicar a saída da função, e sendo sócio da PJ, deverá obrigatoriamente indicar o seu substituto.
  - IV. Se for integrante de corpo clínico de empresa, atuar com Telemedicina ou possuir cadastro PCMSO, será desligado automaticamente dessas funções.
  - V. O **CRM de origem**, para dar seguimento à solicitação de **cancelamento**, deverá validar a solicitação, verificando a regularidade da inscrição e observando se não possui pendências:
    - 1. Financeiras (como pessoa física e jurídica):
      - a. Calcular a proporcionalidade da anuidade do ano corrente em duodécimo com relação aos meses efetivamente trabalhados
      - b. Caso o médico possua anuidades inadimplentes, deve ser informado e solicitado a regularização dos débitos
      - c. Caso o médico se mantenha inadimplente, deve ser informado da possibilidade de inclusão de seu(s) débito(s) em dívida ativa e do seu ajuizamento
      - d. O cancelamento será concedido independente das **anuidades inadimplentes**
    - 2. Judicantes: médicos que estejam respondendo a sindicâncias, processos éticos e administrativos ou cumprindo interdição cautelar não poderão ter a inscrição cancelada sem a regularização dessa condição.
    - 3. Inscrição secundária ativa: médicos que possuam inscrição secundária ativa não poderão ter a inscrição principal cancelada sem o cancelamento de sua(s) secundária(s).

- VI. O **CRM de origem**, atendidas as exigências legais, deve proceder com as anotações do cancelamento no registro do médico.
- VII. O **CRM de origem** devolverá a Carteira Profissional de Médico com as devidas anotações de cancelamento. A carteira perderá seu valor legal de identidade, conforme estabelece a Lei nº 3.268/1957.
- VIII. O **CRM de origem** comunica aos demais CRMs o cancelamento do registro do médico e sua motivação.

### **Documentos necessários (original e cópia)**

1. Requerimento de Serviços Diversos preenchido e assinado (**Anexo II-D**), em petição dirigida ao presidente do CRM;
2. Carteira Profissional na versão física (BOX) ou na versão digital (e-CPM) ou Boletim de Ocorrência relatando seu extravio, se for o caso.

#### **Observações**

- Com a inscrição cancelada, o profissional fica legalmente impossibilitado de exercer qualquer ato médico na jurisdição do respectivo Conselho, salvo por motivo de força maior.
- Caso o médico não apresente a CPM, e-CPM ou o Boletim de Ocorrência, documento exigido para a conclusão do cancelamento, o CRM procederá com cancelamento, podendo o médico enviar posteriormente a CPM, se assim desejar, para as devidas anotações.



#### **Doença incapacitante:**

O médico (ou familiar) que solicitar o cancelamento de inscrição principal por motivo de doença e apresentar documentos comprobatórios, tais como **laudo pericial de aposentadoria expedido por órgão oficial ou declaração do INSS/órgão oficial similar**, atestando a aposentadoria por incapacidade laborativa, estando inadimplente, além do cancelamento, terá a isenção dos débitos pendentes.

A procuração com poderes específicos será retida no CRM. O procurador poderá realizar todos os atos relativos ao procedimento.

## **POR FALECIMENTO**

### **Procedimentos**

- I. O cancelamento por falecimento será efetivado mediante apresentação da respectiva Certidão de Óbito ou nos casos em que o CRM possua informação oficial ou notória do fato, devidamente documentada, a exemplo do Sistema Nacional de Informações de Registro Civil (Sirc) ou a informação de baixa do CPF no site da Receita Federal.
- II. **Observação:** Na situação em que o médico estiver constando como parte de uma Sindicância ou Processo Ético Profissional em trâmite, a baixa só será efetivada com a apresentação da Certidão de Óbito.
- III. Se o médico possuir inscrição secundária ativa, esta deverá ser cancelada em conjunto com a sua **principal**.
- IV. Se for Diretor Técnico (DT) ou Diretor Clínico de uma Pessoa Jurídica (PJ) deverá ser efetivada sua saída da função.
- V. Se for sócio de uma Pessoa Jurídica (PJ), esta deverá anotar na ficha da empresa o falecimento do médico.
- VI. Se for integrante de corpo clínico de uma Pessoa Jurídica (PJ), deve ser registrado o seu falecimento.
- VII. O **CRM de origem**, para dar seguimento ao **cancelamento por falecimento**, deverá atualizar todas as informações do médico nas diversas áreas, considerando sempre a data do óbito:
  1. Financeiras: Os possíveis débitos originados serão anistados, mediante realização de processo administrativo, aprovado em sessão plenária, em obediência ao princípio da economicidade da ação administrativa;

2. Judicantes: informar a área judicante nos casos em que esteja tramitando qualquer ação na qual o médico conste como parte;
  3. Inscrição secundária ativa: encaminhar aos CRMs em que o médico possui inscrição secundária a informação do cancelamento da inscrição principal por falecimento.
- VIII. O **CRM de origem**, atendidas as exigências legais, procede com as anotações do cancelamento no registro do médico.
- IX. O **CRM de origem** comunica aos demais CRMs o cancelamento do registro do médico e sua motivação.

#### **Documentos necessários (original e cópia)**

- Certidão de Óbito ou documento que caracterize notoriedade ou comunicação de outro CRM.

#### **Observação**

- Os débitos originados após a data do falecimento e comunicados em documento oficial deverão ser anistiados, mediante realização de processo administrativo de anistia de débitos, aprovado em sessão plenária.

### **POR QUESTÃO JUDICANTE**

#### **Procedimentos**

- O cancelamento por questão judicante será efetivado após comunicação escrita da área judicante informando o trânsito em julgado do processo;
- Se o médico possuir inscrição secundária ativa, esta deverá ser cancelada em conjunto com a sua **principal**;
- Se o médico for Diretor Técnico e/ou Clínico de uma Pessoa Jurídica (PJ), deverá ser efetivada sua saída da função. No caso da Direção Técnica a Pessoa Jurídica (PJ) deverá indicar o nome de seu substituto, nos termos da resolução que trata do tema;

- Se for sócio de empresa médica, esta deverá anotar em ficha própria o cancelamento da inscrição do médico;
- Se for integrante de corpo clínico de empresa médica, deve ser registrado o cancelamento de sua inscrição;
- O **CRM de origem**, para proceder ao **cancelamento por questão judicante**, deverá atualizar todas as informações do médico nas diversas áreas:
  1. Financeiras (como pessoa física e jurídica):
    - a. Caso a anuidade corrente esteja em aberto, calcular a proporcionalidade da anuidade em duodécimo concernente ao exercício vigente com relação aos meses efetivamente trabalhados.
    - b. O cancelamento se dará sem prejuízo da posterior cobrança de **anuidades**.
    - c. Após o cancelamento da inscrição, o médico deverá ser informado da existência de inadimplência a fim de regularizar a sua situação junto ao CRM.
    - d. Caso o médico se mantenha inadimplente, deve ser informado da inclusão de seu(s) débito(s) em dívida ativa e da possibilidade de ajuizamento.
  2. Judicantes: comunicar a área de processo sobre a aplicação da decisão e a data de sua efetivação.
  3. Inscrição secundária ativa: encaminhar aos CRMs em que o médico possui inscrição secundária a informação do cancelamento da inscrição principal por questão judicante.
  4. Atividade como Diretor Técnico e/ou Clínico de Pessoa Jurídica (PJ) ou como parte de corpo clínico ativo:
    - a. Se o médico for Diretor Técnico e/ou Clínico de Pessoa Jurídica (PJ), deverá ser registrada sua saída da função. No caso da Direção Técnica a Pessoa Jurídica (PJ) deverá indicar o nome de seu substituto, obedecendo aos prazos legais.
    - b. Se for integrante de corpo clínico de empresa médica, deverá ser registrado o seu desligamento.

- O **CRM de origem**, atendidas as exigências legais, procede com as anotações do cancelamento no registro do médico;
- O **CRM de origem** comunica aos demais CRMs o cancelamento do registro do médico e sua motivação;
- O **CRM de origem** deve reter a Carteira Profissional de Médico e a Cédula de Identidade de Médico, que perderão seu valor legal de identidade, conforme estabelece a Lei nº 3.268/1957.

#### **Documento necessário (original e cópia)**

- Comunicação da área de processo com as informações da decisão e a data de publicação no Diário Oficial da União.

### **POR NÃO APRESENTAÇÃO DE DIPLOMA**

#### **Procedimentos**

- O cancelamento por não apresentação do diploma será efetuado quando, passado o prazo de 120 dias corridos contados a partir da data do pedido de inscrição, o médico não tiver enviado por e-mail ao CRM a cópia de seu diploma, não apresentada na ocasião de sua inscrição;
- Se o médico possuir inscrição principal e secundária ativas e não apresentou o diploma no prazo, o cancelamento deverá ser em conjunto. Para tanto, os Conselhos devem manter comunicação para verificar a situação;
- Se for sócio de empresa médica, esta deverá anotar na ficha da empresa o cancelamento da inscrição do médico;
- Se for integrante de corpo clínico de empresa médica, deve ser registrado o cancelamento de sua inscrição;
- O CRM de origem, para dar seguimento ao cancelamento por não apresentação do diploma, deverá atualizar todas as informações do médico nas diversas áreas:

- I. Financeiras (como pessoa física e jurídica):
  - A. Caso a anuidade do ano corrente esteja em aberto, calcular a proporcionalidade da anuidade em duodécimo concernente ao exercício vigente com relação aos meses efetivamente trabalhados.
  - B. O cancelamento se dará sem prejuízo da posterior cobrança de anuidades.
  - C. Após o cancelamento da inscrição, o médico deverá ser informado da existência de inadimplência a fim de regularizar a sua situação junto ao CRM.
  - D. Caso o médico se mantenha inadimplente, deve ser informado da inclusão de seu(s) débito(s) em dívida ativa e da possibilidade de ajuizamento.
- II. Judicantes: o médico que estiver respondendo a sindicâncias, processos éticos e administrativos ou cumprindo interdição cautelar não poderá ter a inscrição cancelada sem a regularização dessa condição.
- III. Inscrição secundária ativa: encaminhar aos CRMs em que o médico possui inscrição secundária a informação do cancelamento da inscrição principal por não apresentação do diploma.
- IV. Atividade como Diretor Técnico e/ou Clínico de Pessoa Jurídica (PJ) ou como parte de corpo clínico ativo:
  - a. Se for integrante de corpo clínico de empresa médica, deverá ser registrado o seu desligamento.
- O CRM de origem, atendidas as exigências legais, procede com as anotações do cancelamento no registro do médico;
- O CRM de origem comunica aos demais CRMs o cancelamento do registro do médico e sua motivação;
- O CRM de origem deve reter a CPM e a CIM, que perderão seu valor legal de identidade, conforme estabelece a Lei 3.268/1957.
- Observação: em caso de descumprimento do prazo de 120 dias corridos, a contar da data do pedido de inscrição para apresentação do diploma de médico (podendo ser prorrogado com

justificativa plausível após autorização da Diretoria da área), estabelecido na Resolução CFM nº 2.014/2013:

- A não apresentação do diploma no prazo estipulado implica cancelamento da inscrição requerida;
- A contagem desse prazo não se interrompe quando da transferência ou da inscrição secundária do médico para outro Conselho Regional.

## **POR NÃO APRESENTAÇÃO MANUTENÇÃO DE LIMINAR**

### **Procedimentos**

- I. O cancelamento por não apresentação da manutenção de liminar será efetivado quando, passado o prazo de 120 dias corridos contados a partir da data do pedido de inscrição, o médico não tiver enviado por e-mail ao CRM a cópia da manutenção da liminar, apresentada na ocasião de sua inscrição;
- II. Se o médico possuir inscrição principal e secundária ativas e não tiver apresentado a manutenção de sua liminar no prazo, o cancelamento deverá ser em conjunto. Para tanto, os Conselhos devem manter comunicação para verificar a situação;
- III. Se for sócio de empresa médica, esta deverá anotar na ficha da empresa o cancelamento da inscrição do médico;
- IV. Se for integrante de corpo clínico de empresa médica, deve ser registrado o cancelamento de sua inscrição;
- V. O **CRM de origem**, para dar seguimento ao **cancelamento por não apresentação da manutenção da liminar**, deverá atualizar todas as informações do médico nas diversas áreas:
  - A. Financeiras (como pessoa física e jurídica):
    - a. Caso a anuidade do ano corrente esteja em aberto, calcular a proporcionalidade da anuidade em duodécimo concernente ao exercício vigente com relação aos meses efetivamente trabalhados.

- b. O cancelamento se dará sem prejuízo da posterior cobrança de **anuidades**.
  - c. Após o cancelamento da sua inscrição, o médico deverá ser informado da existência de inadimplência a fim de regularizar a sua situação junto ao CRM.
  - d. Caso o médico se mantenha inadimplente, deve ser informado da inclusão de seu(s) débito(s) em dívida ativa e da possibilidade de ajuizamento.
- B. Judicantes: o médico que estiver respondendo a sindicâncias, processos éticos e administrativos ou cumprindo interdição cautelar não poderá ter a inscrição cancelada sem a regularização dessa condição.
- C. Inscrição secundária ativa: encaminhar aos CRMs em que o médico possui inscrição secundária a informação do cancelamento da inscrição principal por não apresentação do diploma.
- D. Encerrar atividade como Diretor Técnico e/ou Clínico de Pessoa Jurídica (PJ) ou como parte de corpo clínico ativo.
- E. O CRM, atendidas as exigências legais, deve proceder com as anotações do cancelamento no registro do médico.
- F. O CRM comunica aos demais CRMs o cancelamento do registro do médico e sua motivação.
- G. O CRM deve reter a CPM e a CIM, que perderão seu valor legal de identidade, conforme estabelece a Lei nº 3.268/1957.

## **POR VENCIMENTO DO VISTO DE PERMANÊNCIA / RESIDÊNCIA – ESTRANGEIRO**

### **Procedimentos**

O médico estrangeiro com Visto Temporário ou Autorização de Residência terá sua inscrição válida até a data de expiração do visto, caso seja temporário. Na ausência de comprovação da regularização da situação migratória (por meio de novo visto ou alteração do status de residência), a inscrição será cancelada administrativamente.

- Enviar uma notificação oficial ao médico próximo da expiração da validade do visto, informando sobre a necessidade de comprovação da regularização migratória e alertando para a possibilidade de cancelamento da inscrição.
- Após o recebimento, a documentação será analisada para confirmar a regularização. Caso a comprovação não seja satisfatória ou não seja apresentada no prazo estabelecido, o processo seguirá para a próxima etapa.
- Caso o médico não apresente novo documento dentro do prazo de validade do visto, efetivar o cancelamento de sua inscrição.
- Se o médico possuir inscrição secundária ativa, esta deverá ser cancelada em conjunto com a sua principal.
- Se o médico for Diretor Técnico e/ou Clínico de uma Pessoa Jurídica (PJ), deverá ser efetivada sua saída da função.
- Se for sócio de empresa médica, esta deverá anotar em ficha própria o cancelamento da inscrição do médico.
- Se for integrante de corpo clínico de empresa médica, deve ser registrado o cancelamento de sua inscrição.
- O CRM, para proceder ao cancelamento por vencimento do Visto Temporário, deverá atualizar todas as informações do médico nas diversas áreas:
  - I. Financeiras:
    - A. Caso a anuidade corrente esteja em aberto, calcular a proporcionalidade da anuidade em duodécimo concernente ao exercício vigente com relação aos meses efetivamente trabalhados.
    - B. O cancelamento se dará sem prejuízo da posterior cobrança de anuidades.
    - C. Após o cancelamento de sua inscrição, o médico deverá ser informado da existência de inadimplência a fim de regularizar a sua situação junto ao CRM.

- D. Caso o médico se mantenha inadimplente, deve ser informado da inclusão de seu(s) débito(s) em dívida ativa e da possibilidade de ajuizamento.
  - II. Judicantes
    - A. Comunicar a área de processo sobre a aplicação da decisão e a data de sua efetivação.
  - III. Inscrição secundária ativa
    - A. Encaminhar aos CRMs em que o médico possui inscrição secundária a informação do cancelamento da inscrição principal por questão judicante.
  - IV. Funções
    - A. Se o médico for Diretor Técnico e/ou Clínico de Pessoa Jurídica (PJ), deverá ser registrada sua saída da função.
    - B. Se for integrante de corpo clínico de empresa médica, deverá ser registrado o seu desligamento.
- O CRM, atendidas as exigências legais, procede com as anotações do cancelamento no registro do médico;
  - O CRM comunica aos demais CRMs o cancelamento do registro do médico e sua motivação;
  - O CRM deve reter a CPM e a CIM, que perderão seu valor legal de identidade, conforme estabelece a Lei nº 3.268/1957;
  - Caso o médico regularize sua situação migratória após o cancelamento, poderá solicitar sua reativação.

## **CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA POR MOTIVO PARTICULAR**

### **POR MOTIVO PARTICULAR (NÃO VAI EXERCER ATIVIDADE MÉDICA NO ESTADO)**

#### **Procedimentos**

- I. O **médico (ou seu procurador)**, com a documentação exigida, dirige-se ao **CRM em que possui a inscrição secundária pre-**

- sencialmente ou por e-mail (desde que seja o mesmo e-mail que conste no cadastro) ou pelo Portal de Serviços (quando houver), preenche e assina o Requerimento de Serviços Diversos dirigido ao presidente do CRM (**Anexo II-D**), solicitando o cancelamento e expondo a motivação;
- II. Se o médico for Diretor Técnico e/ou Clínico de uma Pessoa Jurídica (PJ), deverá comunicar sua saída da função. No caso da Direção Técnica a Pessoa Jurídica (PJ) deverá indicar o nome de seu substituto, nos termos da resolução que trata do tema;
- III. Se for sócio da Pessoa Jurídica (PJ), esta deverá anotar em ficha própria o cancelamento da inscrição do médico. Se o Diretor Técnico for sócio da empresa médica, para sair da Diretoria Técnica deverá indicar o nome do seu substituto, e somente após o aceite do substituto poderá cancelar sua inscrição;
- IV. Se for integrante de corpo clínico da Pessoa Jurídica (PJ), deve apresentar solicitação de seu desligamento;
- V. O **CRM**, para dar seguimento à solicitação de **cancelamento**, deverá validar a solicitação, verificando a regularidade da inscrição e observando se não possui pendências:
1. Financeiras (como pessoa física e jurídica):
    - a. Calcular a proporcionalidade da anuidade em duodécimo concernente ao exercício vigente com relação aos meses efetivamente trabalhados;
    - b. O cancelamento será concedido sem prejuízo da posterior cobrança de **anuidades**;
    - c. Caso o médico se mantenha inadimplente, deve ser informado da inclusão de seu(s) débito(s) em dívida ativa e da possibilidade de ajuizamento.
  2. Judicantes:
    - a. Médicos que estejam respondendo a sindicâncias, processos éticos e administrativos ou cumprindo interdição

- cautelar não poderão ter a inscrição cancelada sem a regularização dessa condição;
- b. Caso esteja respondendo a sindicância ou PEP, o médico deverá manter a inscrição secundária, e sua situação no estado de origem deverá ser alterada para “sem exercício na UF”. Isso não gerará anuidade;
  - c. O médico deverá assumir o compromisso de não exercer a medicina no estado de origem e solicitar cancelamento assim que finalizado o procedimento;
  - d. O CRM notificará o médico, no prazo de 45 dias contados da finalização do processo ou sindicância, para regularizar a situação, sob pena de voltar à situação regular com consequente cobrança das anuidades.
3. Inscrição principal ativa: oficiar ao CRM de origem em que o médico possui inscrição principal o cancelamento da inscrição secundária e sua motivação;
4. Atividade como diretor técnico ou clínico de empresas médicas ou como parte de corpo clínico ativo:
- a. Se o médico for Diretor Técnico e/ou Clínico de uma Pessoa Jurídica (PJ), comunicará a sua saída da função.
  - b. Se for integrante de corpo clínico de uma Pessoa Jurídica (PJ) deve pedir seu desligamento.
- VI. O **CRM**, atendidas as exigências legais, procede com as anotações do cancelamento no registro do médico;
- VII. O **CRM** devolverá a CPM, com as devidas anotações de cancelamento. A carteira perderá seu valor legal de identidade, conforme estabelece a Lei nº 3.268/1957.

### **Documentos necessários**

1. Requerimento de Serviços Diversos, preenchido e assinado (**Anexo II-D**), em petição dirigida ao presidente do CRM;
2. CPM na versão física (BOX) ou na versão digital (e-CPM) ou Boletim de Ocorrência relatando seu extravio, se for o caso.

### **Observações**

- Com a inscrição cancelada, o profissional fica legalmente impossibilitado de exercer qualquer ato médico na jurisdição do respectivo Conselho, salvo por motivo de força maior;
- Caso o médico não apresente a Carteira Profissional de Médico, e-CPM ou o Boletim de Ocorrência, documentos exigidos para a conclusão do cancelamento, o CRM procederá com cancelamento por ofício no prazo de 5 dias úteis e emitirá a declaração de efetivação do cancelamento.
- Administrativo de anistia de débitos, aprovado em sessão plenária.

## **SUSPENSÃO POR DETERMINAÇÃO JUDICIAL**

### **Procedimentos**

- Após o recebimento da determinação judicial suspendendo a inscrição do médico, a determinação deverá ser encaminhada ao Departamento Jurídico para conhecimento e manifestação;
- Encaminhar a determinação judicial juntamente com a análise jurídica para ciência e deliberações da Diretoria;
- Sendo o parecer favorável à suspensão, providenciar de imediato a suspensão do médico e adotar as demais providências:
  - Se o médico possuir inscrição secundária ativa, esta deverá ser suspensa em conjunto com sua **principal**.
  - Se o médico for Diretor Técnico e/ou Clínico de uma Pessoa Jurídica (PJ), deverá ser efetivada sua saída da função.
  - Se for sócio de empresa médica, esta deverá anotar em ficha própria o cancelamento da inscrição do médico.
  - Se for integrante de corpo clínico de empresa médica, deve ser registrado o cancelamento de sua inscrição.
- Caso a anuidade corrente esteja em aberto, calcular a proporcionalidade da anuidade em duodécimo concernente ao exercício vigente com relação aos meses efetivamente trabalhados;

- O cancelamento se dará sem prejuízo da posterior cobrança de **anuidades**;
- Após o cancelamento da sua inscrição, o médico deverá ser informado da existência de inadimplência a fim de regularizar sua situação junto ao CRM;
- Caso o médico se mantenha inadimplente, deve ser informado da inclusão de seu(s) débito(s) em dívida ativa e da possibilidade de ajuizamento;
- Judicantes: comunicar a área de processo sobre a aplicação da decisão e a data de sua efetivação;
- O **CRM de origem** comunica aos demais CRMs sobre a suspensão do registro do médico e sua motivação;
- O **CRM de origem** deve reter a CPM e a CIM, que perderão seu valor legal de identidade, conforme estabelece a Lei nº 3.268/1957.

## ANULAÇÃO DE INSCRIÇÃO

*Procedimento administrativo que **anula** inscrição indevida.*

Esse procedimento se destina à anulação de inscrições concedidas indevidamente, em razão da apresentação de documentos fraudulentos ou insuficientes.

### Procedimentos

- I. Após identificação do registro indevido, o processo deverá ser encaminhado para a Assessoria Jurídica para elaboração de nota técnica/parecer e posterior deliberação de Diretoria;
- II. Solicitar a devolução da CPM (capa verde) e da CIM. Caso não se obtenha sucesso, solicitar à Assessoria Jurídica que proceda com mandado de busca e apreensão;
- III. Proceder à anulação do registro no sistema e providenciar as devidas comunicações ao CFM e demais órgãos competentes, se for o caso.

### Observação

Com a inscrição anulada, o detentor do número fica legalmente impossibilitado de exercer qualquer ato médico, tendo inclusive omitidas suas informações do site do CRM e do Portal Médico.

## CADASTRO DE CONSULTÓRIOS PRIVADOS DE PESSOAS FÍSICAS

Procedimento para o cadastramento dos consultórios médicos privados – pessoas físicas

Esse procedimento se destina a cumprir o determinado na Resolução em vigor, que disciplina os Departamentos de Fiscalização nos CRMs, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de qualquer natureza, bem como critérios mínimos para seu funcionamento, além de determinar que os **consultórios privados de pessoas físicas** estejam obrigatoriamente inscritos nos CRMs.

### Procedimentos

- I. O profissional médico deverá, por meio da internet, no sítio dos Conselhos Regionais, realizar o cadastro de seu consultório privado de pessoa física em formulário *online* próprio ou quando do preenchimento do formulário de inscrição, acrescentando as informações referentes ao seu consultório privado de pessoa física.
- II. Ao Setor de Registro de Pessoa Física caberá:
  - a. verificar se o requerimento de cadastro e seus anexos obrigatórios estão adequadamente preenchidos e assinados;
  - b. verificar se o médico responsável pelo consultório está em situação regular e em dia com suas anuidades;
  - c. no caso de consultório médico especializado, verificar se o médico responsável possui registro da especialidade informada;
  - d. reter o requerimento de cadastro do consultório privado de pessoa física e as cópias de todos os documentos eletroni-

- camente, para que se torne parte integrante do prontuário do médico;
- e. atendidas as exigências legais, cadastrar o consultório privado de pessoa física;
    - i. o Certificado de Regularidade da Inscrição do Consultório de Pessoa Física estará disponível no CRM Virtual;
    - ii. é condição para emissão do Certificado de Regularidade da Inscrição do Consultório de Pessoa Física que o médico responsável pelo consultório esteja em situação regular e em dia com suas anuidades;
  - f. orientar o médico quanto à necessidade de renovação anual do Certificado de Regularidade da Inscrição do Consultório de Pessoa Física, sempre na data de aniversário de seu registro.

#### **Documentos necessários (original e cópia)**

- I. Requerimento de inscrição no Cadastro de Consultório Privado de Pessoa Física;
- II. Alvará da prefeitura ou declaração de isenção;
- III. Alvará sanitário ou declaração de isenção (recomendados). A não apresentação não impede o cadastro do consultório.

## OUTROS SERVIÇOS

*Procedimentos administrativos que atendem a diversos outros serviços*

### Cadastro de PCMSO

#### Procedimentos

Esse procedimento se destina a cumprir o determinado na Resolução em vigor, que disciplina que os serviços médicos ambulatoriais de atendimento ao trabalhador e os médicos do trabalho responsáveis pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) são obrigados a ter registro no CRM da jurisdição onde atuam.

#### Cabe ao médico:

- A. O médico deverá cadastrar todos os PCMSOs dos quais é Coordenador na Unidade Federativa.
- B. O médico deve registrar PCMSO da jurisdição nas quais possui inscrição.
- C. Por meio do Portal de Serviço (CRM VIRTUAL), o médico preenche o formulário eletrônico, informando o CNPJ/CPF, a razão social ou o nome da organização na qual é responsável pelo programa e sua data de início.
- D. No caso de CNPJ ou CPF com mais de um PCMSO, o sistema deve informar ao médico que já existe(m) programa(s) cadastrado(s) com o CPF/CNPJ informado e apresentar a lista desses programas.
- E. Após a listagem dos programas, o sistema ativa as seguintes opções: alteração do responsável técnico ou inclusão de um novo PCMSO para o mesmo grupo.

◆ **Alteração do responsável técnico:**

O sistema exibe os dados do cadastro atual e, quando disponíveis, as áreas/setores registrados. Em seguida, o médico seleciona o setor/área que assumirá a responsabilidade técnica, encerrando a responsabilidade anterior.

◆ **Novo PCMSO do grupo:**

O sistema exibe as informações do cadastro atual, incluindo as áreas/setores já registrados. Em seguida, possibilita que o médico insira o novo programa e a área/setor correspondente.

- F. O médico deve anexar a documentação comprobatória na qual a organização empresarial informa quem é o responsável pelo PCMSO, preferencialmente assinado eletronicamente com o certificado digital ICP-BRASIL ou assinatura avançada gov.br (ANEXO II-J)

Obs.: O médico poderá anexar o PCMSO.

**Cabe ao CRM:**

- I. Verificar se o requerimento de cadastro e seus anexos obrigatórios estão adequadamente preenchidos e assinados.
- II. Caso o documento comprobatório não esteja regular (PDF com problema: ilegível ou sem as devidas assinaturas), o Setor de Registro de Pessoa Física poderá enviar uma pendência para o médico regularizar a situação.
- III. Caso esteja tudo regular, o Setor de Registro de Pessoa Física aprovará o cadastro, sendo liberada então a permissão para a emissão da correspondente certidão de cadastro do PCMSO.

**Procedimento para Baixa do PCMSO:**

- I. Por meio do Portal de Serviços dos Conselhos Regionais, o médico seleciona a opção do menu “Requerimento de Baixa do PCMSO”.

- II. Na lista de PCMSOs ativos/áreas ou setores, o médico seleciona o programa para o qual quer proceder à baixa, clica em editar, insere em seguida a data de fim da atividade de Coordenador. Essa ação atualiza diretamente no banco de dados do CRM o encerramento da atividade do médico em relação ao PCMSO.

Todos os programas nos quais o médico atua ou atuou ficarão disponíveis no Portal de Serviços dos Conselhos Regionais para a emissão da respectiva Certidão de PCMSO.

## **Informa TELEMEDICINA**

### **Procedimentos:**

O médico que vai atuar com **TELEMEDICINA** deverá informar ao Conselho Regional de sua jurisdição em qual(ais) modalidades está atuando (ANEXO II-I):

- I. Teleconsulta;
- II. Teleinterconsulta;
- III. Telediagnóstico;
- IV. Telecirurgia;
- V. Telemonitoramento ou televigilância;
- VI. Teletriagem;
- VII. Teleconsultoria.
  - a. Essa comunicação poderá ser realizada pelo portal de serviços informando: CRM-UF, NOME e a data do início de sua atuação em **TELEMEDICINA** e em quais modalidades;
  - b. O Conselho Regional deverá registrar a informação da atuação do médico em **TELEMEDICINA** e suas modalidades em local apropriado em seus sistemas de informação, ou realizar anotação em seu registro.

# Informa CONFLITO DE INTERESSE

## Procedimentos

**Objetivo:** Organizar e normatizar os procedimentos e regras relativos aos vínculos de médicos com indústrias farmacêuticas, empresas de insumos da área da saúde e de equipamentos médicos, conforme a Resolução do CFM.

### 1. Identificação e Comunicação de Vínculos

- O médico deve comunicar ao CRM de sua jurisdição o(s) vínculo(s) mantido(s) com indústrias farmacêuticas, empresas de insumos da área da saúde e de equipamentos médicos.
- Obrigatoriamente deve informar os seguintes dados:
  - CNPJ da(s) empresa(s) em que presta serviço.
  - Nome da(s) empresa(s) em que presta serviço.
  - Natureza do vínculo (contrato formal, serviço ocasional/ remunerado, pesquisa, divulgação, entre outros).
- O início do vínculo.
- O término do vínculo deverá ser comunicado imediatamente.

### 2. Caracterização dos Vínculos (Art. 3º)

Considera-se vínculo quando o médico:

- É contratado formalmente para atividades ligadas às empresas.
- Presta serviço eventual ou remunerado.
- Participa de pesquisa, desenvolvimento de fármacos, materiais ou equipamentos.
- Atua como palestrante ou divulgador remunerado.
- É membro de conselhos ou comissões como Conitec, ANS, Anvisa, entre outros.

### 3. Recebimento de Benefícios (Art. 4º e 5º)

- Proibido o recebimento de benefícios relacionados a produtos sem registro na Anvisa, salvo em pesquisas aprovadas por Comitês de Ética.

- O recebimento de qualquer benefício deve ser informado em até 60 dias.
- 4. Declaração de Conflitos de Interesse (Art. 6º)**
- Obrigatório declarar conflitos de interesse em entrevistas, debates e eventos médicos com público leigo.
  - Os conflitos de interesse informados serão publicados em plataforma própria do CFM.
- 5. Exclusões (Art. 7º)**
- Estão isentos da obrigatoriedade:
    - Rendimentos de investimentos em ações ou cotas.
    - Recebimento de amostras grátis.
    - Benefícios para sociedades científicas e entidades médicas.
  - Os conflitos de interesse informados serão publicados em plataforma própria do CFM.

## **AVERBAÇÃO DE NOMES / ESTADO CIVIL / OUTRAS**

Ocorre quando o profissional tem seu nome modificado por alteração de estado civil ou outros motivos, devendo registrar tal fato no CRM.

### **Procedimentos do CRM**

- A. Recolher e inutilizar a CIM anterior
- B. Efetuar o recolhimento da taxa de serviço
- C. Coletar dados biométricos, quando necessário
- D. Emitir nova CIM
- E. Efetuar o registro na CPM (**Anexo VII-A**)

## Documentos necessários

- I. Requerimento de Serviços Diversos (**Anexo II-D**), devidamente preenchido e assinado.
- II. Certidão comprobatória ou RG já averbado.
- III. CPM na versão física (BOX) ou na versão digital (e-CPM) ou Boletim de Ocorrência relatando seu extravio, se for o caso.

## ALTERAÇÃO DE NACIONALIDADE

### Procedimentos

Se o profissional mudar de nacionalidade, deve notificar esse fato ao CRM, que deverá adotar os seguintes procedimentos:

- A. Recolher e inutilizar a CIM anterior
- B. Efetua o recolhimento da taxa de serviço
- C. Coletar dados biométricos, quando necessário
- D. Emitir nova CIM, com a nova nacionalidade
- E. Efetuar o registro na CPM (**Anexo VII-A**)

## Documentos necessários

- I. Requerimento de Serviços Diversos (Anexo II-D), devidamente preenchido e assinado.
- II. Certidão comprobatória ou RG já averbado.
- III. Carteira Profissional na versão física (BOX) ou na versão digital (e-CPM) ou Boletim de Ocorrência relatando seu extravio, se for o caso.
- IV. **Título Eleitoral** físico ou digital com comprovação de regularidade ou Certidão de quitação eleitoral atualizada.

# **BUSCA MÉDICO**

## **Exclusão de foto**

Fica assegurado ao médico o direito de solicitar, de forma excepcional e devidamente justificada, a exclusão de sua fotografia junto à diretoria do CRM. Essa diretoria deverá deliberar sobre o pedido considerando tanto o interesse público quanto o interesse particular envolvido, ficando a possibilidade de recurso a cargo da diretoria do CFM (Resolução CFM nº 2.309/2022).

## **Exclusão de GRADUAÇÃO**

Fica assegurado ao médico o direito de solicitar, de forma devidamente justificada, a exclusão de sua GRADUAÇÃO junto à diretoria do CRM.

## **Cancelamento: CIM CIC E CPM**

### **Procedimentos**

- A. Em caso de roubo, furto, extravio ou perda o médico deverá notificar ao CRM.
- B. Solicitar a emissão de um novo documento de identidade.
- C. Efetuar o recolhimento da taxa de serviço.
- D. Coletar dados biométricos, quando necessário.
- E. Emitir nova CIM ou CIC.
- F. Caso se trata do CRM referente à 1<sup>a</sup> inscrição, emitir a nova CPM.

### **Documentos necessários**

- I. Em caso de roubo, furto, extravio ou perda, encaminhe ao CRM uma cópia do Boletim de Ocorrência.

- II. O cancelamento da emissão da CIM somente poderá ser realizado em até uma hora após a solicitação, por meio do aplicativo disponibilizado pela fornecedora do serviço.

Os CRMs adotarão CIMs nas versões física e digital.

## Características

- I. A atual CIM, instituída pela Resolução CFM nº 1.983/2012, será gradualmente substituída e continuará válida por período indeterminado para todos os médicos que ainda não tenham providenciado nova emissão.
- II. Denominações:
  - a. **CRM digital**: versão em policarbonato com chip (**física**);
  - b. **E-CRM**: versão para dispositivos móveis, confeccionada de acordo com as exigências técnicas definidas nos regulamentos da ICP-Brasil (**digital**).
- III. A versão **digital** não substitui a obrigatoriedade da emissão da versão **física**.
- IV. As CIM (**CRM Digital**) *smartcard* em policarbonato (**física**) e a versão digital para os dispositivos móveis nos padrões ICP-Brasil (**E-CRM**) conterão as seguintes informações:
  - a. Nome por extenso;
  - b. CRM/UF;
  - c. Filiação;
  - d. Data de inscrição;
  - e. Número da via;
  - f. CPF;
  - g. Outra identificação/órgão emissor;
  - h. Título de eleitor;
  - i. Seção eleitoral;
  - j. Zona eleitoral;
  - k. Data de nascimento;
  - l. Naturalidade;
  - m. Local e data de expedição;

- n. Identificador sequencial único;
- o. Fotografia de frente e assinatura;
- p. Brasão da República, na frente;
- q. A expressão “CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA”;
- r. A expressão “Conselho Regional do <nome do estado>”;
- s. A expressão “Cédula de Identidade de Médico”;
- t. Marca ou símbolo do CFM, inserido ao fundo, na frente;
- u. Espaço para assinatura do presidente do CRM;
- v. Expressão “Válida como prova de identidade para qualquer efeito, de acordo com a Lei nº 6.206/1975”;
- w. Brasão da República inserido ao fundo, no verso;
- x. Chip\*;
- y. QR Code.

\*Obs1: o modelo digital não terá **chip**.

\*Obs2: O médico (a) que assim desejar poderá solicitar a inclusão do NOME SOCIAL (MODELO VI).

- V. A CIM (**CRM Digital**) *smartcard* em policarbonato com **chip** em sua versão **física** terá o seguinte *layout*:



A CIM (**CRM Digital**) *smartcard* em policarbonato com **chip** em sua versão **física com NOME SOCIAL** terá o seguinte *layout*:



- VI. A CIM (**E-CRM**) na versão para dispositivo móvel, Android ou iOS, será expedida pelos Conselhos Federal e Regionais de Medicina mediante a emissão da sua versão física em policarbonato.
- VII. O E-CRM requer uso de aplicativo exclusivo do CFM, devendo ser baixado diretamente das lojas de aplicativo Android e iOS.
- VIII. O E-CRM possui componentes de segurança que protegem a identidade do médico, com base no uso de certificado de atributo em conformidade com os padrões da ICP-Brasil, sendo assinado digitalmente pelo CFM.
- IX. O QR Code (código de barras bidimensional) visualizado na CIM (E-CRM) para dispositivos móveis é destinado a verificar a autenticidade do documento médico e sua validação. Para tanto, o aplicativo disponibilizado pelo CFM, quando direcionada a câmera ao QR Code, permite validar sua autenticidade.
- X. O E-CRM, versão da CIM, poderá ser revogado pelos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, e sua revogação também terá efeito sobre a versão em cartão de policarbonato (física).

XI. A CIM, na sua versão digital (E-CRM), em dispositivo móvel, será disponibilizada **gratuitamente** aos profissionais médicos que obtiveram a versão em cartão de policarbonato (física) a partir de 1º de agosto de 2017.

XII. A CIM (E-CRM), em sua versão digital, terá o seguinte modelo:



# Cédula de Identidade de Conselho - CIC



- A carteira de identidade dos conselheiros identifica cada membro de acordo com o mandato que lhe foi conferido.
  - A emissão ocorrerá após a posse do Conselheiro Regional/ Federal e será preenchida conforme o cargo e o período de mandato.
  - Se o mandato for interrompido, a Cédula de Identificação de Conselheiro (CIC) deverá ser devolvida ao CRM para inutilização

## CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO - CPM (FÍSICA E DIGITAL)

Resolução CFM nº 2.295/2021 normatiza a Carteira Profissional de Médico dos profissionais inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina, em suas versões física (BOX) e para dispositivos móveis (e-CPM), e dá outras providências.

A CPM, em sua versão física (BOX), será confeccionada quando da primeira inscrição do profissional médico ou mediante o requerimento do interessado e recolhimento de taxa.

A Carteira Profissional de Médico em sua versão digital (e-CPM), para dispositivo móvel, em sistema operacional Android ou iOS, será disponibilizada gratuitamente, concomitantemente à emissão de sua versão física (BOX), ou requerida por médicos cujas CIM, em policarbonato e na versão digital, tenham sido emitidas a partir de agosto de 2017 e estejam com seus dados biográficos e biométricos atualizados.

Na CPM, as anotações, tanto na versão física (BOX) como na digital (e-CPM), terão validade no que se refere a suas inscrições, vistos temporários, averbações, títulos e outros aspectos de sua trajetória profissional, inclusive elogios e penalidades.

- Na CPM versão papel-moeda (BOX), serão fixadas etiquetas ou carimbos com as anotações, que serão também devidamente assinadas pelo representante do Conselho Regional;
- Na e-CPM, as anotações serão eletrônicas, extraídas de forma online do Cadastro Nacional dos Médicos mantido pelo CFM, e atribuídas pelo Conselho Regional de Medicina.

### **CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO**

#### **Física (BOX) e digital (e-CPM), normatizadas pela Resolução CFM nº 2.295/2021**

A CPM, na versão em papel-moeda (BOX) e na versão digital (e-CPM), expedida pelos CRMs, guardadas as especificações do Anexo, conterá:

- a. Nome civil do profissional por extenso;
- b. Nome social do profissional por extenso (quando for o caso);
- c. Filiação;
- d. Nacionalidade e naturalidade;
- e. Data de nascimento;
- f. Nome da escola em que se formou;

- g. Número da inscrição no CRM;
- h. Data da inscrição;
- i. Identidade e Órgão expedidor;
- j. CPF;
- k. Retrato de frente (3x4) com data na fotografia;
- l. Assinatura do possuidor;
- m. Impressão digital do polegar da mão direita;
- n. Assinatura do presidente e do secretário do Conselho;
- o. Mínimo de 24 (vinte e quatro) folhas para vistos e anotações sobre o exercício da medicina, elogios, impedimentos e proibições;
- p. Declaração de que a carteira valerá como documento de identidade e terá fé pública (art. 19 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957).

#### **Especificações da CPM (BOX):**

**CAPA:** Papel Coberxil na cor verde-jade; textos, traços, brasão da República e logotipo do CFM aplicados no processo *hot stamping*, com *foil* dourado.

**MEDIDA:** Largura final de 90mm e altura de 125mm.

**FORMATO FINAL DA CARTEIRA:** Retangular, com largura final de 90mm e altura de 125mm, contendo 24 (vinte e quatro) páginas internas.

**CONTRACAPA:** A contracapa conterá impressão em calcografia (talho-doce), com matriz cilíndrica em 2 (duas) cores numa única passada com registro, sendo:

- Guilhôches positivos e negativos;
- Imagem latente com a palavra “ORIGINAL”.

**MIOLO:** Papel filigranado (marca d’água) exclusivo e personalizado da CONTRATADA, conhecido como papel-moeda; gramatura de 94g/m<sup>2</sup> (+ / - 5%).

**OFFSET:** Impressão em offset, com 4 (quatro) cores na frente e textos em preto, com:

- Fundo numismático personalizado duplo;
- Tarja geométrica negativa;
- Efeito íris;
- Microtexto positivo e negativo com falha técnica nos termos “MEDICINA” e “CONSELHO”;
- Uma das cores da frente impressa com tinta de segurança invisível, reativa à lâmpada ultravioleta na cor verde.

**NUMERAÇÃO DE CONTROLE:** As folhas internas da carteira serão numeradas em numerador sequencial, composto por 2 (dois) dígitos, na cor preta.

**NUMERAÇÃO POR PERFURAÇÃO MECÂNICA DE SEGURANÇA:** As CPMS terão numeração crescente com 5 (cinco) dígitos por perfuração mecânica, contemplando o verso e a metade das páginas internas para evitar a remoção de qualquer uma das páginas na tentativa de fraude e adulteração.

**ACABAMENTO:** Fio de costura com linha para COSER 100% poliéster lubrificada – 120, que serve para unir as páginas da CPM com material de fixação.

**ITENS DE SEGURANÇA:** As carteiras conterão os itens de segurança descritos nos anexos correspondentes. Especificações para etiqueta de identidade profissional:

**PAPEL:** Papel autoadesivo;

**FRONTAL:** Offset branco fosco com 63g/m<sup>2</sup>;

**ADESIVO:** Dispersão acrílica de base aquosa permanente com 20g/m;

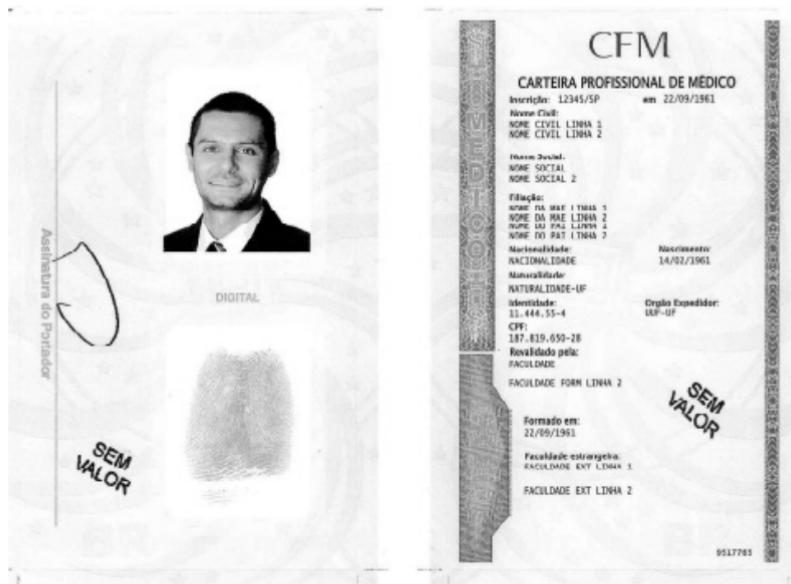
**LINER:** Papel couchê siliconado com silicone de base aquosa com 85g/m<sup>2</sup>, tecnicamente compatível com a impressão dos dados variáveis a laser;

**FORMATO:** 80mm (largura) × 110mm (altura);

**IMPRESSÃO OFFSET:** As etiquetas receberão impressão em offset 4/0 cores, com impressão de tinta de segurança UV.

**ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM N° 2.295/2021**  
CPM – BOX – em papel-moeda

**A. Formado no Brasil**



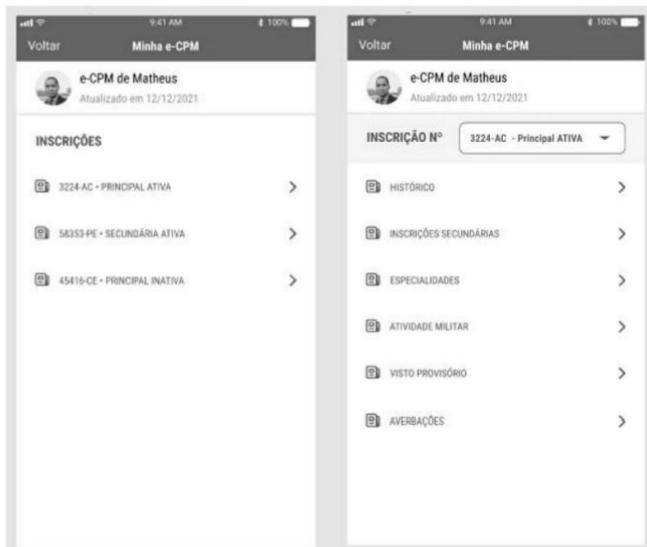
## B. Formado no exterior



## C. Complemento



## CPM – e-CPM – para dispositivos móveis



*As certidões e certificados emitidos pelos portais de serviços disponibilizados pelos CRMs devem seguir os padrões abaixo detalhados*

### **CERTIDÃO PARA APOSENTADORIA**

O médico poderá requerer ao CRM em que possui registro, por meio do Portal de Serviços, certidão para fins de aposentadoria (**Anexo XI-A**).

### **CERTIDÃO ELEITORAL**

O médico poderá requerer ao CRM em que possui registro, por meio do Portal de Serviços, certidão para fins de comprovação de que está quite com o processo eleitoral CRM/CFM (**Anexo XI-B**).

### **CERTIFICADO DE ESPECIALISTA**

O médico poderá requerer ao CRM em que possui registro, por meio do Portal de Serviços, certidão para fins de comprovação do seu registro como especialista (**Anexo XI-C**).

### **CERTIDÃO DE CANCELAMENTO**

O médico poderá requerer ao CRM em que possui registro, por meio do Portal de Serviços, Certidão de Cancelamento de Inscrição (**Anexo XI-D**).

## **CERTIDÃO DE ESPECIALIDADES REGISTRADAS**

O médico poderá requerer ao CRM em que possui registro, por meio do Portal de Serviços, certidão contendo todas as especialidades e áreas de atuação em que estiver registrado (**Anexo XI-E**).

## **CERTIDÃO DE INSCRIÇÃO**

O médico poderá requerer ao CRM em que possui registro, por meio do Portal de Serviços, certidão de que se encontra inscrito (**Anexo XI-F**). **Obs.: Essa certidão deverá apresentar o CPF do médico.**

## **CERTIDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA PARA PGRSS**

O médico poderá requerer ao CRM em que possui registro, por meio do Portal de Serviços, Certidão de Responsabilidade Técnica para Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) (**Anexo XI-G**).

## **CERTIDÃO DE JUBILAMENTO**

O médico que completar 70 anos de idade, até o final do exercício, poderá requerer, por meio do Portal de Serviços, Certidão de Jubilamento ao CRM em que possui registro ativo, sem prejuízo da cobrança de anuidades de exercícios anteriores, de acordo com a resolução e anuidade vigente (**Anexo XI-H**).

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE CONDUTA ÉTICO-PROFISSIONAL**

O médico poderá requerer ao CRM em que possui registro ativo, por meio do Portal de Serviços, Certidão Negativa de Conduta Ético-Profissional (**Anexo XI-I**).

Quando existir penalidade ou registro de tramitação de sindicância ou processo ético-profissional em desfavor do médico, este deverá dirigir-se ao CRM e requerer Certidão de Antecedentes Éticos, que será fornecida com os dados disponíveis no CRM.

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS**

O médico poderá requerer ao CRM em que possui registro ativo, por meio do Portal de Serviços, Certidão Negativa de Débitos (**Anexo XI-J**).

## **DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA**

O médico poderá requerer ao CRM em que possui registro ativo, por meio do Portal de Serviços, Declaração de Transferência (**Anexo XI-K**).

## SISTEMA INTEGRADO DE IDENTIFICAÇÃO MÉDICA (SIIM)

*Cédula de Identidade Médica (CIM) (física e digital), Carteira Profissional de Médico (CPM) (física e digital), Certificado de Atributo e Certificado Digital A3 em nuvem – Padrão ICP-Brasil*

### DEFINIÇÕES E CARACTERÍSTICAS

Cabe aos CRMs atestar à sociedade quais profissionais médicos estão aptos ao exercício da medicina, em quaisquer de seus ramos, especialidades e responsabilidades técnicas, bem como normatizar a prática médica em todo o país.

Os Conselhos Federal e Regionais de Medicina devem manter registro dos médicos legalmente habilitados para o exercício da medicina em suas respectivas regiões.

Temos um completo sistema de identificação dos médicos: documentos FÍSICOS e DIGITAIS: a Cédula de Identidade Médica (CIM e e-CIM) e a Carteira Profissional de Médico (BOX, e-CPM), integradas e automatizadas em suas diversas etapas. Ampliamos o alcance de nossa nuvem de atributos e, dessa forma, podemos apresentar de maneira segura, também no mundo virtual, os médicos aptos ao exercício da medicina, suas especialidades e demais qualificações. Avançamos agora para completar esse projeto sistêmico de emissão e geração de documentos de identificação físicos e virtuais: atuaremos como uma AR-eletrônica, vinculada a uma Autoridade Certificadora (AC), visando possibilitar a emissão de CERTIFICADOS DIGITAIS A3 em nuvem – Padrão ICP-Brasil para todos os médicos brasileiros, **gratuitamente**, de forma conectada ao processo de registro de médicos, impulsionando e favorecendo o desenvolvimento de novas tecnologias na área médica no Brasil.

## SISTEMA INTEGRADO DE IDENTIFICAÇÃO MÉDICA – SIIM

Um sistema completo de identificação física e virtual, moderno e seguro



A ampliação do acesso à certificação digital (identidade do profissional médico) e ao certificado de atributo (sua qualificação) permitirá que o uso de documentos médicos digitais se torne uma realidade na área médica. O fato de a assinatura digital dar-se no âmbito da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil) garante a mesma eficácia probatória da assinatura de punho e a mesma validade jurídica (MP 2.200-2, de 24 de agosto de 2001).

O Sistema Integrado de Identificação Médica (SIIM) visa definir e aplicar um processo único na identificação dos profissionais médicos, com a padronização da base biométrica dos Conselhos de Medicina, devendo as imagens coletadas seguir o mesmo padrão e processo de pesquisa biométrica, em sistema de comparação biométrica, estabelecidos para institutos de identificação como Detran e Polícia Federal, além de permitir a emissão de Certificados Digitais.

Seguimos as normas do DOC-16 ICP-BRASIL, estabelecidas pelo Instituto Nacional de Tecnologia da Informação (ITI), que é a autorquia federal vinculada à Casa Civil da Presidência da República

que tem por missão manter e executar as políticas da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil). As ARs CRMs, junto com a Autoridade Certificadora (AC), estabelecem o compromisso de tomar ciência, respeitar e manterem-se aderentes a toda legislação, normas e demais regras impostas pela ICP-Brasil, além de manterem atualizadas as documentações das autoridades certificadoras (DPC e PC), de acordo com as exigências da ICP-Brasil.

#### Padronização de imagens biométricas



*Disciplina e normatiza a emissão de documentos de identificação médica físicos e digitais. O sistema será composto por: Cédula de Identidade Médica (física e digital), Carteira Profissional de Médico física e digital), Atributos Médicos e Certificação Digital (padrão ICP-Brasil).*

## **PROCEDIMENTOS E CARACTERÍSTICAS:**

- A CIM – **CRM Digital**, versão em cartão em policarbonato com chip, será confeccionada mediante requerimento do interessado e recolhimento de taxa;
- A CIM – E-CRM, versão para dispositivo móvel, em sistema operacional Android ou iOS, será disponibilizada **gratuitamente** para os médicos que estão emitindo a CIM – **CRM Digital** e aos médicos que emitiram sua CIM a partir de 1º de agosto de 2017;
- A CIM – E-CRM, versão para dispositivo móvel, confeccionada de acordo com as exigências técnicas definidas nos regulamentos da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil), não substitui a obrigatoriedade da versão digital em cartão policarbonato com chip – CRM DIGITAL (*smartcard*);
- A CIM – E-CRM, para dispositivo móvel, requer uso de aplicativo exclusivo do Conselho Federal de Medicina, devendo ser baixado diretamente das lojas de aplicativo Android e iOS;
- A CIM – E-CRM, para dispositivo móvel, possui componentes de segurança que protegem a identidade do médico;
- A CIM – E-CRM, para dispositivo móvel, é baseada no uso de certificado de atributo, em conformidade com os padrões da ICP-Brasil, e assinada digitalmente pelo CFM;

- A CIM – E-CRM, para dispositivo móvel, é emitida com o atributo MÉDICO APTO AO EXERCÍCIO DA MEDICINA, seguindo as exigências técnicas definidas nos regulamentos da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil);
- Quando revogado o atributo **MÉDICO APTO AO EXERCÍCIO DA MEDICINA**, a Cédula de Identidade Médica, em sua versão digital para dispositivo móvel em sistema operacional Android ou iOS (**e-CRM**), perde a validade e sua revogação também terá efeito sobre a sua versão física (CRM DIGITAL);
- A CIM – E-CRM, para dispositivo móvel, poderá ser revogada pelo CFM ou mediante solicitação do CRM, e sua revogação também terá efeito sobre a versão em cartão.

**CERTIFICADO DE ATRIBUTO**  
**CFM – Entidade Emissora de Atributo (EEA)**  
**Resolução CFM nº 2.296/2021**

## **PROCEDIMENTOS E CARACTERÍSTICAS:**

- O CFM passa a atuar como **Entidade Emissora de Atributo (EEA)**, com base na regulamentação da Resolução 93 do Comitê Gestor da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil), de 5 de julho de 2012, que aprovou o documento DOC-ICP-16 (VISÃO GERAL SOBRE CERTIFICADO DE ATRIBUTO PARA A ICP-BRASIL), emitindo atributos médicos no denominado mundo virtual;
- O formato do Certificado de Atributo segue o padrão X.509, adotado pela ICP-Brasil na emissão de certificados de pessoa física, jurídica e de equipamentos;
- **O Certificado de Atributo**, de acordo com o Instituto Nacional de Tecnologia da Informação (ITI), é um conjunto de informações ou estrutura de dados que contém uma série de atributos (**qua-**

- lificações)** para identificar seu titular (pessoa física ou jurídica), devendo ser emitidos por entidades que detenham as prerrogativas legais para atestar à sociedade essas informações;
- O certificado define uma autorização, ou seja, quem pode realizar determinadas atividades, por exemplo: “**MÉDICO APTO AO EXERCÍCIO DA MEDICINA OU ESPECIALISTA EM PEDIATRIA**”. Trata-se de uma qualificação eletrônica assinada digitalmente por uma Entidade Emissora de Atributo que traz informações do seu titular;
  - **Os atributos médicos** serão gerados **gratuitamente** junto com a emissão dos documentos de identificação (CIM e CPM) emitidos pelo Sistema de Conselhos de Medicina, de forma a garantir a segurança na transação de dados e permitir presunção legal de veracidade;
  - **Os atributos médicos** serão emitidos ou revogados automaticamente de acordo com os registros dos CRMs e chancelados pelo CFM.

## **PROCEDIMENTOS E CARACTERÍSTICAS:**

- Os CRMs adotarão a CPM em sua versão física, denominada de BOX, e em sua versão digital para dispositivo móvel em sistema operacional Android ou iOS, denominada de e-CPM;
- A CPM anterior, instituída pela Resolução CFM nº 3, de 17 de dezembro de 1957, continuará válida por período indeterminado para todos os médicos que tenham solicitado a emissão durante sua vigência;
- A CPM, em sua versão física (BOX), será confeccionada quando da primeira inscrição do profissional médico ou mediante requerimento do interessado e recolhimento de taxa;
- A e-CPM será disponibilizada **gratuitamente**, concomitantemente à emissão de sua versão física (BOX), ou requerida por médi-

cos cujas CIM, em policarbonato e na sua versão digital, tenham sido emitidas **a partir de agosto de 2017**. Além disso, devem estar com seus dados biográficos e biométricos atualizados;

- Os profissionais que tenham emitido CIM a partir de agosto de 2017, que não tenham dados geográficos e biométricos atualizados e que queiram solicitar a emissão da Carteira Profissional de Médico (CPM) em sua versão digital para dispositivo móvel em sistema operacional Android ou iOS (e-CPM), deverão comparecer ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição para coletar dados biométricos e atualizar seus dados geográficos;
- A CPM, em sua versão digital para dispositivo móvel em sistema operacional Android ou iOS (e-CPM), somente será embarcada e acessada por meio do aplicativo CREDECIAL MÉDICA, fornecido exclusivamente pelo CFM, devendo ser instalado gratuitamente diretamente nas lojas de aplicativos do Android e iOS, e se o atributo MÉDICO APTO AO EXERCÍCIO DA MEDICINA estiver ativo;
- A CPM, em sua versão digital para dispositivo móvel em sistema operacional Android ou iOS (e-CPM), poderá ser revogada pelo CFM ou mediante solicitação do CRM, e sua revogação também terá efeito sobre sua versão física (BOX);
- Se revogado o atributo **MÉDICO APTO AO EXERCÍCIO DA MEDICINA**, a CPM, em sua versão digital para dispositivo móvel em sistema operacional Android ou iOS (e-CPM), perde a validade;
- A emissão de 2<sup>a</sup> via da CPM, em suas versões física (BOX) e digital (e-CPM), somente poderá ser solicitada no CRM onde o médico possui sua **INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA**;
- Na CPM, nas versões física e digital, serão feitas anotações referentes a suas inscrições, vistos temporários, averbações, títulos e outros aspectos de sua trajetória profissional, inclusive elogios e penalidades;

- Na CPM, em sua versão digital para dispositivo móvel em sistema operacional Android ou iOS (e-CPM), as anotações serão eletrônicas, extraídas de forma *online* do Cadastro Nacional dos Médicos, atribuídas pelo CRM e pelo CFM;
- Ambas as carteiras terão validade equivalente e atendem aos requisitos de fiscalização para comprovação de anotações referentes às suas **INSCRIÇÕES, VISTOS TEMPORÁRIOS, TÍTULOS** e outros aspectos da trajetória profissional.

**CERTIFICADO DIGITAL A3 em nuvem**  
**Padrão ICP-BRASIL**  
**Resolução CFM nº 2.296/2021**

## **PROCEDIMENTOS E CARACTERÍSTICAS:**

Os Conselhos Federal e Regionais de Medicina, baseados na Lei nº 6.206, de 7 de maio de 1975, estão credenciados na ICP-Brasil para utilizar módulo eletrônico de **Autoridade de Registro (AR)**, com base no disposto no DOC-ICP-05 do ITI.

### **Qual é o papel dos CRMs como Autoridade de Registro?**

Intermediar o contato entre o médico e a Autoridade Certificadora (AC).

Somos responsáveis por conferir os dados e documentos do médico e enviar a requisição do Certificado Digital para a **Autoridade Certificadora**, que deve obrigatoriamente confiar na Autoridade de Registro, os CRMs, e emitir o certificado digital do médico baseado nessa relação de confiança

Os Conselhos Federal e Regionais de Medicina estarão vinculados a uma Autoridade Certificadora (AC) credenciada pela ICP-Brasil (VALID), visando a emissão do Certificado Digital do Médico.

### **O que é uma Autoridade Certificadora?**

É uma entidade pública ou privada que tem a função de emitir, renovar e revogar Certificados Digitais. A ela estão ligadas as Autoridades de Registro (ARs).

Na prática, é ela que cria e assina digitalmente o certificado do usuário, confirmando sua identidade e verificando se o titular do Certificado Digital tem a chave privada correspondente à chave pública de certificados.

Os Conselhos Federal e Regionais de Medicina deverão emitir, **gratuitamente**, aos médicos adimplentes que requisitarem: CERTIFICADOS DIGITAIS A3 em nuvem (padrão ICP-BRASIL), com ativação anual e validade de até 5 (cinco) anos, sendo um certificado digital por médico (por CPF).

### **O que é um Certificado Digital?**

É um dispositivo eletrônico que permite ao proprietário se identificar e assinar documentos digitalmente com segurança e validade jurídica no Brasil. É a forma mais confiável de legitimar uma identidade na internet, garantindo a autenticidade de pessoas, empresas, equipamentos, sites e até aplicações. Por meio da criptografia de dados ele garante confidencialidade e integridade às informações eletrônicas.

O processo de emissão do Certificado Digital dos médicos nos Conselhos de Medicina deverá ser integrado ao processo de emissão de documentos de identificação médica.

- Para os profissionais médicos que estão em processo de registro nos Conselhos de Medicina, a coleta e validação de dados biográficos e biométricos para emissão de seus documentos médicos (CIM e CPM) devem atender aos requisitos para a emissão do certificado digital.

## 1. PRESENCIALMENTE

- Os profissionais médicos registrados com dados biográficos e biométricos **válidos** na base de dados do Sistema Conselhos de Medicina poderão ter seus dados aproveitados para emissão de Certificados Digitais.

## 2. CRM VIRTUAL

- Os profissionais médicos registrados com dados biográficos ou biométricos inválidos deverão atualizar seus dados biográficos e realizar a captura de dados biométricos para emissão do seu Certificado Digital.

## 3. PRESENCIALMENTE

- Os médicos que ainda possuem sua CIM em papel-moeda, **para obter gratuitamente** o Certificado Digital A3 em nuvem, deverão emitir a CIM (em cartão policarbonato com chip e digital), atualizando seus dados biográficos e biométricos junto ao CRM.

## 4. PRESENCIALMENTE

A assinatura digital com Certificado Digital – padrão ICP-Brasil – dar-se-á no âmbito da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil), garantindo a mesma eficácia probatória da assinatura de punho e a mesma validade jurídica (MP 2.200-2, de 24 de agosto de 2001).

A ampliação do acesso à certificação digital (identidade do profissional médico) e ao certificado de atributo (sua qualificação) irá permitir que o uso de documentos médicos digitais se torne uma realidade na área médica.

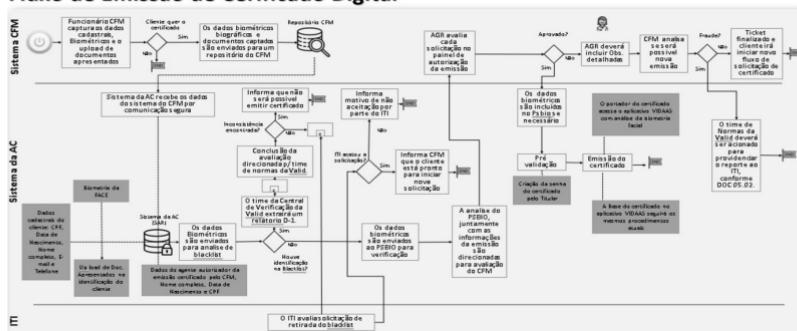
# SISTEMA INTEGRADO DE IDENTIFICAÇÃO MÉDICA (SIIM)

## Certificado Digital A3 em nuvem – Padrão ICP-BRASIL

### DEFINIÇÕES E CARACTERÍSTICAS

Fluxo básico de emissão de CERTIFICADO DIGITAL A3 em nuvem – Padrão ICP-Brasil.

#### Fluxo de Emissão de Cerificado Digital



#### Fluxo de Emissão de Cerificado Digital

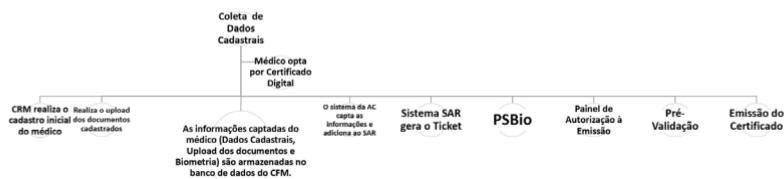
- ✓ **Coleta de Dados Cadastrais** – Consiste no primeiro passo para a emissão, colaborador CFM inicia o atendimento e solicita dados e a documentação necessária;
- ✓ **Upload da Documentação** – Acontece no CFM, informações são adicionadas no Repositório CFM;
- ✓ **Coleta Biométrica (Face)** – O processo consiste na coleta de fotografia nos padrões Pré-estabelecidos;
- ✓ **Análise de dados - Scheduler** – Os Scheduler estabelece uma conexão segura com o nosso sistema SAR, a partir de então o Sistema gera o Ticket para a Validação do Certificado;
- ✓ **PSBio** – Após escaneadas as digitais e a face, os registros são comparados com as informações em bases de dados Oficiais a fim de validar o titular do certificado;
- ✓ **Match Biométrico** – Se após a validação dos dados e o confronto biométrico a devolutiva for positiva e ocorrer o Match, as informações seguem para a validação final e emissão do certificado;
- ✓ **Panel de Autorização** – A Central de Verificação atua nesse ponto para validar as informações e documentação anexa, Autoriza a Emissão;
- ✓ **Pré-Validação** – Consiste nos demais passos para a emissão, além da criação de Senha do Certificado, por parte do titular, senha essa que é de sua inteira responsabilidade, e será utilizada para finalizar a emissão do Certificado;
- ✓ **Emissão do Certificado** – A emissão e instalação do certificado será de responsabilidade do titular e acontecerá através do Aplicativo VIDaaS.
- ✓ **Blacklist** – A consulta das biometrias à base de dados do PSBio se estende para a lista negativa do ITI, em que são avaliados se as biometrias capturadas do médico constam na lista de fraudadores divulgados pela estrutura da ICP Brasil.

# EMISSÃO DE CERTIFICADO DIGITAL – ICP-BRASIL

*O Conselhos Federal e os CRMs deverão emitir, gratuitamente, aos médicos adimplentes que requisitarem: CERTIFICADOS DIGITAIS A3 em nuvem (padrão ICP-BRASIL)*

O processo de emissão do Certificado Digital dos médicos nos Conselhos de Medicina deverá ser integrado ao processo de emissão de documentos de identificação médica.

Os profissionais médicos que estão em processo de registro nos Conselhos de Medicina (**PRESENCIAL**) SEGUEM O SEGUINTE FLUXO:



**1º Passo** O formando comparece presencialmente ao CRM portando a documentação necessária para validar sua primeira inscrição.

**2º Passo** O funcionário do CRM deve analisar e autenticar a documentação apresentada, realizando a coleta de dados biométricos (foto, digitais e fotografia). Se o formando optar pela emissão de seu Certificado Digital, ele deve também digitalizar o(s) documento(s) comprobatório(s) de identificação (**preferencialmente CNH**).

Documentos de identificação aceitos:

- Carteira Nacional de Habilitação (CNH);

- Cédula de Identidade;
- Passaporte;
- Carteira de Classe;
- Carteira de Identidade de Estrangeiro (CIE), se estrangeiro domiciliado no Brasil (não será aceito CIE Provisório);
- Registro Nacional de Estrangeiro (RNE).

Os dados do CPF NOME (não é permitido abreviações), DATA DE NASCIMENTO E FILIAÇÃO DEVEM SER IDÊNTICOS A RFB, do contrário serão rejeitados.

**3º Passo** Após análise e validação dos documentos do médico, recolhidos anuidade, taxas e emolumentos, capturados os dados biométricos e digitalizados o(s) documento(s) comprobatório(s) de identificação, o médico deve ser incluído no CADASTRO DE MÉDICOS.

**4º Passo** Após a inclusão no Cadastro de Médicos, faça a inserção dos dados biométricos (**FOTO, DIGITAIS** e **ASSINATURA**) e do(s) documento(s) comprobatório(s) de identificação no registro do médico.

**5º Passo** Inserção de dados BIOMÉTRICOS e DOCUMENTO(S) COMPROBATÓRIO(S) DE IDENTIFICAÇÃO no Cadastro do Médico:

a. Acesse o registro do médico no CADASTRO DE MÉDICOS (SIEM-CNM) e selecione a **ABA BIOMETRIA**

**b.** Na ABA BIOMETRIA, selecione a opção **EDITAR MÉDICO**

Cadastro de Médicos - CRM-SC - TÍTULO DE MEDICO PROFISSIONAL, Cadastral

Arquivo Utilitários Relatórios Vista Provisória Ajuda Configurações

 Buscar Médico  Novo Cadastro  Editar Médico  Salvar Médico  Cancelar  Pendências  Emissões  Pré Médico  Transferência  Suporte  Documentação

**Dados de Registro** Biometria Documentos Endereços Endereço Eletrônico Formação Especialidade Histórico Funções Anotações

**Biometria**

**Geral**

Foto  Assinatura

Mão direita	Polegar	Indicador	Médio	Anelar	Mínimo
<input type="checkbox"/> Anomalia					

**Mão esquerda**

Polegar	Indicador	Médio	Anelar	Mínimo
<input type="checkbox"/> Anomalia				

**Divulgar Foto?**

Sim  Não



- c. A edição habilita a opção **CARREGAR IMAGEM**. Clique nesta opção para inserir os dados biométricos



CNM 1.6 - [Cadastro de Médicos - CRM: 0003771 / SE - LÉCIO DOS ANJOS DOURADAL PINTO - Atualizado em: 04/02/2014]

Arquivo Utilitários Relatórios Vista Provisória Ajuda Configurações

Buscar Médico Novo Cadastro Editar Médico Salvar Médico Cancelar Pendências Emissões Pré Médico Transferência Suporte Documentação

Biometria

Biometria Geral

Foto Assinatura

Anomalia 

Divulgar Foto?  Sim  Não

Mão direita Polegar Indicador Médio Anelar Mínimo

Anomalia  Anomalia  Anomalia  Anomalia  Anomalia

Mão esquerda Polegar Indicador Médio Anelar Mínimo

Anomalia  Anomalia  Anomalia  Anomalia  Anomalia

- d. Com os dados biométricos carregados, clique na opção **SALVAR MÉDICO**



CNM 1.6 - [Cadastro de Médicos - CRM: 0003771 / SE - LÉCIO DOS ANJOS DOURADAL PINTO - Atualizado em: 04/02/2014]

Arquivo Utilitários Relatórios Vista Provisória Ajuda Configurações

Buscar Médico Novo Cadastro Editar Médico Salvar Médico Cancelar Pendências Emissões Pré Médico Transferência Suporte Documentação

Biometria

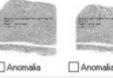
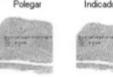
Biometria Geral

Foto Assinatura

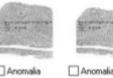
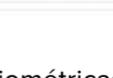
  Anomalia 

Divulgar Foto?  Sim  Não

Mão direita Polegar Indicador Médio Anelar Mínimo

  Anomalia   Anomalia   Anomalia   Anomalia   Anomalia   Anomalia

Mão esquerda Polegar Indicador Médio Anelar Mínimo

  Anomalia   Anomalia   Anomalia   Anomalia   Anomalia   Anomalia

- e. Após salvar as imagens biométricas (FOTO, DIGITAIS e ASSINATURA), caso tenham sido escaneados o(s) documento(s) comprobatório(s) de identificação, eles serão apresentados (cor verde).

**6º Passo** Solicitar a emissão dos documentos de identificação médica: CIM, CPM, CERTIFICADO DE ATRIBUTO E CERTIFICADO DIGITAL:

- a. Na opção DOCUMENTAÇÃO, selecione a opção SOLICITAÇÃO.

- b.** O sistema de informação deve disponibilizar as opções de emissão dos seguintes documentos: **CÉDULA DE IDENTIDADE MÉDICA, CARTEIRA PROFISSIONAL DO MÉDICO e/ou CERTIFICADO DIGITAL**. O usuário poderá selecionar um ou mais tipos de documentos.

**Observação 1:** A opção **Certificado Digital** somente estará disponível se, quando da captura de dados biométricos, o médico optou por sua emissão e foram escaneados os documentos comprobatórios de identificação.

**Observação 2:** Na Solicitação da Cédula de Identidade Médica (**CIM**) simultaneamente será emitida sua versão eletrônica (**e-CIM**), além do **Certificado de Atributo** “Médico apto para o exercício da medicina”.

**Observação 3:** Quando da solicitação da Carteira Profissional de Médico (**CPM**) será automaticamente emitida sua versão eletrônica (**e-CPM**).

- c. O sistema de informação deverá apresentar telas com dados do médico que serão impressas nos documentos para validação.

## FOTO, ASSINATURA e dados da inscrição do médico.

Solicitação de Documentos

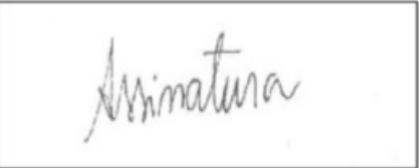
Informações

Não foi possível acessar o servidor remoto do CFM. Tente mais tarde.  
Caso o erro persista contate o administrador.

Dados do Médico Fluxo da Solicitação do CIM

Informações do Médico

Imagens - Somente serão aceitas no formato JPG

Dados do Médico

CRM = UF = Dt. Inscrição = Nacionalidade =

 Acessar Cadastro Médico

 Voltar  Avançar

O acompanhamento da solicitação da carteira de identidade médica deve ser realizado no CIMWeb através da url <http://sistemas.cfm.org.br/cim>

 Fechar

**d. INFORMAÇÕES GERAIS, dados pessoais.**

**Solicitação de Documentos**

**Informações**

Não foi possível acessar o servidor remoto do CFM. Tente mais tarde.  
Caso o erro persista contate o administrador.

**Dados do Médico** **Fluxo da Solicitação do CIM**

**Informações Gerais**

**Dados Pessoais**

Nome	<input type="text" value="CARLOS RANTAS RODRIGUES"/>
Dt. Nascimento	* Naturalidade
<input type="text" value="05/01/1994"/>	<input type="text" value="Aracaju-SE"/>

Nome do Pai

Nome da Mãe

E-Mail

 **Acessar Cadastro Médico**

 **Voltar**  **Avançar**

O acompanhamento da solicitação da carteira de identidade médica deve ser realizado no CIMWeb através da url <http://sistemas.cfm.org.br/cim>

 **Fechar**

## e. DOCUMENTOS e observações.

**Solicitação de Documentos**

**Informações**

Não foi possível acessar o servidor remoto do CFM. Tente mais tarde. Caso o erro persista contate o administrador.

**Dados do Médico** **Fluxo da Solicitação do CIM**

**Documentos**

**Observações**

Médicos estrangeiros ou naturalizados têm como número de RG o seu RNE e título de eleitor, zona e seção serão substituídos por \*\*\*\*, à exceção dos portugueses que possuem equivalência com os brasileiros.

**Documentos**

**Identidade**      • **Órgão Expedidor**      • **UF**  
[REDACTED]      SSP      SE

**CPF**      • **Título de Eleitor**      • **Zona**      • **Seção**  
[REDACTED]      [REDACTED]      [REDACTED]      [REDACTED]

 **Acessar Cadastro Médico**

 **Voltar**       **Avançar**

O acompanhamento da solicitação da carteira de identidade médica deve ser realizado no CIMWeb através da url: <http://sistemas.cfm.org.br/cim>

 **Fechar**

**f. TELEFONE(S).**

**Solicitação de Documentos**

**Informações**

Não foi possível acessar o servidor remoto do CFM. Tente mais tarde.  
Caso o erro persista contate o administrador.

**Dados do Médico** **Fluxo da Solicitação do CIM**

**Contato**

Tipo	DDD	Telefone	Ramal	Horário para Contato
F	79	██████████		
► C	82	██████████		

**Telefone a ser utilizado:**

DDD  Telefone

 Acessar Cadastro Médico

 **Voltar**  **Avançar**

O acompanhamento da solicitação da carteira de identidade médica deve ser realizado no CIMWeb através da url <http://sistemas.cfm.org.br/cim>

 **Fechar**

## g. FORMAÇÃO.

**Solicitação de Documentos**

**Informações**

Não foi possível acessar o servidor remoto do CFM. Tente mais tarde.  
Caso o erro persista contate o administrador.

**Dados do Médico** **Fluxo da Solicitação do CIM**

**Formação**

<b>Nome da Escola</b> <b>CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES</b>	<b>Dt. Formatura</b> <b>15/04/2020</b>
<b>Faculdade Estrangeira</b>	Preenchimento obrigatório para EME
<b>País de Origem da Faculdade</b>	
<b>BRASIL</b>	
<b>Nome da Faculdade Estrangeira</b>	

 **Acessar Cadastro Médico**

 **Voltar**    **Avançar**

O acompanhamento da solicitação da carteira de identidade médica  
deve ser realizado no CIMWeb através da url <http://sistemas.cfm.org.br/cim>

 **Fechar**

## **h. TIPO(S) DE DOCUMENTO(S) COMPROBATÓRIO(S).**

**Solicitação de Documentos**

**Informações**

Não foi possível acessar o servidor remoto do CFM. Tente mais tarde.  
Caso o erro persista contate o administrador.

**Dados do Médico** **Fluxo da Solicitação do CIM**

Doc. Comprobatorio

Documentos Comprobatórios:  
DC\_CNH - aberta\_03420092571.JPG

 Acessar Cadastro Médico

 Voltar  Avançar

O acompanhamento da solicitação da carteira de identidade médica deve ser realizado no CIMWeb através da url <http://sistemas.cfm.org.br/cim>

 Fechar

i. TIPO DE EMISSÃO: Primeira, Reimpressão, 2<sup>a</sup> Via.

**Solicitação de Documentos**

**Informações**

Não foi possível acessar o servidor remoto do CFM. Tente mais tarde.  
Caso o erro persista contate o administrador.

**Requisição** **Fluxo da Solicitação do CIM**

Cédula de Identidade - CIM

Emissão  Reimpressão  2<sup>a</sup> Via

**Motivo**

Primeira Impressão

Carteira Profissional - CPM

Emissão  Reimpressão  2<sup>a</sup> Via

**Motivo**

Primeira Impressão

 Voltar  Avançar

O acompanhamento da solicitação da carteira de identidade médica deve ser realizado no CIMWeb através da url <http://sistemas.cfm.org.br/cim>

 Fechar

j. Observações – Documentos a serem emitidos.

**Solicitação de Documentos**

**Informações**

Não foi possível acessar o servidor remoto do CFM. Tente mais tarde.  
Caso o erro persista contate o administrador.

**Solicitação** **Fluxo da Solicitação do CIM**

**Observações**

**DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS**

- Cédula de Identidade Médica - CIM (física e digital)  
- Certificado de Atributo (apto ao exercício da medicina)  
- Carteira Profissional de Médico (física e digital)  
- Certificado Digital - A3 nívem - padrão ICP-Brasil

 **Solicitar Documentos**

 **Voltar**

 **Avançar**

O acompanhamento da solicitação da carteira de identidade médica deve ser realizado no CIMWeb através da url <http://sistemas.cfm.org.br/cim>

 **Fechar**

k. Termo de Ciência e Compromisso de emissão de documentos.

 <b>CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA-SE</b> <b>CRM Digital</b> Comprovante de Solicitação Dr. <b>XXXXXX-XXXX-XXXX-XXXX</b> registrado(a) neste CRM sob número <b>XXXXXX</b> solicitou, em 22/10/2021, a emissão do seu Cartão de Identidade Médica.	carimbo/assinatura																																										
<b>CRM Digital - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA-SE</b> <b>FICHA DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL</b>																																											
Dr. <b>XXXXXX-XXXX-XXXX-XXXX</b> <p>Estes são os dados que serão impressos em seu cartão CRM Digital.</p> <p>Compreendo que se alerta-me de que, em caso de incorreção de dados, uma nova emissão de cartão irá gerar custos. Por favor, informe-me confirmado com sua assinatura ao final deste formulário.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">CRM:</td> <td><b>XXXXXX-XXXX-XXXX-XXXX</b></td> <td style="width: 15%;">Data de Inscrição:</td> <td><b>08/01/2020</b></td> <td style="width: 15%;">GPF:</td> <td><b>XXXXXXXXXX</b></td> </tr> <tr> <td>Nome:</td> <td colspan="5"><b>MANOEL DE SOUZA VIANA</b></td> </tr> <tr> <td>Filiação Mat:</td> <td colspan="5"><b>MANOEL DE SOUZA VIANA</b></td> </tr> <tr> <td>Pat:</td> <td colspan="5"><b>MANOEL DE SOUZA VIANA</b></td> </tr> <tr> <td>Data de Nascimento:</td> <td><b>10/06/1986</b></td> <td>Naturalidade:</td> <td colspan="3"><b>Porangatu-GO</b></td> </tr> <tr> <td>RG:</td> <td><b>12345678</b></td> <td>Estado:</td> <td><b>GO</b></td> <td>Título de Eleitor:</td> <td><b>00036293672798</b></td> </tr> <tr> <td>Zone:</td> <td><b>0009</b></td> <td>Seção:</td> <td><b>0024</b></td> <td colspan="2">Email: <b>soueu@estouaqui.com.br</b></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Ciente que o e-mail informado é minha propriedade e utilização exclusiva. Após a aprovação da emissão do Certificado serão encaminhados para o e-mail indicado as instruções para a sua emissão, cabendo ao médico garantir o sigilo destas informações.</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;">  </div> <div> <b>ASSINATURA</b>            Use caneta preta de ponta grossa. Responda a tinta definida para evitar cortes na escanerização. - Altura 2,5 cm x Comprimento 9,4 cm         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <span>POLEGAR</span> <span>INDICADOR</span> <span>MÉDIO</span> <span>ANELAR</span> <span>MINÍMO</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <span>MÃO DIREITA</span> <span>MÃO ESQUERDA</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <span>POLEGAR</span> <span>INDICADOR</span> <span>MÉDIO</span> <span>ANELAR</span> <span>MÍNIMO</span> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <small>versão 0.0.102021 - Versão 0.0.102021</small> </div>		CRM:	<b>XXXXXX-XXXX-XXXX-XXXX</b>	Data de Inscrição:	<b>08/01/2020</b>	GPF:	<b>XXXXXXXXXX</b>	Nome:	<b>MANOEL DE SOUZA VIANA</b>					Filiação Mat:	<b>MANOEL DE SOUZA VIANA</b>					Pat:	<b>MANOEL DE SOUZA VIANA</b>					Data de Nascimento:	<b>10/06/1986</b>	Naturalidade:	<b>Porangatu-GO</b>			RG:	<b>12345678</b>	Estado:	<b>GO</b>	Título de Eleitor:	<b>00036293672798</b>	Zone:	<b>0009</b>	Seção:	<b>0024</b>	Email: <b>soueu@estouaqui.com.br</b>	
CRM:	<b>XXXXXX-XXXX-XXXX-XXXX</b>	Data de Inscrição:	<b>08/01/2020</b>	GPF:	<b>XXXXXXXXXX</b>																																						
Nome:	<b>MANOEL DE SOUZA VIANA</b>																																										
Filiação Mat:	<b>MANOEL DE SOUZA VIANA</b>																																										
Pat:	<b>MANOEL DE SOUZA VIANA</b>																																										
Data de Nascimento:	<b>10/06/1986</b>	Naturalidade:	<b>Porangatu-GO</b>																																								
RG:	<b>12345678</b>	Estado:	<b>GO</b>	Título de Eleitor:	<b>00036293672798</b>																																						
Zone:	<b>0009</b>	Seção:	<b>0024</b>	Email: <b>soueu@estouaqui.com.br</b>																																							

## I. Realizar a solicitação dos documentos.

**Solicitação de Documentos**

**Informações**

Não foi possível acessar o servidor remoto do CFM. Tente mais tarde.  
Caso o erro persista contate o administrador.

**Solicitação** **Fluxo da Solicitação do CIM**

**Observações**

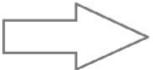
**DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS**

- Céd Atenção
- Cert
- Cart
- Cert

?

Deseja realmente realizar a solicitação dos documentos?

Sim      Não



 **Solicitar Documentos**

 **Voltar**       **Avançar**

O acompanhamento da solicitação da carteira de identidade médica  
deve ser realizado no CIMWeb através da url: <http://sistemas.cfm.org.br/cim>

 **Fechar**

**m. Confirmar o cadastramento da Solicitação de Documentos.**

Solicitação de Documentos

Informações

Não foi possível acessar o servidor remoto do CFM. Tente mais tarde. Caso o erro persista contate o administrador.

Solicitação Fluxo da Solicitação do CIM

Observações

**DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS**

- Céd: Atenção  
- Cert: Foram cadastrados no CFM e importado pela Valid  
- Cart  
- Cert

?

CIM - Solicitação 445642315  
CPM - Solicitação 445642316  
CD - Solicitação 445642317

Sim Não



 Solicitar Documentos

 Voltar  Avançar

O acompanhamento da solicitação da carteira de identidade médica deve ser realizado no CIMWEB através da url <http://sistemas.cfm.org.br/cim>

 Fechar

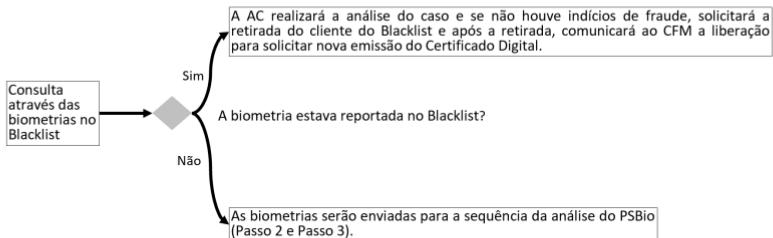
Obs.: Com o número da solicitação é possível acompanhar no CIMWEB o andamento da solicitação.

## **RECOMENDAMOS SOLICITAR QUE O MÉDICO AGUARDE O RESULTADO DA CONSULTA.**

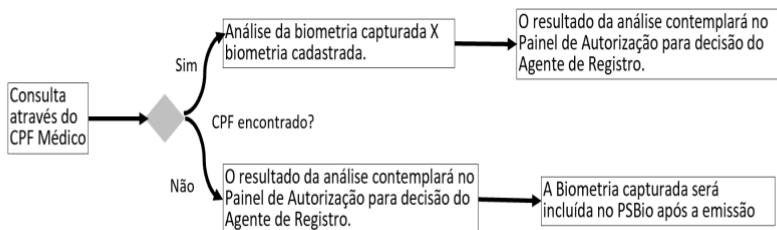
**7º Passo** O Sistema de Cadastro de Médico, em comunicação segura com o Sistema de Emissão da Autoridade Certificadora (VALID) (SAR), extrai e repassa as informações do médico.

**8º Passo** As biometrias do médico são enviadas para a análise do banco de dados biométricos da ICP-Brasil (PSBio), nas quais são feitas as seguintes análises:

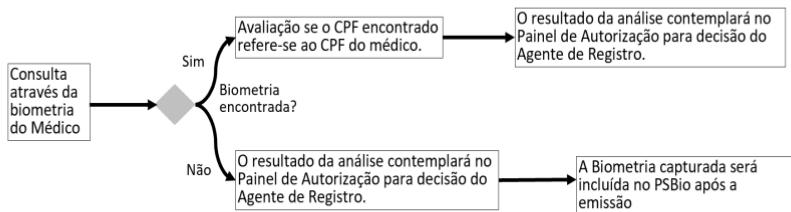
- ▶ Etapa 1 – Verificar se a biometria do cliente consta da *blacklist*:
  - **Se não consta:** segue-se para a próxima etapa;
  - **Se consta:**
    - Se, após análise da equipe de normas da Valid, são identificadas inconsistências, informa-se ao solicitante a impossibilidade da emissão do Certificado Digital;
    - Se, após a análise da equipe de normas da Valid, não são identificadas inconsistências, é encaminhado ao ITI solicitação de retirada do CPF do médico da *BLACKLIST*:
    - Se acatada: informa-se ao médico e inicia-se uma nova solicitação;
    - Se não acatado: informa-se o motivo de não aceitação por parte do ITI e não se emite o Certificado.



- Etapa 2 – É avaliado se o CPF utilizado já possuía cadastro biométrico no banco. Em caso positivo, é feito um comparativo entre as biometrias captadas com as biometrias cadastradas.



- Etapa 3 – Avalia-se se a biometria capturada já foi cadastrada no banco anteriormente. Em caso positivo, é feita uma análise se a biometria capturada pertence ao CPF do médico.

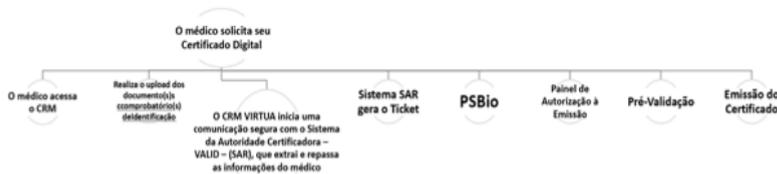


**9º Passo** O resultado das análises do PSBio, dos dados cadastrais e dos documentos capturados do médico feitos no momento de sua identificação irão compor o dossiê de emissão do certificado digital.

### Análise do Agente de Registro (AGR)

Responsável pela autorização ou rejeição da emissão do CERTIFICADO DIGITAL A3 EM  
NUVEM – PADRÃO ICP-BRASIL

Os profissionais médicos registrados com dados biográficos e biométricos **válidos** na base de dados do Sistema Conselhos de Medicina (**CRM VIRTUAL**):



1. Para a emissão do CERTIFICADO DIGITAL – Padrão ICP-BRASIL – por meio da INTERNET, o médico deve acessar seu registro pelo **CRM VIRTUAL** e selecionar a opção **CERTIFICADO DIGITAL**, atendendo aos seguintes requisitos:
  - I. Estar adimplente com o Conselho Regional de sua jurisdição;
  - II. Ter seus dados biométricos (FOTO e ASSINATURA) atualizados no registro;
  - III. Ter emitido sua Cédula de Identidade Médica (CIM) (CRM DIGITAL) em policarbonato.

**Obs.:** Somente será emitido um Certificado Digital por médico (CPF).

2. Após acessar seu registro por meio do **CRM VIRTUAL**:

**1º Etapa** – O sistema apresenta suas informações em tela, e o médico deve validar seus dados.



CRM-DF CRM VIRTUAL  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

Bem-vindo, Ana! 10007 - DF - Principal - Regular 14:45 Saír

Documentos Roubados  
Atividades Profissionais  
Especialidade / Área de Atuação  
Geração de Código de Postagem  
Anuidades e Taxas  
Justificativa de Voto - Eleições 2018  
Comunicação de Óbito  
Solicitar Diretoria Técnica  
Certificado Digital  
Solicitação do certificado Digital

**Solicitação do certificado Digital**

Dados de Registro  
Contato Documento Histórico

FULANO  
Nome  
Nome Social do usuário  
Nome Social  
PAI DO FULANO  
Nome do Pai  
MÃE DO FULANO  
Nome da Mãe

13/02/1981  
Data de Nascimento  
PIAUÍ  
Naturalidade  
333 CRM  
TO UF  
000 000 000-00 CPF  
777.444.333 Número do Documento  
SSP-SP  
Órgão expedidor

Este campo só aparecerá na tela, caso o usuário tenha.

Nesse espaço será apresentado a assinatura do médico, caso exista, sendo o espaço vazio não será exibido.

Continuar

Obs.: Os dados biométricos (FOTO e ASSINATURA) do médico deverão estar atualizados, pois dados biométricos inválidos impedem a emissão do Certificado Digital.

**2º Etapa** – O médico deve confirmar ou alterar seus contatos e sinalizar que seu e-mail é de sua propriedade e uso exclusivo.



CRM-DF CRM VIRTUAL  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

Bem-vindo, Ana! 10007 - DF - Principal - Regular 14:45 Saír

Documentos Roubados  
Atividades Profissionais  
Especialidade / Área de Atuação  
Geração de Código de Postagem  
Anuidades e Taxes  
Justificativa de Voto - Eleições 2018  
Comunicação de Óbito  
Solicitar Diretoria Técnica  
Certificado Digital  
Solicitação do certificado Digital

**Solicitação do certificado Digital**

Dados Cadastrados Dados de Contato  
Documento Histórico

Selecione o telefone  
 (11) 98787-9999  
 (11) 3456-7898

Para cadastrar um novo telefone, [CLIQUE AQUI](#)

Selecione o e-mail  
 email\_teste@portalmedico.org.br  
 medico\_teste@cdm.org.br

Para cadastrar um novo e-mail, [CLIQUE AQUI](#)

Ciente que o e-mail informado é de propriedade e utilização exclusiva do médico solicitante do certificado. Após a aprovação da emissão do certificado, serão encaminhadas para o e-mail selecionado as instruções para a sua emissão, cabendo ao médico garantir o sigilo destas informações.

Continuar

Obs.: A informação do e-mail é importante porque o médico receberá as informações e senhas para a emissão de seu Certificado Digital pelo seu e-mail.

**3º Etapa** – O médico deve anexar o(s) documento(s) comprobatório(s) de identificação (preferencialmente a CNH) e anexar o CPF se o documento não contém essa informação.

The screenshot shows the CRM-DF Virtual interface with the following details:

- Header:** CRM VIRTUAL, CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL, Bem-vindo, Ana! 10007 - DF - Principal - Regular, 14:45, Sair.
- Left Sidebar:** Documentos Roubados, Stados Profissionais, Especialidade / Área de Atuação (dropdown), Geração de Código de Postagem, Anuidades e Taxas, Justificativa de Voto - Eleições 2018, Comunicação de Óbito, Solicitar Diretoria Técnica, Certificado Digital (dropdown), and a button for 'Solicitação do certificado Digital'.
- Form:** Titled 'Solicitação do certificado Digital'. It has tabs for 'Dados de Registro' and 'Documento'. The 'Documento' tab is active.
  - Documentos Comprobatórios de identificação:** Fields for 'Insira aqui sua Carteira Nacional de Habilitação - CNH' (with a note: 'Formato máximo de arquivo para upload: 10mb') and 'Escolher arquivo' (button). A note says: 'Formato máximo de arquivo para upload: 10mb'.
  - Documentos de identificação com foto:** Fields for 'Insira aqui seu documento de identificação com foto' (with a note: 'Formato máximo de arquivo para upload: 10mb') and 'Escolher arquivo' (button). A note says: 'Formato máximo de arquivo para upload: 10mb'.
  - CPF:** A note: 'O documento informado possui número do CPF?'. Options:  SIM (radio button checked) and  NÃO.
  - Documentos de identificação com foto:** Fields for 'Escolher arquivo' (button) and 'Insira aqui seu documento de identificação com foto' (with a note: 'Formato máximo de arquivo para upload: 10mb'). A note says: 'Formato máximo de arquivo para upload: 10mb'.
- Declaration:** A checkbox: 'Declaro que as informações constantes nessa solicitação são verdadeiras e estão atualizadas. Em caso de divergência de dados, a solicitação será rejeitada e nova solicitação deverá ser realizada.'
- Buttons:** 'Solicitar' (button with a checkmark icon).

Obs.: O médico deve declarar que as informações apresentadas são verdadeiras e atualizadas.

**4º Etapa** – Após conferidas as informações e atendidos todos os requisitos, o médico poderá acompanhar o andamento de sua solicitação pela ABA HISTÓRICO no CRM VIRTUAL.

The screenshot shows the CRM-DF Virtual interface. On the left, there is a sidebar with various menu items: Documentos Roubados, Atividades Profissionais, Especialidade / Área de Atuação, Geração de Código de Postagem, Anuidades e Taxas, Justificativa de Voto - Eleições 2018, Comunicação de Óbito, Solicitar Diretoria Técnica, Certificado Digital, and a link to 'Solicitação do certificado Digital'. The main content area is titled 'Solicitação do certificado Digital' and shows a table titled 'HISTÓRICO DE SOLICITAÇÕES' with the following data:

Número de solicitação	Data da Solicitação	CRM	UF	Status	Descrição
0012	08/09/2021	10121	TO	Em andamento	Sua solicitação está sendo analisada, será emitido um e-mail com novas instruções.
0008	01/01/2020	10121	TO	Concluído	Essa solicitação foi recusada, contacte seu CRM. Motivo da recusa: <redacted>
0002	08/10/2019	13116	ES	Concluído	Sua solicitação foi Aprovada e estará válida por um ano!
0002	20/09/2019	13116	ES	Final gerado	Foi gerado o link para o seu atendimento pela certificadora. As orientações foram enviadas para o seu e-mail.
0002	13/09/2019	13116	ES	Em análise	Sua solicitação de certificado digital foi recebida.
0002	11/09/2019	13116	ES	Em andamento	Sua solicitação de certificado digital foi enviada para análise.

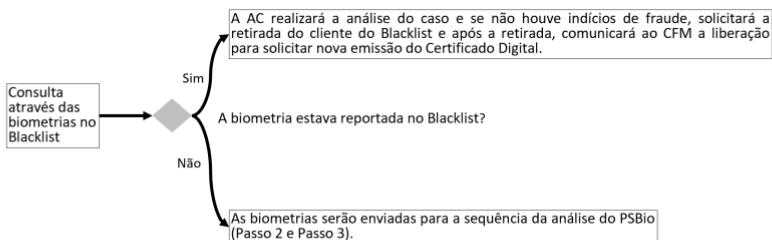
**5º Etapa** – Após a confirmação/atualização dos dados do CPF, telefone e e-mail e a anexação do(s) documento(s) comprobatório(s) de identificação, o médico solicita a emissão dos documentos do seu Certificado Digital A3 em nuvem – Padrão ICP-Brasil.

**6º Etapa** – O CRM VIRTUAL inicia uma comunicação segura com o Sistema de Emissão da Autoridade Certificadora – VALID (SAR), que extrai e repassa as informações do médico.

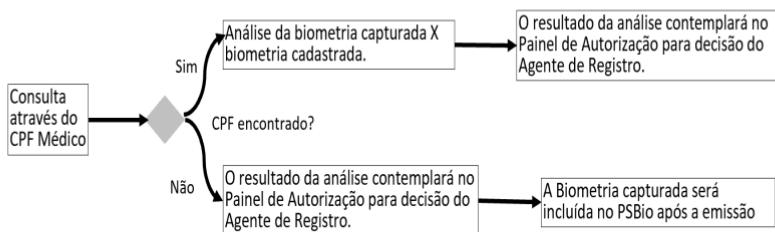
**7º Etapa** – A biometria do médico é enviada para a análise do banco de dados biométricos do ICP-Brasil (PSBio), onde são feitas as seguintes análises:

- ▶ **Primeiro:** Verificação da biometria do médico no *blacklist*.
  - **Se não consta:** segue-se o segundo passo.
  - **Se consta:**
    - Se, após análise da equipe de normas da Valid, são identificadas inconsistências: informa-se ao solicitante a impossibilidade da emissão do Certificado Digital;
    - Se, após a análise da equipe de normas da Valid, não são identificadas inconsistências, é encaminhado ao ITI solicitação de retirada do CPF do médico da *BLACKLIST*.

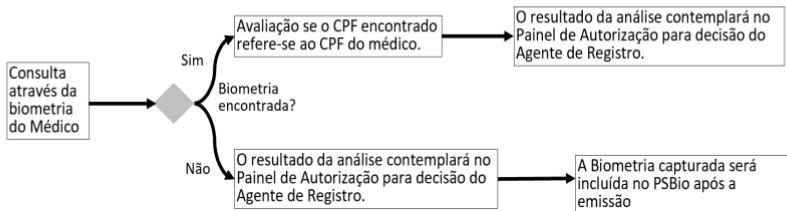
- **Acatada:** informa-se ao médico e inicia-se uma nova solicitação;
- **Não acatado:** informa-se o motivo de não aceitação por parte do ITI e não se emite o certificado.



- **Segundo** – Verifique se o CPF utilizado já possui cadastro biométrico no banco. Em caso positivo, é feito um comparativo entre as biometrias captadas e as biometrias cadastradas.



- **Terceiro** – Verificação das biometrias captadas. Avalia-se se a biometria capturada já foi cadastrada no banco anteriormente. Em caso positivo, determina-se se o CPF relacionado à biometria é o mesmo do médico.



**8º Etapa** O resultado das análises do PSBio, dos dados cadastrais e dos documentos capturados do médico feitos no momento de sua identificação irão compor o dossiê de emissão do certificado digital.

**Análise do Agente de Registro – AGR**  
**AUTORIZAÇÃO OU REJEIÇÃO DA EMISSÃO**  
**DO CERTIFICADO DIGITAL – A3 – EM NUVEM**  
**– PADRÃO ICP-BRASIL**

## CENTRAL DE VERIFICAÇÃO

- Vamos inicialmente saber o que é um **AGENTE DE REGISTRO (AGR)**

**É responsável por:**

- ✓ Realizar as emissões e revogações de certificados digitais dos clientes finais, seguindo as diretrizes estipuladas pela ICP-Brasil, dentre as quais se destacam:
  - Garantir a veracidade das informações apresentadas e a segurança no processo de emissão que por ele está sendo executado;
  - Fazer a confirmação de identidade entre o cliente que será atendido e documento de identificação apresentado;
  - Analisar e conferir as documentações apresentadas para determinar se estão de acordo com o exigido para a emissão do certificado digital.

Os CRMs deverão indicar quais funcionários irão atuar como **AGENTE DE REGISTRO (AGR)** e adotar as seguintes providências:

- Enviar ao CFM a lista de funcionários que atuarão como agente de Registro (AGR);
- Orientar e acompanhar o preenchimento dos formulários de informações que devem ser preenchidos pelos AGRs e que deverão ser encaminhados à Autoridade Certificadora;
- Manter as informações e documentação dos AGRs atualizadas;
- Acompanhar e designar para treinamentos os seus AGRs, visando capacitá-los para que possam atuar de forma assertiva e segura;
- Acompanhar as ações operacionais de seus AGRS.

**9º Etapa** O Agente de Registro (AGR) inicia o processo validação acessando o PAINEL DE AUTORIZAÇÃO DE EMISSÃO do Sistema de Validação e selecionando o campo de localização do atendimento.

**10º Etapa** Em seguida, seleciona a localidade de atendimento que irá atuar (nesse caso, a localidade de atendimento será CRM-UF).

## Processo de Validação – Central de Verificação

Painel de Autorização de Emissão.



**11º Etapa** Na opção STATUS, seleciona VERIFICAÇÃO.

### Processo de Validação – Central de Verificação Painel de Autorização de Emissão.



The screenshot shows the VALID digital certificate verification interface. The top navigation bar includes 'VALID CERTIFICADORA DIGITAL', 'OPERAÇÃO', 'SAIR', and 'Último acesso: 13/01/2021 às 16:46 hs INFRA'. The main menu has 'ATENDIMENTO', 'ADMINISTRAÇÃO', and 'CAIXA DE ENTRADA'. The 'CAIXA DE ENTRADA' section is active, showing 'SUPERVISOR: Agente Verificação Eder'. The 'SOLICITAÇÃO EM ANDAMENTO' section includes fields for 'NÚMERO DO TICKET', 'OPÇÃO/PJ', 'NOMEAÇÃO SOCIAL', 'PERÍODO PARA REGIÃO', 'PERÍODO INICIAL', 'PERÍODO FINAL', 'NÚMERO DO TICKET', 'SELEÇÃO DE LOCALIDADE DE ATENDIMENTO', 'SELEÇÃO DE AGENTE DE REGISTRO', 'SELEÇÃO DE UM STATUS', and 'VISÃO'. A note on the right says: 'Nesses casos a Localidade de Atendimento será a AR Eletrônica/CFM. Na Opção Status, altere para Verificação..'. Buttons at the bottom include 'LIMPAR PESQUISA' and 'PROXIMO TICKET'.

**12º etapa** – No campo visão, escolhe a opção AGENTE DE REGISTRO e clica em PRÓXIMO TICKET.

### Processo de Validação – Central de Verificação Painel de Autorização de Emissão.



The screenshot shows the VALID digital certificate verification interface. The top navigation bar includes 'VALID CERTIFICADORA DIGITAL', 'OPERAÇÃO', 'SAIR', and 'Último acesso: 13/01/2021 às 16:46 hs INFRA'. The main menu has 'ATENDIMENTO', 'ADMINISTRAÇÃO', and 'CAIXA DE ENTRADA'. The 'CAIXA DE ENTRADA' section is active, showing 'SUPERVISOR: Agente Verificação Eder'. The 'SOLICITAÇÃO EM ANDAMENTO' section includes fields for 'NÚMERO DO TICKET', 'OPÇÃO/PJ', 'NOMEAÇÃO SOCIAL', 'PERÍODO PARA REGIÃO', 'PERÍODO INICIAL', 'PERÍODO FINAL', 'NÚMERO DO TICKET', 'SELEÇÃO DE LOCALIDADE DE ATENDIMENTO', 'SELEÇÃO DE AGENTE DE REGISTRO', 'SELEÇÃO DE UM STATUS', and 'VISÃO'. A note on the right says: 'Nesses casos a Localidade de Atendimento será a AR Eletrônica/CFM. Na Opção Status, altere para Verificação..'. A callout box highlights the 'VISÃO' dropdown menu set to 'AGENTE DE REGISTRO'. Buttons at the bottom include 'LIMPAR PESQUISA' and 'PROXIMO TICKET'.

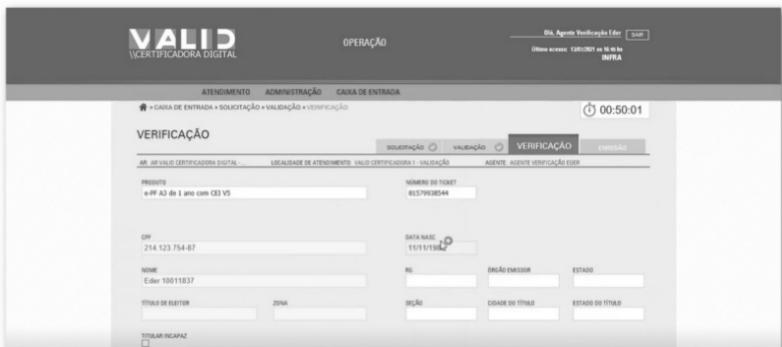
**13º Etapa** O Sistema de Validação busca os processos que estão aguardando análise.

## Processo de Validação – Central de Verificação Painel de Autorização de Emissão.



**14º Etapa** O Sistema de Validação apresenta o processo que está aguardando análise.

## Processo de Validação – Central de Verificação Painel de Autorização de Emissão.



## Visão total do PAINEL DE VERIFICAÇÃO

## Processo de Validação – Central de Verificação

## **15º Etapa** Visão da documentação do processo em validação.

# Processo de Validação – Central de Verificação

## Painel de Autorização de Emissão.

ATENDIMENTO	ADMINISTRAÇÃO	CAIXA DE ENTRADA			
USUÁRIO	ESTADO	TELEFONE (73)4573-45734			
E-MAIL eder.silva@valid.com		CELULAR (71)6734-57345			
LISTA DE DOCUMENTOS					
Arquivo	Tipo	Número do documento	Data/Hora	Pré validado	Após
Biometria1.pdf	Biometria	DOCTO_1605729685899	18/11/2020 17:01:25		
GIS_21412375487.pdf	Consulta GIS	DOCTO_1605729748372	18/11/2020 17:02:28		
Biometria2.pdf	Biometria	DOCTO_1626205626766	13/07/2021 16:47:06		
Termo.pdf	Termo de Titularidade	DOCTO_1626205635697	13/07/2021 16:47:15		
anexo do agente.pdf	Dossiê	DOCTO_1626205656786	13/07/2021 16:47:36		
LISTA DE DOCUMENTOS COMPLEMENTARES			INCLUIR ARQUIVOS		

## **Seta: Resultado** das análises do PSBio.

**Obs.: Clicando nos documentos é possível visualizar ou baixar os anexos.**

**Visualização da análise PSBio (dossiê) e os documentos analisados pelo agente de registro.**

VALID BIO						Ticket	19126620406
Nome	CPF	Status da Verificação	Biometria capturada	Biometria comparada	Score		
EDER	31	CONFERE			100		
Data da Consulta		11/08/2021	Hora da Consulta		16:33		

Vale lembrar que, nesse processo de validação, é extremamente importante avaliar os documentos e dados anexados, para que possamos ser assertivos e trazer ainda mais segurança ao processo (**consulta CPF, Identificação e coletas biométricas**).

**16º Etapa** Nesta etapa, o AGR APROVA ou REJEITA a emissão do Certificado de Registro.



MOTIVOS DE REVISÃO

INCLUIR MOTIVO DE REVISÃO

VC IVS - BIOMETRIA

- Se a solicitação for APROVADA, os dados são incluídos na PSBIO e segue-se o processo;



- Se a solicitação for REJEITADA, o agente de registro deverá incluir observações detalhadas do(s) motivo(s) e será avaliada a possibilidade de uma nova solicitação.

REJEITAR

**17º Etapa** O AGR assina com Certificado Digital – ICP Brasil sua decisão.

**18º Etapa** Após autorizada a emissão do Certificado Digital pelo AGR, é iniciada a interação com o médico, que deverá ser notificado por meio do e-mail cadastrado inicialmente.

**Essa comunicação acontece em 3 etapas:**

✓ **Confirmação e criação:**

- Um e-mail inicial será enviado para iniciar o processo de validação.
- O e-mail conterá instruções para a criação de uma senha para a emissão, além de alertas e outras orientações.

✓ **Validação:**

- O usuário deve validar seus dados iniciais.
- É necessário realizar o download do aplicativo VIDaaS e seguir as instruções para a instalação

✓ **Emissão:**

- Com o número do ticket e a senha gerada pelo titular, o cliente deve acessar a página inicial do aplicativo.
- O usuário iniciará a emissão de seu certificado. Após finalizar a etapa, estará apto para utilizá-lo.

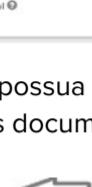
# ANEXOS

# ANEXO I-A

## Portal de Serviço FORMULÁRIO PRÉ-MÉDICO

**Pré-Inscrição Médica**

**1. Dados da Inscrição**

Nome: *	Categoria: *
FULANO DE TAL DE SICRANO	Civil
Email: *	CPF: *
FULANO@ONDE.COM.BR	802.257.210-15
<input type="checkbox"/> <b>possuo nome social</b> 	

Caso o médico possua um NOME SOCIAL, deve informar para que conste em seus documentos.

**possuo nome social** 

O médico pode informar um NOME SOCIAL.

**2. Dados Pessoais**

Nome do Pai: PAI FULANO DE TAL	Nome da Mãe: * MÃE SICRANA DE TAL	
Data de Nascimento: 05/10/1999	Sexo: * Masculino	Estado Civil: * Casado
Tipo de Sangue: A	Fator RH: +	Doador de Órgãos: Sim
Nacionalidade: * Brasileiro	País de Origem: * BRASIL	Estado: * GOIÁS
Naturalidade: * Água Limpa		
Portador de Deficiência: *	Selecione uma opção	

Caso seja selecionado que o médico é portador de deficiência, deverá informar o TIPO DE DEFICIÊNCIA, ORIGEM e se está ADAPTADO.

Portador de Deficiência:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim		
*Caso o(a) médico(a) tenha mais de uma deficiência, preencha a principal e as outras(s), informe ao CRM de inscrição qual(s) outra(s) deficiência(s)?			
Type de Deficiência:	Origem:	Adaptado:	
<input type="button" value="Selecionar uma opção"/>	<input type="button" value="Selecionar uma opção"/>	<input type="button" value="Selecionar uma opção"/>	

### 3. Documentação

#### Documento de Identificação

Número:	Orgão Expedidor:	UF:	Data de Emissão:
999999999	SSP	AM	07/08/2005

#### Título de Eleitor

Número:	Zona:	Seção:	UF:
9999999	9	99	DF

#### Documentação Militar

Situação Militar:	Certificado Militar:	Comando:	Região Militar:
Quite	999999999	Exército	145

### 4. Endereço e Correspondência

#### Endereço Residencial

CEP:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

UF:

Cidade:

Celular:

Telefone Residencial:

Permitir fornecer endereço residencial (Res. CFM 1625/2001)

#### Possui endereço comercial?

Sim, já posso um endereço comercial

#### Endereço de envio de correspondência:

Residencial

Caso o médico queira informar seu endereço comercial, sinaliza que o sistema abre uma tela para cadastrar um novo endereço.

## FORMADO NO BRASIL

### **5. Formação**

Local da Graduação: **1**



Inscrição por meio de liminar/decisão judicial

Graduação: -

UF da Instituição: \*

Selecione uma opção

Instituição: \*

Selecione uma opção

Data de Colação de Grau: \*

DD/MM/AAAAA

Data de Expedição Diploma:

DD/MM/AAAAA

## FORMADO NO EXTERIOR

### **5. Formação**

Local da Graduação: -



Inscrição por meio de liminar/decisão judicial

Escola Estrangeira: -

País: \*

Selecione uma opção



Nome Faculdade: \*



Data de Colação de Grau: \*

DD/MM/AAAAA

Data de Expedição Diploma:

DD/MM/AAAAA

Instituição de Revalidação: -



UF da Instituição: \*

Selecione uma opção

Instituição: \*

Selecione uma opção

Selecione uma opção

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL PROF. APPARECIDO DOS SANTOS  
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

1. Selecione o país onde o médico se formou
2. Informe a Escola Médica estrangeiro onde se formou
3. Informe a Instituição de ensino que REVALIDOU O DIPLOMA

## 6. Envio de Documentos

Os documentos abaixo devem ser anexados EXCLUSIVAMENTE em formato PDF ou JPG e não maior a 10MB. De ser apresentados no momento da Inscrição presencial:

- Diploma Frente verso (Obrigatório);
- **Tradução Juramentada do diploma** (Obrigatório);
- **Certificado de revalidação** (Obrigatório);
- Documento de identidade (Obrigatório);
- CPF (Documento ou Comprovante de Situação Cadastral no CPF) (Obrigatório);
- Título de eleitor (Obrigatório);
- Documento militar com prova de regularidade (Obrigatório);
- Comprovante de declaração de residência (modelo da declaração) (Obrigatório).

Arquivos Para Envio			
Tipo Arquivo	Nome Arquivo	Incluir	Excluir
Diploma Frente verso	Nenhum Arquivo Selecionado		
Tradução Juramentada do Diploma	Nenhum Arquivo Selecionado		
Certificado de revalidação	Nenhum Arquivo Selecionado		
Documento de identidade	Nenhum Arquivo Selecionado		
CPF (Doc. ou Comprovante de Sit. Cadastral no CPF)	Nenhum Arquivo Selecionado		
Título de Eleitor	Nenhum Arquivo Selecionado		
Documento militar com prova de regularidade	Nenhum Arquivo Selecionado		
Comprovante ou declaração de residência	Nenhum Arquivo Selecionado		

**\* Nessa etapa, o médico deve anexar os documentos comprobatórios de acordo com sua formação**

# ANEXO I-B

## PRÉ-INSCRIÇÃO LICENÇA TEMPORÁRIA: ESTUDANTE

### **LICENÇA TEMPORÁRIA ESTUDANTES FORMADOS NO EXTERIOR – EME**

**Modalidade de autorização precária que o fornece aos médicos estrangeiros ou brasileiros formados no exterior que ainda não possuem diploma revalidado, para poderem frequentar os programas de ensino de especialização, vedada Residência Médica, oferecidos por instituições médico-hospitalares que cumprirem as exigências da Resolução CFM. nº 2.216/2018. O médico estrangeiro ou brasileiro requerente também estará sujeito às normas da mencionada Resolução.**

#### **Formulário PRÉ-MÉDICO**

**Licença Temporária Estudantes Formados no Exterior - EME**

**1. Dados da Inscrição**

Nome: *	Categoria: *
FULANO DE TAL DE SICRANO	Civil
Email: *	CPF: *
FULANO@ONDE.COM.BR	802.257.210-15
<input type="checkbox"/> Possuo nome social 	

Caso o médico possua um NOME SOCIAL, deve informar para que conste nos seus documentos.

Possuo nome social 



O médico pode informar um NOME SOCIAL.

## 2. Dados Pessoais

Nome do Pai:	PAI FULANO DE TAL		
Nome da Mãe:	MÃE SICRANA DE TAL		
Data de Nascimento:*	Sexo:*	Estado Civil:*	
05/10/1999	Masculino	Casado	
Tipo de Sangue:		Fator RH:	
A		+	
Doador de Órgãos:		Sim	
Nacionalidade:*	País de Origem:*		
Brasileiro	BRASIL		
Naturalidade:*	Estado:*		
Água Limpa	GOIÁS		
Portador de Deficiência:*			
Selecione uma opção			

**Caso seja selecionado que o médico é portador de deficiência, deverá informar o TIPO DE DEFICIÊNCIA, ORIGEM e se está ADAPTADO.**

Portador de Deficiência:	<input type="checkbox"/> Sim	
"Caso o(a) médico(a) tenha mais de uma deficiência, preencha a principal e as outras, informe ao CRM de inscrição qual(s) outra(s) deficiência(s) "		
Tipo de Deficiência:	Origem:	Adaptado:
<input type="checkbox"/> Seleccione uma opção	<input type="checkbox"/> Seleccione uma opção	<input type="checkbox"/> Seleccione uma opção

### 3. Documentação

#### Documento de Identificação

Número: *	Orgão Expedidor: *	UF: *	Data de Emissão: *
999999999999	SSP	AM	07/08/2005



#### Título de Eleitor

Número: *	Zona: *	Seção: *	UF: *
99999999	9	99	DF



#### Documentação Militar

Situação Militar: *	Certificado Militar: *	Comando: *	Região Militar: *
Quite	9999999999	Exército	145

### 4. Endereço e Correspondência

#### Endereço Residencial

CEP: *	Número: *	Complemento: *
Logradouro: *	UF: *	Cidade: *
Bairro: *	Selecione uma opção	Selecione uma opção
Celular: *	Telefone Residencial: *	

Permitir fornecer endereço residencial (Res. CFM 1625/2001)

#### Possui endereço comercial?

Sim, já possui um endereço comercial

#### Endereço de envio de correspondência: \*

Residencial	▼
-------------	---

## 5. Formação

Local da Graduação:

No Exterior

Escola Estrangeira:

País:

Selecione uma opção

Nome Faculdade:

Data de Colação de Grau:

DD/MM/AAAA

Data de Expedição Diploma:

DD/MM/AAAA

## 1. Selecione o país da ESCOLA MÉDICA onde se graduou 2. Informe a Escola Médica estrangeiro onde obteve a graduação

### 6. Instituição Formadora

- Instituição de ensino superior que mantém programa de Residência Médica    Instituição com curso de formação reconhecido pela sociedade de especialidade da área - CC (AMB)  
 Outras qualificações

CRM nº

Nome da Instituição

Curso

1

nº Vaga

2

(Prestador de Serviço Médico inscrito no Conselho)

CRM nº

Nome da Instituição

PRECEPTOR:

CRM nº

None

1 Especialidade: UROLOGIA  
DD/MM/AAAA à DD/MM/AAAA  
Duração: 3 anos

Os cursos devem ter duração igual à prevista pela Comissão Mista de Especialidades AMB-CFM-CNRM e conteúdo idêntico ao previsto para programas autorizados pela CNRM para cada especialidade;

Área de atuação: Cardiologia Pediátrica  
Requisitos: TÍTULO Em Cardiologia  
Pediatra

Comprovar a realização de programa equivalente à Residência Médica brasileira, em país estrangeiro, para os programas que exigem pré-requisitos (áreas de atuação), de acordo com a Resolução CFM nº 2.162/2017 e posteriores.

DD/MM/AAAA à DD/MM/AAAA  
Duração: 1 ano

2 O número de vagas reservadas poderá variar de uma vaga até o máximo de 30% (trinta por cento) do total de vagas disponibilizadas para médicos legalmente inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina, a instituição deverá apresentar esses números.

3 O médico deve informar todos os locais onde o aluno poderá ocorrer o ATO MÉDICO

## 7 Envio de Documentos

Os documentos abaixo devem ser anexados EXCLUSIVAMENTE em formato PDF ou JPG e não maior a 10MB. Deverão ser apresentados no momento da inscrição presencial:

- Diploma Frente verso com autenticação consular (Obrigatório);
- Tradução Juramentada do diploma (Obrigatório);
- Declaração da Instituição comprovando que o aluno foi submetido e aprovado em seleção (Obrigatório);
- Termo de Responsabilidade do PRECEPTOR (Obrigatório);
- Documento de identidade (Obrigatório);
- CPF (Documento ou Comprovante de Situação Cadastral no CPF) (Obrigatório);
- Título de eleitor se brasileiro (Obrigatório);
- Documento militar com prova de regularidade se brasileiro (Obrigatório);
- Comprovante de declaração de residência (modelo da declaração) (Obrigatório).

Arquivos Para Envio			
Tipo Arquivo	Nome Arquivo	Incluir	Excluir
Diploma Frente verso	Nenhum Arquivo Selecionado		
Tradução Juramentada do Diploma	Nenhum Arquivo Selecionado		
Declaração da Instituição comprovando que o aluno foi submetido e aprovado em seleção	Nenhum Arquivo Selecionado		
Documento de identidade	Nenhum Arquivo Selecionado		
CPF (Doc. ou Comprovante de Sit. Cadastral no CPF)	Nenhum Arquivo Selecionado		
Título de Eleitor	Nenhum Arquivo Selecionado		
Documento militar com prova de regularidade	Nenhum Arquivo Selecionado		
Comprovante ou declaração de residência	Nenhum Arquivo Selecionado		

\* Nessa etapa, o médico deve anexar os documentos comprobatórios de acordo com as exigências.

## 8. Termo de ciência e compromisso do estudante

### Questionário de avaliação

- |                                                                     |     |     |
|---------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1 – Está no Brasil apenas para cursar especialização em Medicina?   | Sim | Não |
| 2 – Possui algum tipo de emprego no Brasil ou fora?                 | Sim | Não |
| 3 – Já iniciou o processo de revalidação do seu Diploma de Médico?  | Sim | Não |
| Se afirmativa a resposta anterior, informar o nome da Universidade: |     |     |
| 4 – Possui algum tipo de Bolsa de Estudo?                           | Sim | Não |

Se afirmativo a resposta anterior, informar o órgão custeador:

Na hipótese de não possuir Bolsa de Estudo, esclarecer como será feita sua manutenção durante a especialização, caso esteja ou pretenda trabalhar informar a frequência e horário de trabalho:

- |                                                                                                                       |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5 – Já esteve envolvido (a) em alguma investigação sobre problemas de ordem ético-profissional em seu país de origem? | Sim |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

## ANEXO II-A

### **CADASTRO DE CONSULTÓRIO PRIVADO DE PESSOA FÍSICA**

<b>REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE CONSULTÓRIO MÉDICO PRIVADO</b>			
Número de CRM (Pessoa Física)	Nº CNES	Característica ( ) Único ( ) Compartilhado - *1	Especialidade/ Área de Atuação ( ) Sim Qual? ( ) Não
<b>Médico(s) que compartilham o consultório</b>			
Nome:	Especialidade/RQE:		
<b>Endereço</b>			
<b>Logradouro, nº de complemento, bairro:</b>			
<b>CEP: Município/UF:</b>			
<b>Telefone:</b>			
<b>E-mail:</b>			
Alvará de vigilância sanitária (recomendável)	Referente ao exercício de:		
( ) Sim      ( ) Não			
É infração sanitária, de acordo com a Lei nº 6437/77, art. 10, a não apresentação de licença sanitária emitida pelos órgãos competentes			
*Observação: 1. Informar os médicos que compartilham o CONSULTÓRIO.			

**Estou ciente que deverei informar ao Conselho qualquer mudança que ocorrer na estrutura física e nas finalidades do ambiente médico**

**Atendendo ao previsto nos artigos 11, 15, 66 e 68 da Resolução CFM nº 2056/2013**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura do médico**

## **ANEXO II-B**

### **REQUERIMENTO ÚNICO – LICENÇA TEMPORÁRIA: CONTRATO/SERVIÇO**

	<b>CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA -</b> _____				
CRM: _____ Nº _____ Livro _____ Folha _____ Data do Registro _____					COLETAR IMPRESSÃO DIGITAL
Nome do Solicitante: _____					
Data de Inscrição: _____ / _____ / _____					FOTO DIGITALIZADA
VEM requerer a V.Sa. o(s) procedimento(s) abaixo indicado(s):					
INSCRIÇÃO <input type="checkbox"/> Licença Temporária: CONTRATO/SERVIÇO					
DADOS PESSOAIS					
FILIAÇÃO		Pai:		Mãe:	
Data Nascimento	Nacionalidade	Naturalidade	Estado Civil	Sexo	Nº do CPF
Cédula Estrangeira	Data de Emissão	Data de Validade	DOADOR	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
FORMAÇÃO					
Nome da Instituição		Formatura	País de origem da Faculdade		
Instituto de Revalidação		Revalidação			
LOCAL DE TRABALHO					
		Período de trabalho			
ENDEREÇO DE CORRESPONDENCIA					
Endereço (Rua, nº, apt.)		Bairro	Cidade	CEP	Telefone(Fixo)
E-mail:					Celular: /Fax
Assinatura /Carimbo do funcionário		Nestes termos, peço deferimento.			Data
					Assinatura do médico

Anexo I (verso)

**ENDERECO ELETRÔNICO/CONECTIVIDADE**

E-mail pessoal

E-mail Comercial

Website/Blog

Facebook

Twitter

**Observações**

**Anotações**

## ANEXO II-C

### REQUERIMENTO ÚNICO – LICENÇA TEMPORÁRIA: ESTUDANTE

	CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - _____																									
<p>CRM: _____ N° _____ Livro _____ Folha _____ Data do Registro: _____</p> <p>Nome do Solicitante: _____</p> <p>Data de Inscrição: _____ / _____ / _____</p>						<p>COLETAR IMPRESSÃO DIGITAL</p> <p>FOTO DIGITALIZADA</p>																				
<p>VEM requerer a V.Sa. o(s) procedimento(s) abaixo indicado(s):</p> <p><b>INSCRIÇÃO:</b> <input type="checkbox"/> Licença Temporária/ ESTUDANTE</p> <p><b>DADOS PESSOAIS</b>      <b>CATEGORIA:</b> <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Militar <b>DOADOR:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>AUTORIZO DIVULGAR FOTO:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <table border="1"><tr><td>FILIAÇÃO</td><td>Paiz:</td><td>Mãe:</td></tr><tr><td>Data Nascimento</td><td>Nacionalidade</td><td>Naturalidade</td><td>Estado Civil</td><td>Sexo</td><td>Identidade</td><td>Órgão Exp.</td><td>Dt Expedição</td></tr><tr><td>Nº do CPF</td><td>Titulo de Eleitor</td><td>(DV) Zona</td><td>Seção</td><td>UF</td><td>Cédula Estrangeira</td><td>Data de Emissão</td><td>Data de Validade</td></tr></table> <p><b>SITUAÇÃO MILITAR:</b> <input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Reserva <input type="checkbox"/> Dispensado <input type="checkbox"/> Servindo N° Resservista      Região: _____ Ministério: _____</p>								FILIAÇÃO	Paiz:	Mãe:	Data Nascimento	Nacionalidade	Naturalidade	Estado Civil	Sexo	Identidade	Órgão Exp.	Dt Expedição	Nº do CPF	Titulo de Eleitor	(DV) Zona	Seção	UF	Cédula Estrangeira	Data de Emissão	Data de Validade
FILIAÇÃO	Paiz:	Mãe:																								
Data Nascimento	Nacionalidade	Naturalidade	Estado Civil	Sexo	Identidade	Órgão Exp.	Dt Expedição																			
Nº do CPF	Titulo de Eleitor	(DV) Zona	Seção	UF	Cédula Estrangeira	Data de Emissão	Data de Validade																			
<p><b>FORMAÇÃO</b></p> <table border="1"><tr><td>Nome da Instituição</td><td>Formatura</td><td>País de origem da Faculdade</td></tr></table>								Nome da Instituição	Formatura	País de origem da Faculdade																
Nome da Instituição	Formatura	País de origem da Faculdade																								
<p><b>INSTITUIÇÃO DE ENSINO</b></p> <table border="1"><tr><td>Nome da Instituição</td><td>Curso</td><td>Período do Curso</td></tr><tr><td>Preceptor</td><td></td><td>Validade da autorização</td></tr></table>								Nome da Instituição	Curso	Período do Curso	Preceptor		Validade da autorização													
Nome da Instituição	Curso	Período do Curso																								
Preceptor		Validade da autorização																								
<p><b>ENDERECO DE CORRESPONDENCIA</b></p> <table border="1"><tr><td>Endereço (Rua, nº, apt.)</td><td>Barro</td><td>Cidade</td><td>CEP</td><td>Telefone(Fixo)</td></tr><tr><td>E-mail:</td><td></td><td></td><td></td><td>Celular: /Fax</td></tr><tr><td colspan="2">Assinatura (carimbo do funcionário)</td><td>Nestes termos, pede deferimento.</td><td>Data:</td><td colspan="3">Assinatura do médico</td></tr></table>								Endereço (Rua, nº, apt.)	Barro	Cidade	CEP	Telefone(Fixo)	E-mail:				Celular: /Fax	Assinatura (carimbo do funcionário)		Nestes termos, pede deferimento.	Data:	Assinatura do médico				
Endereço (Rua, nº, apt.)	Barro	Cidade	CEP	Telefone(Fixo)																						
E-mail:				Celular: /Fax																						
Assinatura (carimbo do funcionário)		Nestes termos, pede deferimento.	Data:	Assinatura do médico																						

#### Anexo I (verso)

##### ENDERECO ELETRÔNICO/CONECTIVIDADE

E-mail pessoal	E-mail Comercial
Website/Blog	Facebook  Twitter 

##### Observações

##### Anotações

## ANEXO II-D

### REQUERIMENTO DE SERVIÇOS DIVERSOS

		CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - _____	
REQUERIMENTO DE SERVIÇOS DIVERSOS - PESSOA FÍSICA			
Nome do(a) Médico(a)		CRM n.	
<b>OBJETO DESTE REQUERIMENTO</b>			
<input type="checkbox"/> Transferência para o CRM _____ <small>Estou ciente que deverei comparecer no CRM de destino no prazo máximo de 45(quarenta e cinco) dias sob pena de devolução do Certificado de Regularidade.</small> <input type="checkbox"/> Secundária para o CRM _____ <small>Estou ciente que deverei comparecer no CRM de destino no prazo máximo de 45(quarenta e cinco) dias sob pena de devolução do Certificado de Regularidade.</small> <input type="checkbox"/> Reinscrição de Exercício da Medicina <input type="checkbox"/> Reinscrição por transferência <input type="checkbox"/> Reinscrição Secundária <input type="checkbox"/> Reinscrição com transformação de Primária em Secundária <input type="checkbox"/> Reinscrição com transformação de Secundária em Primária <input type="checkbox"/> 2ª via de Carteira Profissional de Médico <input type="checkbox"/> Averbação do Estado Civil e /ou mudança de nome <input type="checkbox"/> Registro de Qualificação de Especialista em: <input type="checkbox"/> Certidão de Jubilamento		<input type="checkbox"/> Registro de Área de Atuação em: _____ <input type="checkbox"/> Certidão de Inscrição simples ou para fins de aposentadoria <input type="checkbox"/> Certidão Ético-Profissional <input type="checkbox"/> Cancelamento de Médico Militar <input type="checkbox"/> 2ª via-Cédula de Identidade Médica <input type="checkbox"/> Cancelamento de Inscrição por motivo de: _____ <input type="checkbox"/> Atualização de Endereço <input type="checkbox"/> Apostila/anotação em 2ª via de Diploma <input type="checkbox"/> Cancelamento por falecimento <input type="checkbox"/> 2ª Via de Certificado de Especialista (RQE) <input type="checkbox"/> Comunicação e extravio, roubo ou furto de documentos. <input type="checkbox"/> Parcelamento da(s) anuidade(s) ref. Exercício(s) _____ em _____ vezes <input type="checkbox"/> Outros	
<b>Dados Pessoais</b>			
End. Resid.: _____		N.º: _____	BAIRRO _____
Edf.: _____ Apt.º: _____		CEP.: _____	Cidade _____
Complemento _____ UF: _____		Tel. _____	Cel. _____
Email: _____			
Comercial: _____		N.º: _____	BAIRRO _____
Edf.: _____ Apt.º: _____		CEP.: _____	Cidade _____
Complemento _____ UF: _____		Tel. _____	Cel. _____
Email: _____			
Nestes termos, pede deferimento, _____ / _____ / _____ Assinatura do Médico ou Procurador			

## ANEXO II-E

### **REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA**

Eu, Dr(a).\_\_\_\_\_, médico(a) inscrito(a) no CRM-\_\_\_\_ sob o nº \_\_\_\_\_, solicito Certificado de Regularidade para transferência para o Conselho Regional de Medicina – CRM – \_\_\_\_\_. E-mail de contato: \_\_\_\_\_.

**[ ] NÃO possuo Inscrição Secundária (ATIVA) no CRM DE DESTINO.**

Entendo que devo comparecer ao CRM DE DESTINO no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias ou até 31/12 (conforme data de validade expressa no Certificado de Regularidade) com a documentação listada abaixo e solicitar a emissão e pagamento do boleto da(s) taxa(s) e emolumentos para efetivar a transferência.

Estou ciente de que o não cumprimento das obrigações no prazo indicado implicará na perda de validade do Certificado de Regularidade e que minha inscrição principal permanecerá ativa neste CRM.

#### **DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA**

Os documentos devem ser apresentados em bom estado de conservação e formato que identifique claramente o titular.

- RG, CNH, carteira de conselhos profissionais ou identidade militar;
- CPF;
- Regularidade Eleitoral: Título Eleitoral físico ou digital com comprovação de Regularidade Eleitoral, conforme dispõe o Decreto 10.911/21;
- Regularidade Militar: **(exigido para homens com idade até 38 anos)**. comprovante de quitação do serviço militar com apresentação de qualquer certificado militar, com exceção do Certificado de Alistamento Militar (documento provisório) desde que possuam data de emissão posterior a formação do médico;
- Endereço residencial: comprovante ou declaração de residência;
- Comprovante de Graduação:
  - Formados no BRASIL: Diploma de graduação em medicina, devidamente registrado no Ministério da Educação (MEC), ou declaração ou certidão de colação de grau emitida pelas instituições formadoras de médicos oficiais e reconhecidas pelo MEC, podendo ou não ser acompanhadas de histórico escolar;
  - Formados no EXTERIOR: Diploma de conclusão do curso de medicina (original), previamente revalidado e registrado em universidade brasileira autorizada pelo MEC, com tradução juramentada, exigindo-se que o diploma tenha sido certificado pela representação diplomática brasileira no país onde foi emitido.

**ATENÇÃO:** Se possuir inscrição ativa no CRM de DESTINO, verifique a documentação necessária no "site" do Conselho Regional.

**Possuo Inscrição Secundária (ATIVA) no CRM DE DESTINO**

Estou ciente de que a transferência da minha inscrição principal com transformação da minha inscrição secundária ativa no CRM DE DESTINO se dará de forma automática, desde que não existam impedimentos.

**Em ambos os casos:**

Estou ciente que devo apresentar a Carteira Profissional de Médico – CPM para anotações referentes à transferência da minha inscrição principal.

Neste momento, solicito o desligamento da composição do corpo clínico/diretoria técnica ou clínica de qualquer empresa médica que atue nesta jurisdição.

Local e data,

---

Assinatura do médico

Este requerimento pode ser protocolado pessoalmente na sede do CRM ou em uma de nossas Delegacias/Seccionais ou digitalizado e encaminhado por e-mail.

## ANEXO II-F

### REQUERIMENTO ÚNICO



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - BA

Nome do Solicitante: DANIEL COELHO DA COSTA  
Protocolo: 728729/2024

CRM N°:

VEM requerer a V.Sa. o(s) procedimento(s) abaixo

**FOTO**

#### Requerimento de Inscrição

##### DADOS PESSOAIS

FILIAÇÃO: Pai: <b>EDIVALDO DA COSTA</b>			Mãe: <b>ROSA COELHO DA COSTA</b>			CATEGORIA: <input checked="" type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Militar		
Di: 19/12/1980	Nacionalidade: BRASILEIRO	País de Origem: BRASIL	Naturalidade: São Paulo	Estado Civil: S	Sexo: MASCULINO	Identidade: 4815162342	Órgão Esp: sep SP	Dt. Expedição: 21/12/2012
Nº do CPF: 60746621506			Grupo Sanguíneo: O +	Título de Eleitor: 123456789999	(DV) Zona: 001	Seção: 1010	UF: CE	Cédula Estrangeira: SIM
SITUAÇÃO MILITAR:			<input type="checkbox"/> Quite	<input type="checkbox"/> Reserva	<input checked="" type="checkbox"/> Dispensado	<input type="checkbox"/> Servindo	Nº Reservista: 171231234561	Regist. 6
			<input type="checkbox"/> Outros	Ministério:				

##### FORMAÇÃO

Nome da Instituição: <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA</b>	Data Formatura: 01/12/2023	Data Exp. Diploma	Nº Registro MEC	Folhas	Livre
Faculdade Estrangeira:					

##### ENDERECO RESIDENCIAL

Endereço (Rua, nº, ap): <b>RUA DOS PROTESTANTES,Nº:10,APT 101</b>	Bairro: <b>GARCIA</b>	Cidade: <b>Salvador</b>	CEP: <b>40100100</b>	DDD	Telefone
----------------------------------------------------------------------	--------------------------	----------------------------	-------------------------	-----	----------

##### ENDERECO COMERCIAL

Endereço (Rua, nº, ap):	Bairro	Cidade	CEP	DDD	Telefone

##### E-MAIL

Possui: **DENISE@CREMEB.ORG.BR**

Declaro serem verdadeiras e estarem corretas as informações aqui constantes, tanto no seu conteúdo quanto na sua grafia.

Salvador - BA, 07 de Abril de 2024

Assinatura/canário do funcionário

Assinatura do Médico

Rubrica do médico

## **ANEXO II-G**

### **Modelo do Termo de Compromisso**

#### **TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do CRM nº \_\_\_\_\_, declaro, para os devidos fins, que:

1. Estou ciente de que minha inscrição junto ao CRM é válida até a data de expiração do meu visto de permanência, qual seja: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_.
2. Comprometo-me a regularizar minha situação migratória, por meio da obtenção de novo visto ou alteração do status de residência, antes do vencimento do visto atual.
3. Reconheço que, na ausência de comprovação da regularização migratória até a data mencionada, minha inscrição será cancelada administrativamente.
4. Declaro ter lido, compreendido e aceitado todas as condições estipuladas neste Termo.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

## **ANEXO II-H**

### **Requerimento de cadastro de Pós-graduação**

Eu, **<NOME DO MÉDICO>**, inscrito no Conselho Regional de Medicina do Estado do **<ESTADO>** sob o **CRM <Nº>**, solicito, nos termos do Art. 13, § 1º, da Resolução CFM 2.336/2023, o cadastro nos assentamentos do **CRM <UF>** da minha formação acadêmica no curso de **<CATEGORIA (PÓS-GRADUAÇÃO, MESTRADO, DOUTORADO)>** em **<NOME DO CURSO>** realizado no(a) **<NOME DA INSTITUIÇÃO>** no período de **<DATA INICIAL DO CURSO>** a **<DATA FINAL DO CURSO>**, conforme comprovante anexo.

Declaro estar ciente de que as informações aqui prestadas são de minha total responsabilidade, cabendo ao CFM apenas validar se a instituição e o curso informados estão devidamente registrados no MEC. Declaro ainda estar ciente de que informações falsas ou engonosas podem resultar em penalizações e na abertura de Processo Ético Profissional (Lei 12.842/2019).

Por fim, declaro entender que este cadastro não me concederá um número de Registro de Qualificação de Especialista (RQE) uma vez que para obtê-lo seria necessário apresentar um Certificado de Residência Médica ou um Título de Especialista expedido pela Associação Médica Brasileira.

<Nome da Cidade-UF>, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

**<NOME E CRM DO MÉDICO>**

## ANEXO II-I

### DECLARAÇÃO TELEMEDICINA

Eu, <**NOME DO MÉDICO**>, inscrito no Conselho Regional de Medicina do Estado do <**LOCAL**> sob o **CRM** <**Nº**>, declaro, nos termos da Resolução CFM 2.314/2022, que exerço a **TELEMEDICINA** na(s) modalidade(s) abaixo, iniciando na(s) respectiva(s) data(s):

- Teleconsulta, início \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- Teleinterconsulta, início \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- Telediagnóstico, início \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- Telecirurgia, início \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- Telemonitoramento ou televigilância, início \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- Teletriagem, início \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- Teleconsultoria, início \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nome da cidade-UF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

<**NOME DO MÉDICO e CRM**>

## **ANEXO II-J**

### **PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL**

#### **MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA**

#### **DECLARAÇÃO**

Declaramos, nos termos da Resolução CFM 2.376/2024, que o médico **<NOME DO MÉDICO>**, inscrito no Conselho Regional de Medicina do Estado do **<ESTADO>** sob o CREMEC **<Nº>** é o responsável pelo PCMSO da empresa **<RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA>**, inscrita sob o CNPJ N° **<Nº DO CNPJ>**, tendo iniciado essa atividade em \_\_/\_\_/\_\_.

Nome da cidade-UF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

**Representante da Empresa**  
**(Assinar digitalmente)**

## ANEXO III-A

### TRANSFERÊNCIA DA INSCRIÇÃO PRINCIPAL PARA OUTRA UF

#### CERTIFICADO DE REGULARIDADE

Nº 04/20XX – VÁLIDO ATÉ XX/XX/20XX

PARA EFETIVAÇÃO DA SOLICITAÇÃO, O MÉDICO DEVERÁ COMPARCER AO CRM DE DESTINO NO PRAZO ACIMA.

Q(A) Doutor(a) FULANO DE TAL DE ALMEIDA, CPF: 000.000.000-00, CRM-UF número XX, com primeira inscrição em XX/XX/XXXX, no CRM-UF (NESTE CRM), requereu:

TRANSFERÊNCIA PARA O CRM-\_\_\_\_\_

Q(A) requerente encontra-se regularmente inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina e sua situação financeira com a Tesouraria é a seguinte:

QUITE COM A TESOURARIA (ANUIDADE 20XX)

Certificamos que, relativamente à parte ético-profissional, foi autorizada a seguinte modalidade de inscrição:

LIBERADA A TRANSFERÊNCIA

PENDENTE DA APRESENTAÇÃO DO DIPLOMA. INSCRIÇÃO VÁLIDA ATÉ 120 DIAS A CONTAR DA DATA DA PRIMEIRA INSCRIÇÃO.

INSCRIÇÃO POR MEIO DE MEDIDA JUDICIAL COM A FACULDADE DE FORMAÇÃO NÃO RECONHECIDA PELO MEC.

Certificamos que o(a) médico(a) supracitado(a) está registrado(a) na(s) seguinte(s) especialidade(s):

Especialidade:		Área de atuação:		
Expedição do certificado:	Emissão:	Validade:	Livro:	Folha:
Documento apresentado:				

Q(A) médico(a) possui inscrição SECUNDÁRIA ATIVA nos seguintes CRM's (A inscrição secundária estará subordinada ao Regional de destino e deverá ser devidamente registrada e controlada por este):

CRM-XX, nº CRM, data de inscrição: XXXX/XXXX

CRM-XX, nº CRM, data de inscrição: XXXX/XXXX

O presente certificado foi expedido com base nos dados fornecidos pelo sistema em XX/XX/20XX, com validade de 45 (quarenta e cinco) dias, e serve apenas para a finalidade assinalada, sendo que, se não for confirmada a efetivação da inscrição acima pretendida, este certificado perderá totalmente sua eficácia, não servindo nem mesmo como prova de regularidade da inscrição. Eu, NOME DO FUNCIONÁRIO, funcionário (a) do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA/XX, conferi e assino o presente.

## ANEXO III-B

### TRANSFERÊNCIA DA INSCRIÇÃO PRINCIPAL PARA OUTRA UF COM TRANSFORMAÇÃO DE INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA ATIVA NO DESTINO.

#### CERTIFICADO DE REGULARIDADE

Nº 04/20XX – VÁLIDO ATÉ XX/XX/20XX

Estou ciente que a transferência da minha inscrição principal com a transformação da minha inscrição secundária ativa no CRM DE DESTINO se dará de forma automática, desde que não existam impedimentos.

O (A) Doutor (a) FULANO DE TAL DE ALMEIDA, CPF: 000.000.000-00, CRM-UF número XX, com primeira inscrição em XX/XXXXXX, no CRM-UF (NESTE CRM), requereu:

#### TRANSFERÊNCIA PARA O CRM-UF

O (A) requerente encontra-se regularmente inscrito (a) neste Conselho Regional de Medicina e sua situação financeira com a Tesouraria é a seguinte:

#### QUITE COM A TESOURARIA (ANUIDADE PROPORCIONAL 20XX)

Certificamos que, relativamente à parte ético-profissional, foi autorizada a seguinte modalidade de inscrição:

#### LIBERADA A TRANSFERÊNCIA

Certificamos que o (a) médico (a) supracitado (a) está registrado (a) na (s) seguinte (s) especialidade (s):

Especialidade:		Área de atuação:		
Expedição do certificado:	Emissão:	Validade :	Livro:	Folha:
Documento apresentado:				

O (A) médico (a) possui inscrição SECUNDÁRIA ATIVA nos seguintes CRM's (A inscrição secundária estará subordinada ao Regional de destino e deverá ser devidamente registrada e controlada por este):

CRM-PE, nº CRM, data de inscrição: XX/XX/XXXX  
CRM-SC, nº CRM, data de inscrição: XX/XX/XXXX

O presente certificado foi expedido com base nos dados fornecidos pelo sistema em XX/XX/20XX, com validade de 45 (quarenta e cinco) dias, e serve apenas para a finalidade assinalada, sendo que, se não for confirmada a efetivação da inscrição acima pretendida, este certificado perderá totalmente sua eficácia, não servindo nem mesmo como prova de regularidade da inscrição. Eu, NOME DO FUNCIONÁRIO, funcionário (a) do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA/XX, conferi e assino o presente.

## ANEXO III-C

### INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA EM OUTRA UNIDADE DA FEDERAÇÃO

#### CERTIFICADO DE REGULARIDADE

Nº 04/20XX – VÁLIDO ATÉ XX/XX/20XX

PARA EFETIVAÇÃO DA SOLICITAÇÃO, O MÉDICO DEVERÁ COMPARCER AO CRM DE DESTINO NO PRAZO ACIMA.

O(A) Doutor(a) FULANO DE TAL DE ALMEIDA, CPF: 000.000.000-00, CRM-UF número XX, com primeira inscrição em XX/XX/XXXX, no CRM-UF (NESTE CRM), requereu:

#### INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA CRM-UF

Certificamos que, relativamente à parte ético-profissional, foi autorizada a seguinte modalidade de inscrição:

PENDENTE DA APRESENTAÇÃO DO DIPLOMA. INSCRIÇÃO VALIDA ATÉ 120 DIAS A CONTAR DA DATA DA PRIMEIRA INSCRIÇÃO.

#### LIBERADA A TRANSFERÉNCIA

INSCRIÇÃO POR MEIO DE MEDIDA JUDICIAL COM A FACULDADE DE FORMAÇÃO NÃO RECONHECIDA PELO MEC.

Certificamos que o(a) médico(a) supracitado(a) está registrado(a) na(s) seguinte(s) especialidade(s):

Especialidade:		Área de atuação:		
Expedição do certificado:	Emissão:	Validade:	Livro:	Folha:
Documento apresentado:				

O presente certificado foi expedido com base nos dados fornecidos pelo sistema em XX/XX/20XX, com validade de 45 (quarenta e cinco) dias, e serve apenas para a finalidade assinalada, sendo que, se não for confirmada a efetivação da inscrição acima pretendida, este certificado perderá totalmente sua eficácia, não servindo nem mesmo como prova de regularidade da inscrição. Eu, NOME DO FUNCIONÁRIO, funcionário(a) do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA/XX, conferi e assino o presente.

## ANEXO III-D

### TRANSFERÊNCIA DE INSCRIÇÃO PRINCIPAL / PROVISÓRIA CANCELADA PARA REATIVAÇÃO EM OUTRA UF

#### CERTIFICADO DE REGULARIDADE

Nº 04/20XX – VÁLIDO ATÉ XX/XX/20XX

**Estou ciente de que a transferência de minha inscrição PRINCIPAL / PROVISÓRIA CANCELADA se deu para que sua REATIVAÇÃO possa ocorrer no CRM de destino.**

O (A) médico FULANO DE TAL DE ALMEIDA, CPF: 000.000.000-00, CRM 000000-UF, com primeira inscrição em DD/MM/AAAA, no CRM+UF, requereu:

#### **TRANSFERÊNCIA DE INSCRIÇÃO CANCELADA PARA OUTRA UF**

O (A) requerente encontra-se com sua inscrição CANCELADA neste Conselho Regional de Medicina e sua situação financeira em relação a anuidade do ano corrente não foi tratada neste processo.

#### **A ANUIDADE DO ANO CORRENTE DEVE SER COBRADA NO CRM DE DESTINO**

Certificamos que, relativamente à parte ético-profissional não impeditivo para sua transferência

Certificamos que o (a) médico (a) supracitado (a) está registrado (a) na (s) seguinte (s) especialidade (s):

Especialidade:		Área de atuação:		
Expedição do certificado:	Emissão:	Validade: :	Livro:	Folha:
Documento apresentado:				

O presente certificado foi expedido com base nos dados fornecidos pelo sistema em XX/XX/20XX, com validade de 45 (quarenta e cinco) dias, e serve apenas para a finalidade assinalada, sendo que, se não for confirmada a efetivação da inscrição acima pretendida, este certificado perderá totalmente sua eficácia, não servindo nem mesmo como prova de regularidade da inscrição. Eu, NOME DO FUNCIONÁRIO, funcionário (a) do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA/XX, conferi e assino o presente.

## **ANEXO IV-A**

### **TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO**

#### **Inscrição Secundária**

Eu, \_\_\_\_\_, médico(a), com inscrição principal no CRM \_\_\_\_\_, declaro, perante o Conselho Regional de Medicina do estado \_\_\_\_\_, estar plenamente ciente de que a INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA ora requerida ensejará a observância das seguintes condições:

- A. Devo manter os endereços atualizados das minhas inscrições (PRINCIPAL E SECUNDÁRIA);
- B. Devo efetuar o pagamento das anuidades nos CRMs nos quais possuir inscrições ativas (PRINCIPAL / SECUNDÁRIA), independentemente de estar exercendo atividade na jurisdição;
- C. Para obter o CANCELAMENTO da inscrição devo formalizar o pedido junto ao CRM no qual possuo Inscrição Secundária e estar quite.
- D. Devo apresentar minha Carteira Profissional de Médico (CPM BOX) para as devidas anotações.

OBS.: Caso possua Carteira Profissional de Médico Eletrônica (e-CPM), não é obrigatório apresentar a sua versão física, que pode ser atualizada posteriormente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
MÉDICO + CRM-UF

## ANEXO IV-B

### TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

#### INSCRIÇÃO COM DECLARAÇÃO/CERTIDÃO DE COLAÇÃO DE GRAU

Eu, \_\_\_\_\_, firmo o presente termo, sob as penas da lei e das Resoluções CFM, que autorizam a inscrição do formando com declarações ou certidões de colação de grau emitidas por instituições formadoras de médicos, oficiais ou reconhecidas pelo Ministério da Educação (MEC), **também estabelecendo o prazo de 120 dias corridos, para a apresentação dos diplomas, além de definir o cancelamento da inscrição caso não se cumpra o deliberado.**

Estou ciente que, caso não entregue o diploma no prazo estipulado, terei minha INSCRIÇÃO CANCELADA.

Estou ciente também que a CONTAGEM DO PRAZO EM QUESTÃO NÃO SE INTERROMPE quando de minha transferência ou inscrição secundária para outro Conselho Regional.

Estou ciente que o diploma deve ser apresentado onde tenho minha INSCRIÇÃO PRINCIPAL, e que em caso de CANCELAMENTO a(s) eventual(is) inscrição(ões) secundária(s) também o serão.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do médico)

## ANEXO IV-C

### TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

#### MÉDICO COM PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL OU SINDICÂNCIA EM ANDAMENTO – SEM EXERCER A MEDICINA NA UF

Eu, \_\_\_\_\_, médico(a), com inscrição neste Conselho Regional sob nº \_\_\_\_\_, declaro estar plenamente ciente de que a manutenção da minha inscrição se deve exclusivamente à existência de processo ético-profissional ou sindicância em andamento neste Regional, e que estou impedido(a) de exercer a medicina neste estado, ao tempo em que firmo o compromisso de:

- a) Manter os endereços atualizados;
- b) Caso possua inscrição principal, após finalizado o procedimento disciplinar, estarei obrigado(a) a solicitar formalmente a transferência para o CRM de destino, sob pena da reativação integral da inscrição, inclusive com geração de anuidade;
- c) Caso possua inscrição secundária, solicitarei formalmente o cancelamento, sob pena da reativação integral da inscrição, inclusive com geração de anuidade.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

(Assinatura do médico)

## **ANEXO IV-D**

### **TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE (TRANSFERÊNCIA COM DÉBITOS DE ANUIDADES DE EXERCÍCIOS ANTERIORES)**

Eu, Dr.(a) \_\_\_\_\_, médico(a) inscrito(a) no CRM \_\_\_\_\_, sob o n.º \_\_\_\_\_, ao solicitar minha transferência para o CRM \_\_\_\_\_, declaro estar ciente, que constam os seguintes débitos de anuidades e taxas anteriores ao presente exercício e que os mesmos serão cobrados através das devidas vias legais:

<b>TIPO DE DÉBITO</b>	<b>VENCIMENTO</b>	<b>VALOR</b>

(Local e data)

---

**Assinatura do médico**

## **ANEXO V-A**

### **DECLARAÇÃO DE MÉDICO MILITAR**

#### **DECLARAÇÃO**

#### **MÉDICO MILITAR COM EXERCÍCIO EXCLUSIVO NA ÁREA MILITAR**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome), brasileiro, \_\_\_\_\_ (estado civil), médico inscrito no Conselho Regional de Medicina sob o nº \_\_\_\_\_, UF: \_\_\_\_\_ (estado), declaro, para os devidos fins previstos no parágrafo único do art. 5º da Lei nº 6.681, de 16 de agosto de 1979, que exerço exclusivamente a função de médico militar desde \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/, não desenvolvendo qualquer atividade profissional médica na área civil, e que me comprometo a remeter a este Conselho, até o dia 28 de fevereiro de cada ano, a documentação comprobatória da situação exclusivamente militar.

Estou ciente de que a não apresentação desta documentação até o dia 28 de fevereiro de cada ano autorizará o Conselho a me considerar médico civil. Estou ciente, ainda, de que se passar a exercer também a atividade profissional médica na área civil deverei procurar de imediato a sede deste Conselho, declarando por escrito a mudança de situação.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(assinatura do médico)**

## ANEXO V-B

### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Na falta de documentos próprios, aptos a comprovar residência e domicílio, eu, \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_, médico, Carteira de \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, expedida por \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, declaro, para todos os fins e a quem possa interessar, ser residente e domiciliado no seguinte endereço:

Logradouro: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_ - Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Em conformidade aos arts. 2º e 3º da Lei Federal nº 7.115, de 29 de agosto de 1983, declaro, ainda, estar ciente de que a inautenticidade das informações prestadas na presente declaração poderá ensejar a aplicação das sanções civis, administrativas e penais previstas na legislação brasileira, inclusive aquelas referentes ao delito de falsidade ideológica.

Por ser verdade, assino esta declaração.

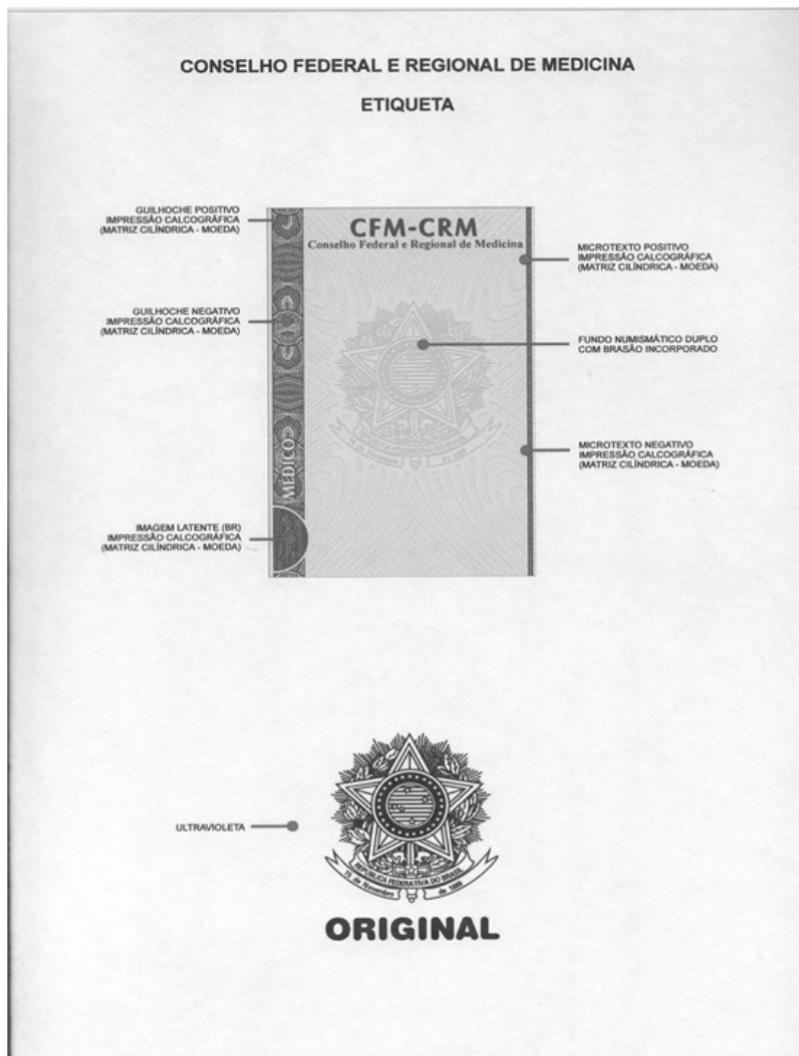
Local e data

---

Assinatura

## ANEXO VI

### ELEMENTOS DE SEGURANÇA DA ETIQUETA



## ANEXO VII-A

### Modelo de etiqueta e histórico e-CPM: PRIMEIRA INSCRIÇÃO E INSCRIÇÃO PROVISÓRIA

#### Etiqueta:



#### Texto do histórico na CPM: Seção Inscrição

PRIMEIRA INSCRIÇÃO	INSCRIÇÃO PROVISÓRIA
00/00/0000 – Diplomado pela NOME DA INSTITUIÇÃO, em 00/00/0000, efetuou sua primeira inscrição no Conselho Regional de Medicina – UF sob o número 00000-UF, de acordo com o artigo 18, parágrafo 2º da Lei 3.268, de 30/09/1957	00/00/0000 – Efetuou INSCRIÇÃO PROVISÓRIA no Conselho Regional de Medicina – UF sob o número 00000-UF, estabelecida por medida liminar ou sentença judicial não transitada em julgado, cuja validade de permanência depende da citada decisão e de apresentação quadrienal de certidão judicial de manutenção da liminar ou da sentença judicial não transitada em julgado válida até 00/00/0000

## ANEXO VII-B

### Modelo de etiqueta e histórico e-CPM: INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA E POR TRANSFERÊNCIA

#### Etiqueta:



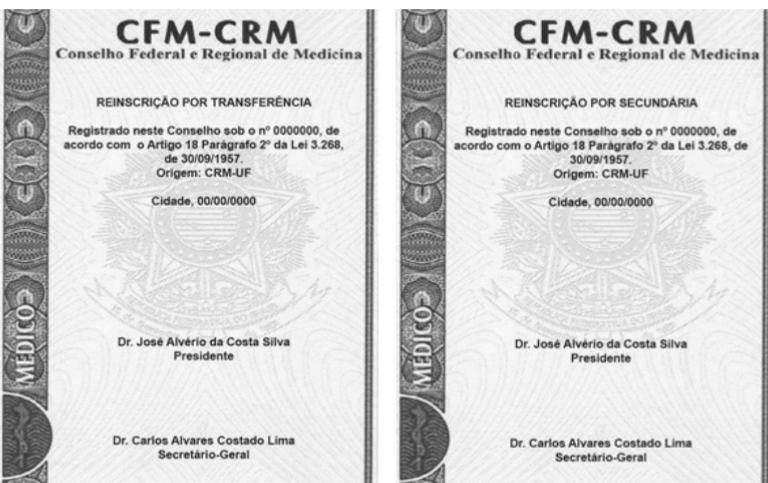
#### Texto do histórico na CPM: Seção Inscrição

INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA	INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA
00/00/0000 – Efetivou INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA no Conselho Regional de Medicina – UF sob o número 00000-UF, mantendo sua inscrição PRINCIPAL Conselho Regional de Medicina – UF, de acordo com o artigo 18, parágrafo 2º da Lei 3.268, de 30/09/1957.	00/00/0000 – Efetivou INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA no Conselho Regional de Medicina – UF sob o número 00000-UF, oriundo do Conselho Regional de Medicina – UF, de acordo com o artigo 18, parágrafo 2º da Lei 3.268, de 30/09/1957.

## ANEXO VII-C

### Modelo de etiqueta e histórico e-CPM: REINSCRIÇÃO PRINCIPAL E SECUNDÁRIA

#### Etiqueta:



#### Texto do histórico na CPM: Seção Inscrição

REINSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA	REINSCRIÇÃO SECUNDÁRIA
00/00/0000 – Efetuou REINSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA no Conselho Regional de Medicina – UF sob o número 00000-UF, oriundo do Conselho Regional de Medicina – UF, de acordo com o artigo 18, parágrafo 2º da Lei 3.268, de 30/09/1957.	00/00/0000 – Efetuou REINSCRIÇÃO SECUNDÁRIA no Conselho Regional de Medicina – UF sob o número 00000-UF, mantendo sua inscrição PRINCIPAL no Conselho Regional de Medicina – UF, de acordo com o artigo 18, parágrafo 2º da Lei 3.268, de 30/09/1957.

## ANEXO VII-D

### TRANSFERÊNCIA COM TRANSFORMAÇÃO DO TIPO DE INSCRIÇÃO

### CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO – AUSÊNCIA DO PAÍS E REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO – RETORNO AO PAÍS

#### Etiqueta:



#### Texto do histórico na CPM: Seção Inscrição

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO – A pedido do profissional – Viagem ao exterior	REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO – Retorno ao país
00/00/0000 – Cancelou, a pedido, sua INSCRIÇÃO PRINCIPAL no Conselho Regional de Medicina – UF sob o número 00000-UF, em razão de viagem ao exterior.	00/00/0000 – Efetuou a REATIVAÇÃO DA INSCRIÇÃO no Conselho Regional de Medicina – UF sob o número 00000-UF, tendo em vista retorno ao país.

## ANEXO VII-F

### Modelo de etiqueta e histórico e-CPM: CANCELAMENTO DE MÉDICO POR FALECIMENTO E CONCESSÃO DE VISTO TEMPORÁRIO

#### Etiqueta:



#### Texto do histórico na CPM: Seção Inscrição

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO – Por falecimento	VISTO TEMPORÁRIO – 90 DIAS CORRIDOS
00/00/0000 – Cancelada a inscrição no Conselho Regional de Medicina – UF, sob o número 000000-UF, nesta jurisdição, por falecimento do profissional.	00/00/0000 – Autorizado o exercício na jurisdição do Conselho Regional de Medicina – UF pelo prazo de 90 dias de acordo com o artigo 18, parágrafos 1º e 2º da Lei 3.268, de 30/09/1957.

**VISTO TEMPORÁRIO**

De 00/00/0000 até 00/00/0000.

## ANEXO VII-G

### Modelo de etiqueta e histórico e-CPM: CANCELAMENTO ENCERRAMENTO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL E REATIVAÇÃO POR RETORNO À ATIVIDADE PROFISSIONAL.

#### Etiqueta:



#### Texto do histórico na CPM: Seção Inscrição

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO – Encerramento de atividade Profissional	REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO – Por regularização de pendência
00/00/0000 – Cancelou, a pedido, sua INS- CRIÇÃO PRINCIPAL no Conselho Regional de Medicina – UF sob o número 00000-UF, em razão do encerramento de sua atividade profissional.	00/00/0000 – Efetivou a REATIVAÇÃO DA INSCRIÇÃO no Conselho Regional de Medi- cina – UF sob o número 00000-UF, retorno a sua atividade profissional.

## ANEXO VII-H

### Modelo de etiqueta e histórico e-CPM: CANCELAMENTO POR NÃO APRESENTAÇÃO DE DIPLOMA E REATIVAÇÃO APÓS REGULARIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS

#### Etiqueta:



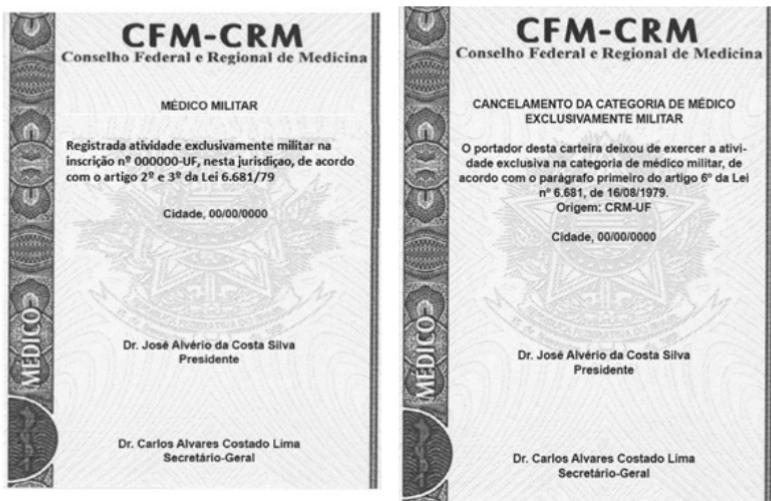
#### Texto do histórico na CPM: Seção Inscrição

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO Por não apresentação de diploma	REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO Por regularização de pendência
00/00/0000 – Cancelou, a pedido, sua INS- CRIÇÃO PRINCIPAL no Conselho Regional de Medicina – UF sob o número 00000-UF, em razão da não apresentação de diploma.	00/00/0000 – Efetivou a REATIVAÇÃO DA INSCRIÇÃO no Conselho Regional de Medi- cina – UF sob o número 00000-UF, tendo em vista a regularização de pendências.

## ANEXO VII-I

### Modelo de etiqueta e histórico e-CPM: MÉDICO MILITAR E CANCELAMENTO DA CATEGORIA MÉDICO EXCLUSIVAMENTE MILITAR

#### Etiqueta:



#### Texto do histórico na CPM: Seção Inscrição

MÉDICO MILITAR	CANCELAMENTO DA CATEGORIA MÉDICO EXCLUSIVAMENTE MILITAR
00/00/0000 – Efetuou Registro de atividade exclusivamente militar na inscrição sob número 000000-UF, no Conselho Regional de Medicina – UF, de acordo com os artigos 2º e 3º da Lei 3.268, de 30/09/1957.	00/00/0000 – O Médico inscrito no Conselho Regional de Medicina – UF, sob o número 00000-UF, deixou de exercer a atividade exclusivamente na categoria de médico militar, de acordo com o parágrafo primeiro do artigo 6º da Lei nº 6.681, de 16/08/1979.

## ANEXO VII-J

### REGULARIZAÇÃO DE INSCRIÇÃO COM TRANSFORMAÇÃO DE PROVISÓRIA PARA DEFINITIVA

#### Etiqueta:



#### **Texto do histórico na CPM: Seção Inscrição**

##### **Regularização de inscrição com transformação de provisória para definitiva**

00/00/0000 – Efetivou a REGULARIZAÇÃO DA INSCRIÇÃO PROVISÓRIA para DEFINITIVA, nesta jurisdição, mantendo o número 00000-UF, de acordo com o artigo 18, parágrafo 2º da Lei 3.268, de 30/09/1957.

## ANEXO VII-K

### Modelo de etiqueta e histórico e-CPM: AVERBAÇÃO DE NOME E DE NACIONALIDADE

#### Etiqueta:



#### Texto do histórico na CPM: Seção de Averbações

AVERBAÇÃO DE NOME	AVERBAÇÃO DE NACIONALIDADE
00/00/0000 – A Dra. Fulana de Tal passou a usar o nome: Dra. Fulana de Tal Sicrano', de acordo com a certidão de casamento nº 1234, livro 12, folha 1, AVERBADO em seu registro CRM Nº 000000 no Conselho Regional de Medicina – UF.	00/00/0000 – O Dr. Fulano de Tal obteve nacionalidade brasileira, conforme documento comprobatório de mudança de nacionalidade, datado de 00/00/0000, expedido pelo Diretor Geral do Departamento de Justiça, pelo qual passa a gozar dos direitos outorgados pela Constituição e leis do Brasil (Processo nº 00000000). AVERBADO em seu registro CRM Nº 000000 no Conselho Regional de Medicina – UF.

## ANEXO VII-L

### Modelo de etiqueta e histórico e-CPM: INCLUSÃO NO QUADRO DE ESPECIALISTAS

#### Etiqueta:

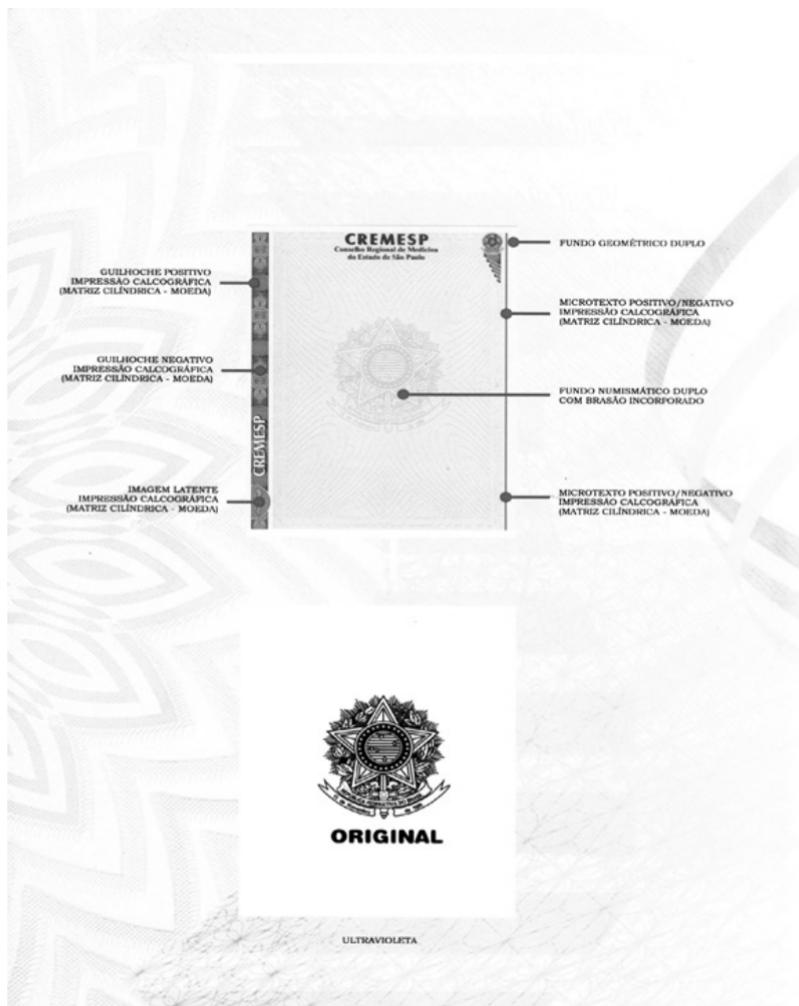


#### Texto do histórico na CPM: Seção de Averbações

REGISTRO DE ESPECIALIDADE
00/00/0000 – A Dra. Fulana de Tal Sicrana possui sua qualificação de Especialista em NOME DA ESPECIALIDADE registrada no Conselho Regional de Medicina – UF, sob o RQE nº 0000000-UF

## ANEXO VIII

### ELEMENTOS DE SEGURANÇA DE CERTIDÕES E CERTIFICADOS



## ANEXO IX-A

### CERTIDÃO DE ANTECEDENTES ÉTICOS

**CFM-CRM**

Conselho Federal e Regional de Medicina



### CERTIDÃO

Certificamos que, após consulta aos arquivos do Conselho Regional de Medicina do Nonononono, NADA CONSTA que possa desabonar a conduta ético-profissional do(a) Dr(a). **Fábio Bertolli Ribeiro**, médico(a) inscrito(a) neste Conselho sob o nº 0000, até a presente data.

A presente certidão tem validade de 60 (sessenta) dias.

Brasília - DF, 24 de janeiro de 2012

**CFM-CRM**

## ANEXO IX-B

### CERTIDÃO DE INSCRIÇÃO DE MÉDICO ESTRANGEIRO REFUGIADO/ASILADO, POLÍTICO E TERRITORIAL

**CFM-CRM**  
Conselho Federal e Regional de Medicina



### CERTIDÃO

Certificamos que o(a) Dr(a). Fábio Bertolli Ribeiro, médico(a) formado(a) pelo(a) Universidade de Brasília, em 00/00/0000, é inscrito(a) neste Conselho sob o nº 0000 desde 00/00/0000. A presente certidão tem validade até 00/00/0000, quando expirará o prazo do protocolo nº 0000 da Polícia Federal, conforme determinação da Resolução CFM nº 1.244/87, na condição de médico estrangeiro refugiado/asilado político ou territorial.

Com validade em todo o território nacional.

Brasília - DF, 24 de janeiro de 2012

**CFM-CRM**

## ANEXO IX-C

### CERTIDÃO DE LICENÇA TEMPORÁRIA PARA ESTUDANTE MÉDICO FORMADO NO EXTERIOR

Conselho Regional de Medicina

Certidão de Licença Temporária para Estudante Médico Formado no Exterior

**CERTIFICAMOS** que, revendo os assentamentos deste Conselho, consta que o(a) estudante médico(a) **<NOME DO MÉDICO>**, de nacionalidade **<NACIONALIDADE>**, portador(a) do Registro Nacional de Estrangeiro – RNE nº **<NÚMERO DA RNE>**, (ou caso brasileiro RG nº **<NÚMERO DO RG>**) com visto temporário válido até       /       /       , amparado pelo artigo 13, item V, da Lei nº 6.815/1980 e na Resolução CFM nº 2.216/2018, obteve deste Conselho Regional de Medicina a **Licença Temporária: Estudante Médico com Diploma Estrangeiro nº EME.<CRM+UF>**, válida para o período de **<data inicial> a <data final>**, estando autorizado(a) para o exercício de atos médicos decorrentes do aprendizado, exclusivamente nos locais previamente designados pelo programa de especialização **<NOME DO PROGRAMA DE ESPECIALIZAÇÃO>**, a seguir descritos: **<NOME DOS LOCAIS DESIGNADOS>**, sob supervisão direta de seu Preceptor **<NOME DO PRECEPTOR>**, registrado neste CRM sob o nº **<NÚMERO DO CRM DO PRECEPTOR>**.

Esta Certidão foi expedida com base nos dados assentados em nosso sistema de registro médico em       /       /       , com validade pelo período autorizado.

Cidade (UF), **<dia>** de **<mês por extenso>** de **<ano>**.

---

Assinatura do Presidente do CRM

## ANEXO IX-D

### CERTIDÃO DE LICENÇA TEMPORÁRIA: CONTRATO/SERVIÇO (MÉDICO ESTRANGEIRO)

#### CERTIDÃO

CERTIFICAMOS que, revendo os assentamentos deste Conselho, consta que o(a) estudante médico(a) **<NOME DO MÉDICO>**, de nacionalidade **<NACIONALIDADE>**, portador(a) do Registro Nacional de Estrangeiro – RNE n° **<NÚMERO DA RNE>**, com visto temporário válido até       /      /      , amparado pelo **artigo 13, item V, da Lei nº 6.815/1980 e na Resolução CFM nº 2.216/2018**, obteve deste Conselho Regional de Medicina a Licença Temporária: **Trabalho/ Serviço nº 300.<CRM+UF>**, válida para o período de **<data inicial>** a **<data final>**, estando autorizado(a) para o exercício da medicina de forma remunerada e exclusivamente no(a) **<EMPRESA ou ÓRGÃO GOVERNAMENTAL>** **<RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA ou ÓRGÃO GOVERNAMENTAL>**.

Esta Certidão foi expedida com base nos dados assentados em nosso sistema de registro médico em       /      /      , com validade pelos períodos autorizados.

Cidade (UF), **<dia>** de **<mês por extenso>** de **<ano>**.

---

Assinatura do Presidente do CRM

## ANEXO IX-E

### CERTIDÃO DE MÉDICO ESTRANGEIRO COM LICENÇA PROVISÓRIA

**CFM-CRM**

Conselho Federal e Regional de Medicina



## CERTIDÃO

Certificamos que, revendo os assentamentos deste Conselho, neles verificou constar que o(a) Dr(a). (NOME DO MÉDICO), de nacionalidade (NACIONALIDADE), portador da Cédula de Identidade de Estrangeiro (temporária) RNE nº 0000000, expedida por (órgão expedidor), conforme artigo 13, item V da Lei nº 6.815/80, obteve deste Conselho a inscrição nº 000.000-UF, válida para o período de: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ , ficando autorizada atividade remunerada junto (NOME DO EMPREGADOR).

Sendo o que se continha nos assentamentos,

Cidade-UF, DD/MM/YYYY

Assinante  
Cargo/Setor

ODHTEONHO

CFM-CRM

## ANEXO X-A

### CERTIFICADO DE REGISTRO DE ESPECIALISTA

**CFM-CRM**

Conselho Federal e Regional de Medicina



### CERTIFICADO

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Nononono, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 01 de janeiro de 2012, no livro nº 011, sob nº 2220, folha nº 045V, a qualificação de  
**JOSE CARLOS BETONI, CRM nº 8219,**

na especialidade de  
**CARDIOLOGIA**

Brasilia - DF, 24 de janeiro de 2012

**CFM-CRM**

## ANEXO X-B

### CERTIFICADO DE REGISTRO DE ESPECIALISTA: ÁREA DE ATUAÇÃO

**CFM-CRM**

Conselho Federal e Regional de Medicina



### CERTIFICADO

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Nononono, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 01 de janeiro de 2012, no livro nº 011, sob nº 2220, folha nº 045V, a qualificação de  
**JOSE CARLOS BETONI, CRM nº 8219,**

portador do registro de especialista em  
**CARDIOLOGIA**

na área de atuação em  
**ECOCARDIOGRAFIA**

Brasilia - DF, 24 de janeiro de 2012

**CFM-CRM**

## ANEXO X-C

### CERTIFICADO DE REGULARIDADE DA INSCRIÇÃO DO CONSULTÓRIO DE PESSOA FÍSICA (IMPRESSO NO CRM)

<b>CFM-CRM</b> Conselho Federal e Regional de Medicina		
<b>CERTIFICADO</b>		
<b>Regularidade de Inscrição do Consultório Pessoa Física</b>		
Inscrito no CRM nº 0000000	Data da Inscrição 0/0/0000	
<b>Nome</b> CONSULTÓRIO DO DR.FULANO DE TAL	<b>CPF</b> 00.000.000/0000-00	
<b>Nome Fantasia</b> DR.FULANO	<b>Município</b> Brasília - DF	<b>CEP</b> 00000-000
<b>Endereço</b> SGAS 914 Lote 00 - Asa Sul	<b>Diretor Técnico</b> Fulano da Silva	
<b>Classificação</b> Consultório Médico - TIPO 1	<b>Especialidade</b> Cardiologia	
Este certificado atesta a REGULARIDADE da inscrição do Consultório médico acima neste Com cumprimento à Lei nº 6.839, de 30/10/1980 e às Resoluções CFM nº 997, de 23/5/1980, e 2.05 Ressalvada a ocorrência de alteração nos dados acima, esta Certidão é válida até 21/12/2012. Este certificado deverá ser afixado em local visível ao público e acessível à fiscalização.		
Brasília - DF, 24 de janeiro de 2012		

## ANEXO X-D

### CERTIFICADO DE REGULARIDADE DA INSCRIÇÃO DO CONSULTÓRIO DE PESSOA FÍSICA (PORTAL DE SERVIÇOS)



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - UF

CERTIFICADO DE REGULARIDADE DE INSCRIÇÃO DE CONSULTÓRIO PESSOA FÍSICA

Inscrito sob CRM nº. 000	CPF 000.000.000-00	Inscrição 19/09/2001	Validade 19/09/2020
<b>Nome</b> CONSULTÓRIO DR. FULANO DE TAL		<b>Nome Fantasia</b> DR. FULANO DE TAL	
<b>Endereço</b> RUA ALBERTO PAIVA, 234 SALA 01 - GRACAS		<b>Município / UF</b> RECIFE / PE	<b>CEP</b> 52050-260
<b>Classificação</b> CONSULTÓRIO MÉDICO - TIPO I		<b>Especialidade:</b> Cardiologia	

Este certificado atesta a REGULARIDADE da inscrição do Consultório Médico acima neste Conselho Regional de Medicina, em cumprimento à Lei nº. 6.839, de 30/10/1980 e às Resoluções CFM nº. 997 de 23/05/1980 e - 2.056, de 12/11/2013. Ressalvada a ocorrência de alteração nos dados acima, este certificado é válido até 19/09/2020. Este certificado deverá ser afixado em local visível ao público e acessível à fiscalização.

Chave de validação nº: **e0f77a8b1abad7ae86e8ad0d1678fc055b061166**  
Emitida eletronicamente via internet em 14/02/2020

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do **CRM-UF**  
<http://www.nomeocrm.org.br>

## ANEXO XI-A

### CERTIDÃO PARA APOSENTADORIA



#### CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO

##### Certidão para Aposentadoria

Certifico para fins de aposentadoria no Instituto Nacional de Seguro Social, que o(a) Dr.(a) [REDACTED] com situação ativo possui registro neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº [REDACTED] com detalhamento de dados e períodos descritos abaixo:

##### Dados Pessoais

Pai : [REDACTED]  
Mãe : [REDACTED]  
Data Nascimento : 01/07/1946 Naturalidade : Curitiba  
Nacionalidade : BRASIL

##### Formação

Instituição : [REDACTED]  
Dt. Formatura : 05/12/1974

##### Registro no Ministério da Educação

N.º Registro : [REDACTED] Data : 10/04/1975  
Livro : 26 Folha : 17-v

	Períodos	
02/04/1975	a	presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. [REDACTED]

Emitida eletronicamente via internet em 26/04/2019

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-UF: [www.crmuf.org.br](http://www.crmuf.org.br)

## **ANEXO XI-B**

### **CERTIDÃO ELEITORAL**



#### **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO**

##### **Certidão Eleitoral**

Certificamos que, de acordo com o assentamento do Cadastro Eleitoral do Conselho Regional de Medicina do Estado e com o que dispõe a Resolução CFM Vigente, o Médico abaixo qualificado está quite com o processo eleitoral CRM/CFM na presente data.

Médico: [REDACTED]

CRM-UF: [REDACTED]

Chave de validação: [REDACTED]

Emitida eletronicamente via internet em 26/04/2019

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-UF: [www.crmuf.org.br](http://www.crmuf.org.br)

## ANEXO XI-C

### CERTIFICADO DE ESPECIALISTA



#### CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO

##### Certificado de Especialista

Certificamos que registramos em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, a qualificação de Especialidade - RQE, de acordo com as resoluções vigentes do médico(a):

\_\_\_\_\_ CRM nº \_\_\_\_\_ - UF

Na especialidade

##### ESPECIALIDADE REGISTRADA

RQE: Nacional nº \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Regional nº \_\_\_\_\_

Chave de validação

[Redacted]

Emitida eletronicamente via internet em 26/04/2019

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-UF: [www.crmuf.org.br](http://www.crmuf.org.br)

## ANEXO XI-D

### CERTIDÃO DE CANCELAMENTO



#### CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO

##### Certidão de Cancelamento

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) [REDACTED], inscrito(a) junto ao Conselho Regional de Medicina do [REDACTED] sob o nº. [REDACTED], em [REDACTED] solicitou e obteve o cancelamento de sua inscrição em [REDACTED], estando inativo(a) até a presente data.

Chave de validação nº. [REDACTED]

Emitida eletronicamente via internet em 25/04/2019

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-UF: [www.crmuf.org.br](http://www.crmuf.org.br)

## ANEXO XI-E

### CERTIDÃO DAS ESPECIALIDADES REGISTRADAS



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO

#### CERTIDÃO DAS ESPECIALIDADES REGISTRADAS

Certificamos que o(a) Dr.(a) [REDACTED] CRM-UF: [REDACTED] possui neste Conselho Regional de Medicina do [REDACTED] o(s) seguinte(s) Registro(s) de Especialidade:

ESPECIALIDADE	ÁREA DE ATUAÇÃO	Nº. RQE REGIONAL	Nº. RQE NACIONAL	DATA
CIRURGIA DA MÃO	Anterior à Resolução 1634/2002	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
ORTOPEDIA E TRAUMATOLÓGIA	Anterior à Resolução 1634/2002	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação [REDACTED]

Emitida eletronicamente via internet em 26/04/2019

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-UF: [www.crmuf.org.br](http://www.crmuf.org.br)

## ANEXO XI-F

### CERTIDÃO DE INSCRIÇÃO



#### CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO

##### Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) [REDACTED], é médico(a) inscrito(a) perante o Conselho Regional de Medicina do [REDACTED], sob o nº. [REDACTED] desde [REDACTED], CPF nº 000.000.000-00, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 26/07/2019.

Chave de validação [REDACTED]

Emitida eletronicamente via internet em 26/04/2019.

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-UF: [www.crmuf.org.br](http://www.crmuf.org.br)

## ANEXO XI-G

### CERTIDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA PARA PGRSS



#### CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO

##### Certidão de Responsabilidade Técnica para PGRSS

Certificamos, para fins de comprovação de Responsabilidade Técnica junto ao Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, que o(a) médico(a) Dr.(a) [REDACTED], inscrito(a) no Conselho Regional de Medicina do [REDACTED] sob o nº. [REDACTED], desde [REDACTED], declarou, junto a esta Autarquia, que é o(a) responsável Consultório Médico, sito à QUADRA [REDACTED] CONJUNTO N 23, Brasília/DF.

Chave de validação [REDACTED]

Emitida eletronicamente via internet em 26/04/2019

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-UF: [www.crmuf.org.br](http://www.crmuf.org.br)

## ANEXO XI-H

### CERTIDÃO DE JUBILAMENTO



#### CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO

##### Certidão de Jubilamento

Certificamos a pedido da parte interessada, que o(a) médico(a) [REDACTED] inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do [REDACTED] sob o nº. [REDACTED], está jubilado(a) desde [REDACTED], conforme Resolução do CFM, com detalhamento de períodos descritos abaixo:

	Períodos	
02/04/1975	a	presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. [REDACTED]

Emitida eletronicamente via internet em 26/04/2019

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-UF: [www.crmuf.org.br](http://www.crmuf.org.br)

## ANEXO XI-I

### CERTIDÃO NEGATIVA DE CONDUTA ÉTICO-PROFISSIONAL



#### CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO

##### Certidão Negativa de Conduta Ético-Profissional

Certificamos, a pedido da parte interessada, que junto aos arquivos do Conselho Regional de Medicina do [REDACTED], nada consta, na presente data, que desabone a conduta ética-profissional do DR.(A) [REDACTED] inscrito(a) neste órgão sob o nº [REDACTED] conforme períodos abaixo:

##### Períodos

02/04/1975 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. [REDACTED]

Emitida eletronicamente via internet em 26/04/2019

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-UF: [www.crmuf.org.br](http://www.crmuf.org.br)

## ANEXO XI-J

### CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS



### CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA

#### Certidão Negativa de Débitos

Certificamos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) [REDACTED]  
inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do [REDACTED]  
se quite com esta Tesouraria até 30/04/2019.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 30/04/2019.

## ANEXO XI-K

### DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO

#### Declaração de Transferência

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o Dr.(a) [REDACTED], inscrito junto ao Conselho Regional de Medicina do [REDACTED] sob o nº. [REDACTED], inscrito em [REDACTED] solicitou e obteve transferência de sua inscrição para o CRM- [REDACTED] em [REDACTED], estando inativa até a presente data.

Chave de validação nº. [REDACTED]

Emitida eletronicamente via internet em 25/04/2019

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-UF: [www.crmuf.org.br](http://www.crmuf.org.br)

## ANEXO XI-L

### CERTIDÃO DE VISTO TEMPORÁRIO DE 90 DIAS CORRIDOS



1

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

### CERTIDÃO DE VISTO PROVISÓRIO 90 (NOVENTA) DIAS

2

Certificamos para os devidos fins, que o Dr(a) Fulano de Tal tendo sua inscrição principal no Conselho Regional de Medicina – UF sob o no. 3

- 4 999999, solicitou e obteve o visto provisório de acordo com o parágrafo 1º do art. 18 da Lei 3.268, para atuar por 90 dias no estado, protocolado sob no. 5 99999/ANO encontrando-se, portanto, apto a exercer a profissão na unidade federativa DF até DD de MM de YYYY. 7

6

8

Chave de validação ee012831278921 cwd189237891238Efaw2123

9

Emitida eletronicamente via internet em 04/04/2020

10

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-DF:  
http://www.crmdf.org.br 11

11

Protótipo-6---Certidão-de-visto-provisório-90-(noventa)-dias¶

## ANEXO XI-M

### CERTIDÃO DE CADASTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

**O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ** certifica, para os devidos fins em direito, que o(a) **DR(A)**, \_\_\_\_\_, inscrito(a) neste Regional sob o nº \_\_\_\_\_, cadastro em nosso sistema a Pós-Graduação (*lato sensu* e/ou *stricto sensu*) em \_\_\_\_\_, a qual não confere ao mesmo o registro de especialista. Deste modo, e sob os termos da Resolução CFM 2336/2023, artigo 13, § 1º, poderá realizar a seguinte divulgação: MÉDICO(A) com pós-graduação em \_\_\_\_\_, NÃO ESPECIALISTA, – devendo o termo não especialista permanecer em caixa alta. E por ser verdade, Eu, \_\_\_\_\_, Assistente Técnico do CRM(UF) (ou Presidente do CRM-UF), assino a presente **CERTIDÃO** nesta data.

Belém, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

---

## **ANEXO XII**

### **SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO ESPECIAL PARA MÉDICO ESTRANGEIRO**

**Convidado por instituições para ministrar atividades didáticas e/ou assistenciais**

**Senhor Presidente,**

**Em cumprimento ao disposto na Resolução do CFM nº 1.494/1998 e Resolução CFM nº 1.653/2002, solicitamos autorização para que o(s) médico(s) estrangeiro(s): (NOME DO MÉDICO – PAÍS) e (NOME DO MÉDICO – PAÍS) possa(m) realizar procedimentos: (DESCREVER O PROCEDIMENTOS), no seguinte período: (INFORMAR O PERÍODO), a ser realizado no (INFORMAR O LOCAL DO EVENTO), sob a responsabilidade do(s) (DR.(a) NOME DO MÉDICO(A) – FUNÇÃO, e de outros, se houver).**

**Informamos, ainda, que será obtido o termo de consentimento dos pacientes, assim como, posteriormente, enviaremos a esse Conselho Regional de Medicina relatório contendo a evolução clínica de cada paciente, conforme estabelece a alínea “d” do artigo 1º da Resolução CFM nº 1.494/1998.**

## ANEXO XIII

### **Declaração Expedida pela Instituição Médico-Hospitalar – comprova que o médico estudante foi submetido e aprovado em seleção para a vaga no programa de ensino, constando o período e a área**

#### **DECLARAÇÃO**

Declaramos, para os devidos fins, que o(a) Dr(a). **<NOME DO ESTUDANTE>**, portador(a) do passaporte ou RNE nº **<Nº DO DOCUMENTO>**, natural de **<PAÍS DE ORIGEM>**, é aluno(a) do **<NOME DO PROGRAMA>**, desenvolvido pela **<NOME DA INSTITUIÇÃO>**, no período de **<DATA DE INÍCIO DO PROGRAMA>** a **<DATA DO FINAL DO PROGRAMA>**.

O(a) aluno(a) está devidamente matriculado(a) no Curso da Especialidade de **<NOME DA ESPECIALIZAÇÃO>**, desenvolvendo atividades na assistência médica estritamente vinculada ao programa de ensino, para fins pedagógicos, restrito ao âmbito do(s) Hospital(is) **<NOME DO HOSPITAL>**.

Ressaltamos que o(a) estudante pratica atos médicos relacionados e necessários a seu treinamento somente dentro do complexo do(s) Hospital(is) acima nomeados, sempre sob supervisão direta do(a) Prof.(a) Dr.(a) **<NOME DO MÉDICO PRECEPTOR>** devidamente registrado(a) no Conselho Regional de Medicina sob nº **<Nº DO CRM>**, o(a) qual detém qualificação ética e profissional necessária para o correto exercício das atividades pedagógicas e se responsabilizará, solidariamente, pelos atos médicos praticados pelo(a) aluno(a) supervisionado(a), nos termos do art. 5º, incs. V e VI, e art. 7º, § 6º, da Res. CFM nº 2.216/2018.

Neste ato, nos comprometemos a informar ao Conselho Regional de Medicina eventual desligamento do(a) aluno(a) acima indicado(a) do respectivo curso, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da efetivação da exclusão. Ademais, comunicaremos a esse mesmo Conselho Profissional acerca de quaisquer irregularidades apuradas ao longo da duração do curso, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da ciência do(s) fato(s).

**Declaramos, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações acima apresentadas, ciente de que a falsidade poderá caracterizar o crime tipificado no art. 299 do Código Penal\*.**

**<LOCAL>, <DATA>.**

---

Assinatura do Representante da Instituição

Prof. Dr(a). \_\_\_\_\_

CFM/UF Nº \_\_\_\_\_

\* Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena – reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

## ANEXO XIV

### TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO LICENÇA TEMPORÁRIA: ESTUDANTE ESTRANGEIRO

#### Termo de Ciência e Compromisso do Estudante Médico

Eu Dr.(a) \_\_\_\_\_, médico(a) estrangeiro(a), nacionalidade \_\_\_\_\_, abaixo assinado(a), declaro perante o Conselho Regional de Medicina - \_\_\_, sob as penas das leis brasileiras, que são verdadeiras as informações abaixo prestadas, bem como cumprir fielmente as instruções de que ora sou cientificado(a).

1-Está no Brasil apenas para cursar especialização em Medicina?

- SIM  
 NÃO

2 – Possui algum tipo de emprego no Brasil ou fora?

- SIM  
 NÃO

3 – Já iniciou o processo de revalidação do seu Diploma de médico?

- SIM  
 NÃO

Se afirmativa a resposta anterior, informar o nome da universidade:

---

4 – Possui algum tipo de bolsa de estudo?

- SIM  
 NÃO

Se afirmativo a resposta anterior, informar o órgão custeador:

---

Na hipótese de não possuir bolsa de estudo, esclarecer como será feita sua manutenção durante a especialização; caso esteja ou pretenda trabalhar, informar a frequência e horário de trabalho:

---

5 – Já esteve envolvido(a) em alguma investigação sobre problemas de ordem ético-profissional em seu país de origem?

- SIM  
 NÃO

- Estou plenamente cientificado(a) de que a autorização concedida pelo CRM- \_\_\_ serve apenas para a especialização pleiteada, sendo expressamente proibido o exercício de qualquer atividade médica remunerada.
- Estou plenamente cientificado(a) de que é vedada a realização de atos médicos fora da instituição do programa, ou mesmo em atividades médicas de outra natureza e em locais não previstos pelo programa na mesma instituição, sob pena de incorrer em exercício ilegal da medicina, tendo meu programa imediatamente interrompido, sem prejuízo de outras sanções legais.
- Estou plenamente cientificado(a) de que deverei providenciar o pedido de prorrogação da licença a este Conselho num prazo aproximado de 30 dias antes do vencimento do pedido anterior.

\_\_\_\_\_, / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
assinatura do(a) estudante médico(a)

## ANEXO XV

### MODELO DE OFÍCIO E CARIMBO DE CONFIRMAÇÃO DE LICENÇA TEMPORÁRIA: ESTUDANTE

OFÍCIO N.º 00000/ANO – CRM

CIDADE, 00 de MÊS de ANO.

Ao Doutor (NOME)  
(Endereço)

**Assunto: Confirmação de licença temporária – Estudante Médico Estrangeiro**

Prezado Doutor,

Pelo presente, levamos ao conhecimento de V. Sa. que o(a) médico(a) estudante brasileiro(a) ou estrangeiro(a) formado(a) no exterior e sem revalidação do Diploma abaixo mencionado(a) encontra-se cadastrado(a) nos moldes da Resolução CFM nº 2.216/2018, conforme o seguinte período e finalidade:

- Número do registro: (300+Número do CRM+UF)
- Estudante médico(a): (Nome do médico estudante)
- Nacionalidade: (Brasileiro ou estrangeiro (País))
- Finalidade: (Especialidade)
- Instituição: (CRM-UF + Nome da Instituição)
- Período do curso: (data inicial e data final de duração do curso)
- Período da autorização: (Período inicial autorizado pela Instituição)
- Preceptor: (CRM-UF + Nome do preceptor)

Enfatizamos que os atos médicos decorrentes do aprendizado somente poderão ser realizados nos locais previamente designados pelo programa e sob supervisão direta de um preceptor médico regularmente inscrito neste Conselho Regional de Medicina, que assumirá a responsabilidade solidária pela estudante.

O(A) médico(a) estudante deverá ser instruído(a) a providenciar a confecção de um carimbo para o desempenho de suas atividades, nos moldes do modelo que ora anexamos ao presente, para uso exclusivo nas dependências da instituição.

O(A) médico(a) estudante estrangeiro(a) tem essa autorização condicionada à validade do seu RNE – Registro Nacional de Estrangeiro.

Atenciosamente,

---

Assinatura do representante do CRM

Carimbo:

Dr(a). xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxx

(Nome da Instituição)

Médico em curso de especialização

Nº 300.XXXX-UF

## **ANEXO XVI**

## TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PRECEPTOR

## TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PRECEPTOR

Eu, Dr. \_\_\_\_\_, CREMEC \_\_\_\_\_, neste ato **declare** que atuaréi na qualidade de **preceptor** do Dr(a) \_\_\_\_\_, aluno(a) participante do \_\_\_\_\_, a ser desenvolvido pelo(a) \_\_\_\_\_, no período compreendido entre \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, nos seguintes locais: \_\_\_\_\_.

**Declaro** possuir a qualificação ética e profissional necessária para a preceptoria e que irei **supervisionar, pessoal e diretamente, as atividades do aluno participante**, assumindo a **responsabilidade solidária** pelos atos médicos por ele praticados, nos termos do art. 5º, inc. V, da Res. CFM n. 2.216/2018.

Estou ciente da vedação da prática de atos médicos pelo referido aluno (i) fora da instituição de ensino, (ii) em outras atividades médicas de natureza diversa daquelas descritas no programa do curso, (iii) em locais não previstos no programa do curso ou (iv) sem supervisão. A inobservância destas proibições poderá caracterizar crime de exercício ilegal da medicina (art. 282 do Código Penal) e ensejará minha responsabilização criminal em caso de auxílio, induzimento ou instigação à prática delitiva, na forma do art. 29 do Código Penal, além da adoção das medidas pertinentes no âmbito administrativo, por afrontamento ao Código de Ética Médica (art. 18 do CEM c/c os art. 5º, inc VI e 7º, parágrafo 6º, ambos da Res. CFM n.º 2.216/18).

Comprometo-me a informar ao Conselho Regional de Medicina do Estado – UF eventual desligamento do aluno acima indicado do respectivo curso, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da efetivação da exclusão. Ademais, comprometo-me a comunicar a esse mesmo Conselho Profissional quaisquer irregularidades apuradas durante a duração do curso, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da minha ciência do fato.

Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações acima apresentadas, ciente de que a falsidade poderá caracterizar o crime tipificado no art. 299 do Código Penal\*.

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Dr.(a) \_\_\_\_\_ CREMEC \_\_\_\_\_

Código Penal: Art 282 – Exercer ainda que a título gratuito a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites. Pena detenção de seis meses a dois anos.

Parágrafo único – Se o crime é praticado com o fim de lucro, aplica-se também multa.

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer INSERIR declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Pena – reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

## ANEXO XVII

### OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO ESPECIAL PARA MÉDICOS ESTRANGEIROS MINISTRAREM ATIVIDADES DIDÁTICAS E/ OU ASSISTENCIAIS NO BRASIL

OFÍCIO N.º 00000/ANO – CRM

CIDADE, 00 de MÊS de ANO.

Ao Sr(a). (NOME),  
(ENDEREÇO)

**Assunto: Autorização especial para médico estrangeiro ministrar atividades didáticas e/ou assistências no Brasil**

Prezado(a) Senhor(a),

Acusamos o recebimento de sua correspondência, datada de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
comunicando que o(a) Dr(a). \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ demonstrará sua técnica em \_\_\_\_\_, no dia  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, no(a) \_\_\_\_\_.

Esclarecemos que o(a) referido(a) profissional não apresentou seu diploma revalidado por  
universidade brasileira. Portanto, está legalmente impedido(a) de praticar qualquer ato médico  
em território nacional.

Outrossim, esclarecemos que as demonstrações didáticas praticadas por médicos  
estrangeiros, quando convidados por instituições brasileiras, são regulamentadas pela Resolução  
CFM n. 1.494/1998, anexa.

Finalmente, esclarecemos que a autorização deste Conselho fica condicionada ao  
cumprimento das normas estabelecidas na resolução acima mencionada, com parecer favorável  
desta Comissão de Ética e posterior atendimento aos demais itens do referido ato resolutório.

Sem mais, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

---

Diretor

## ANEXO XVIII

### AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS POR MÉDICO ESTRANGEIRO CONVIDADO

Letter nº 127/2021 – DEIQP/SIPPF

<LOCAL>, March 10th 2021

To Mr.

**Prof. Petr. V. Glybochko**

Rector

2-4 Bolshaya Pirogovskaya str.

Moscow, Russian Federation

Email: rektorat@sechenov.ru

**UR G E N T**

**Subject: Request confirmation**

Dear Mr. Professor,

We ask you to make a special request to CONFIRM, as soon as possible, the registration of the diploma, issued by this University, on behalf of **<NOME DO MÉDICO>**, in accordance with the attached copy, so that we can grant the registration sought by the professional in the *Conselho Regional de Medicina do <ESTADO>* (Regional Council of Medicine of **<ESTADO>**).

Being what we are presenting for the moment, we thank you for your cooperation.

Sincerely,

**CONS.º <NOME>**  
**Secretary-General**

## ANEXO XIX

### Ofício de solicitação de confirmação de Diploma

OFÍCIO N.º 00000/ANO – CRM

CIDADE, 00 de MÊS de ANO.

Ao Sr(a). (NOME),  
(ENDEREÇO)

#### Assunto: Veracidade de Diploma

Senhor Reitor,

O Conselho Regional de Medicina do Estado de [Estado], autarquia federal criada nos termos da Lei 3268/57, tendo recebido o pedido de inscrição do médico [Nome do Médico], solicita a confirmação da autenticidade do diploma enviado em cópia. Esta confirmação visa validar os dados constantes, especialmente a colação de grau do referido médico, para que possamos autorizar o exercício da Medicina neste Estado.

A resposta poderá ser enviada por e-mail: [xxxxx@xxxxx.org.br](mailto:xxxxx@xxxxx.org.br)

Por fim, agradecemos antecipadamente a colaboração.

Atenciosamente,

Cons. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Presidente do XXXXXXXXXXXXXXXXXX

## ANEXO XX

### HISTÓRICO MÉDICO

#### POR TIPO DE INSCRIÇÃO DE MÉDICOS

##### **TIPO: Principal**

É a principal inscrição que o médico possui, podendo, no máximo, uma delas estar ativa, sendo esta a responsável pelo controle das demais inscrições.

##### **• NOS MODOS:**

###### **Inscrição**

- I. Primária;
- II. Por transferência.

###### **Reinscrição**

- I. Por transferência;
- II. Transferência com transformação:

###### **a) INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA → INSCRIÇÃO PRINCIPAL**

MÉDICO SOLICITA NO SEU CRM DE ORIGEM A TRANSFERÊNCIA DE SUA INSCRIÇÃO PRINCIPAL PARA O CRM EM QUE POSSUI INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA INATIVA. NESTE CASO, É CANCELADA A INSCRIÇÃO PRINCIPAL ANTERIOR, E O TIPO DE INSCRIÇÃO É ALTERADO DE INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA PARA INSCRIÇÃO PRINCIPAL;

###### **b) INSCRIÇÃO PROVISÓRIA SEC → INSCRIÇÃO PRINCIPAL**

MÉDICO SOLICITA NO SEU CRM DE ORIGEM A TRANSFERÊNCIA DE SUA INSCRIÇÃO PRINCIPAL PARA O CRM EM QUE POSSUI INSCRIÇÃO PROVISÓRIA SEC (SECUNDÁRIA) INATIVA. NESTE CASO, É CANCELADA A INSCRIÇÃO PRINCIPAL ANTERIOR, E O TIPO DE INSCRIÇÃO É ALTERADO DE INSCRIÇÃO PROVISÓRIA SEC (SECUNDÁRIA) PARA INSCRIÇÃO PRINCIPAL.

###### **Reativação**

- I. A pedido.

###### **Transformação**

- I. INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA → INSCRIÇÃO PRINCIPAL

MÉDICO SOLICITA NO SEU CRM DE ORIGEM A TRANSFERÊNCIA DE SUA INSCRIÇÃO PRINCIPAL PARA O CRM EM QUE POSSUI INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA ATIVA. NESTE CASO, É TRANSFERIDA A INSCRIÇÃO PRINCIPAL ANTERIOR, E O TIPO DE INSCRIÇÃO É ALTERADO DE INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA PARA INSCRIÇÃO PRINCIPAL;

**II. INSCRIÇÃO PROVISÓRIA S → INSCRIÇÃO PRINCIPAL**

MÉDICO SOLICITA NO SEU CRM DE ORIGEM A TRANSFERÊNCIA DE SUA INSCRIÇÃO PRINCIPAL PARA O CRM EM QUE POSSUI INSCRIÇÃO PROVISÓRIA S (SECUNDÁRIA) ATIVA. NESTE CASO, É CANCELADA A INSCRIÇÃO PRINCIPAL ANTERIOR, E O TIPO DE INSCRIÇÃO É ALTERADO DE INSCRIÇÃO PROVISÓRIA S (SECUNDÁRIA) PARA INSCRIÇÃO PRINCIPAL;

**III. INSCRIÇÃO PROVISÓRIA P → INSCRIÇÃO PRINCIPAL**

MÉDICO COM INSCRIÇÃO PROVISÓRIA P (PRINCIPAL) REGULARIZA SUA SITUAÇÃO LEGAL, PODENDO SER INSCRITO DE FORMA DEFINITIVA.

**TIPO: Secundária**

É a inscrição que o médico possui em outros estados da Federação, mantendo sua inscrição principal ativa.

**• NOS MODOS**

**Inscrição**

I. Secundária.

**Reinscrição**

I. Com transformação:

INSCRIÇÃO PRINCIPAL                    INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

MÉDICO SOLICITA INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA NO SEU CRM DE ORIGEM, EM QUE POSSUI INSCRIÇÃO PRINCIPAL INATIVA;

PROVISÓRIA P                            INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

MÉDICO SOLICITA INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA EM ESTADO EM QUE POSSUI INSCRIÇÃO PROVISÓRIA P TRANSFERIDA E QUE TENHA REGULARIZADA A SUA SITUAÇÃO NA ORIGEM.

**Reativação**

I. MÉDICO SOLICITA REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA NO CRM EM QUE POSSUI INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA INATIVA.

## Transformação

- I. MÉDICO SOLICITA, NO CRM EM QUE POSSUI INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA, TRANSFERÊNCIA E TRANSFORMAÇÃO DA PRINCIPAL PARA SECUNDÁRIA ATIVA.

## TIPO: Provisória P

É a inscrição por medida judicial (revalidação do diploma, registro ou reintegração de registro).

## • NOS MODOS

## Inscrição

- I. Primeira;
  - II. Por transferência.

## Reinscrição

- I. Por transferência:**  
**PROVISÓRIA P TRANSFERIDA E REATIVADA POR TRANSFERÊNCIA.**

## Reativação

- ## I. Renovação de liminar.

## TIPO: Provisória S

É a inscrição por medida judicial (revalidação do diploma, registro ou reintegração de registro) que o médico possui em outros estados da Federação, mantendo sua inscrição provisória P ativa.

- **NOS MODOS:**

## **Inscrição Secundária.**

## Reinscrição



PROVISÓRIA P INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA  
MÉDICO SOLICITA INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA EM ESTADO EM QUE  
POSSUI PROVISÓRIA P TRANSFERIDA E QUE TENHA REGULARIZADA  
A SUA SITUAÇÃO.

### **Reativação**

- I. MÉDICO SOLICITA, NO CRM EM QUE POSSUI INSCRIÇÃO PROVISÓRIA S INATIVA, A SUA REATIVAÇÃO POR DECISÃO JUDICIAL.

### **Transformação**

- I. MÉDICO SOLICITA, NO CRM EM QUE POSSUI INSCRIÇÃO PROVISÓRIA P ATIVA, TRANSFERÊNCIA E TRANSFORMAÇÃO PARA INSCRIÇÃO PROVISÓRIA S ATIVA.

## **TIPO: Médico Estrangeiro com Visto Temporário**

### **Inscrição**

- I. Visto refugiado-asilado (médico estrangeiro com visto de refugiado-asilado);
- II. Visto temporário de trabalho (médicos estrangeiros que irão cumprir contrato de trabalho ou serviço do governo);
- III. Visto temporário de estudo (médicos estrangeiros e/ou brasileiros formados no exterior sem revalidação para estudar).

### **Reativação**

- I. Renovação de visto ou contrato de trabalho.

### **SITUAÇÃO DO MÉDICO:**

- ATIVO
  - REGULAR;
  - INTERDIÇÃO CAUTELAR PARCIAL;
  - SUSPENSO POR ORDEM JUDICIAL PARCIAL;
  - SUSPENSO POR DOENÇA INCAPACITANTE POR TEMPO DETERMINADO.
- INATIVO
  - TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA UF;
  - FALECIDO;
  - CASSADO;
  - INTERDIÇÃO CAUTELAR TOTAL;
  - APOSENTADORIA;
  - SUSPENSO:
    - Por ordem judicial total;
    - Por doença incapacitante definitiva;
    - Por questão judicante;

- Por procedimento administrativo (não apresentação de diploma).
- CANCELADO A PEDIDO:
  - Viagem ao exterior;
  - Não exerce mais a profissão;
  - Não informado.
- INOPERANTE

# HISTÓRICO MÉDICO

## Por tipo e modalidade de inscrição

### TIPO: Principal

MODALIDADE	SIT.	HISTÓRICO	A	M
<b>INSCRIÇÃO:</b> I. Primeira II. Por transferência	A	<b>CORRELAÇÃO:</b> a. Primeira inscrição a. Inscrição por transferência b. Com transformação de inscrição SECUNDÁRIA ATIVA em PRINCIPAL	P P S	P P P
<b>REINSCRIÇÃO:</b> I. Por transferência II. Por transferência com transformação	A	<b>CORRELAÇÃO:</b> a. Reinscrita por transferência b. Reinscrita com transformação I. De inscrição SECUNDÁRIA INATIVA para PRINCIPAL II. De inscrição PROVISÓRIA S INATIVA em PRINCIPAL	P	P
<b>REATIVAÇÃO:</b> I. Pedido	A	<b>CORRELAÇÃO:</b> a. Reativação de inscrição cancelada	P	P
<b>TRANSFORMAÇÃO:</b> I. Provisória P em PRINCIPAL	A	<b>CORRELAÇÃO:</b> a. De inscrição PROVISÓRIA P ATIVA em PRINCIPAL	Vp	P

### TIPO PRINCIPAL: Histórico de cancelamento

#### INATIVOS POR MOTIVO:

- TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA UF;
- FALECIDO;
- INTERDIÇÃO CAUTELAR TOTAL;
- APOSENTADORIA;
- SUSPENSO:
  - Por ordem judicial total;
  - Por questão judicante;
  - Por procedimento administrativo (não apresentação de diploma).
- CASSADO;
- CANCELADA:
  - Viagem ao exterior;
  - Não exerce a profissão;
  - Decisão discricionária;
  - Não informado.
- AFASTADO:
  - Doença incapacitante.

## TIPO: Secundária

MODALIDADE	SIT.	HISTÓRICO	A	M
<b>INSCRIÇÃO:</b> I. Inscrição secundária	A	<b>CORRELAÇÃO:</b> a. Inscrição secundária	S	S
<b>REATIVAÇÃO:</b> I. Inscrição secundária	A	<b>CORRELAÇÃO:</b> a. Reativação de inscrição secundária cancelada b. Reativação com transformação de PRINCIPAL em SECUNDÁRIA c. Reativação com transformação da PROVISÓRIA S em SECUNDÁRIA	S P Vs	S S SP

### TIPO SECUNDÁRIA: Histórico de cancelamento

#### INATIVOS POR MOTIVO:

- FALECIDO;
- INTERDIÇÃO CAUTELAR TOTAL;
- APOSENTADORIA;
- SUSPENSO:
  - Por ordem judicial total;
  - Por questão judicante;
  - Por procedimento administrativo (não apresentação de diploma).
- CASSADO;
- CANCELADA:
  - Viagem ao exterior;
  - Não exerce a profissão;
  - Decisão discricionária;
  - Não informado.
- AFASTADO:
  - Doença incapacitante.

## TIPO: Provisória P

MODALIDADE	SIT.	HISTÓRICO	A	M
<b>INSCRIÇÃO:</b> I. Primeira inscrição II. Por transferência	A	<b>CORRELAÇÃO:</b> a. Inscrição provisória P por medida judicial b. Inscrição por transferência provisória P	Vp Vp	Vp Vp
<b>REINSCRIÇÃO:</b> I. Por transferência	A	<b>CORRELAÇÃO:</b> a. Reinscrição de provisória P por transferência	Vp	Vp
<b>REATIVAÇÃO:</b> I. Renovação de liminar	A	<b>CORRELAÇÃO:</b> a. Reativação por renovação de liminar	Vp	Vp

### TIPO PROVISÓRIO P: Histórico de cancelamento

#### INATIVOS POR MOTIVO:

- TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA UF;
- FALECIDO;
- INTERDIÇÃO CAUTELAR TOTAL;
- APOSENTADORIA;
- SUSPENSO:
  - Por ordem judicial total;
  - Por questão judicante;
  - Por procedimento administrativo (não apresentação de diploma).
- CASSADO;
- CANCELADA:
  - Viagem ao exterior;
  - Não exerce a profissão;
  - Decisão discricionária;
  - Liminar vencida/cassada;
  - Não informado.
- AFASTADO:
  - Doença incapacitante.

## TIPO: Provisória S

MODALIDADE	SIT.	HISTÓRICO	A	M
<b>INSCRIÇÃO:</b> I. Secundária	A	<b>CORRELAÇÃO:</b> a. Inscrição provisória S	Vs	Vs
<b>REINSCRIÇÃO:</b> I. Secundária	A	<b>CORRELAÇÃO:</b> a. Reinscrição provisória S	Vs	Vs
<b>REATIVAÇÃO:</b> I. Renovação de liminar	A	<b>CORRELAÇÃO:</b> a. Reativação de secundária S por renovação de liminar	Vs	Vs

TIPO PROVISÓRIO S: Histórico de cancelamento
<p><b>INATIVOS POR MOTIVO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>o FALECIDO;</li><li>o INTERDIÇÃO CAUTELAR TOTAL;</li><li>o APOSENTADORIA;</li><li>o SUSPENSO:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Por ordem judicial total;</li><li>▪ Por questão judicante;</li><li>▪ Por procedimento administrativo (não apresentação de diploma).</li></ul></li><li>o CASSADO;</li><li>o CANCELADA:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Viagem ao exterior;</li><li>▪ Não exerce a profissão;</li><li>▪ Decisão discricionária;</li><li>▪ Liminar vencida/cassada;</li><li>▪ Não informado.</li></ul></li><li>o AFASTADO:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Doença incapacitante.</li></ul></li></ul>

## TIPO: Médico Estrangeiro com Visto Temporário

MODALIDADE	SIT.	HISTÓRICO	A	M
<b>INSCRIÇÃO:</b> I. Visto de refugiado- asilado II. Visto temporário a. Trabalho b. Estudo	A	<b>CORRELAÇÃO:</b> I. Inscrição de médico estrangeiro (temporária)	E	P
<b>REATIVAÇÃO:</b> I. Renovação de visto	A	<b>CORRELAÇÃO:</b> I. Reativação com renovação de visto	E	E

### TIPO ESTRANGEIRO COM VISTO TEMPORÁRIO: Histórico de cancelamento

#### INATIVOS POR MOTIVO:

- o TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA UF;
- o FALECIDO;
- o SUSPENSO:
  - Por ordem judicial total
- o CANCELADO:
  - Viagem ao exterior;
  - Não exerce a profissão;
  - Decisão discricionária;
  - Não informado.
- o AFASTADO:
  - Doença incapacitante.

## TIPO: Intercambista – Programa Mais Médicos

MODALIDADE	SIT.	HISTÓRICO	A	M
INSCRIÇÃO:	A	<b>CORRELAÇÃO:</b> a. Inscrição de médico estrangeiro (temporária)	PMM	P
REATIVAÇÃO: I. Renovação de visto	A	<b>CORRELAÇÃO:</b> a. Reativação com renovação de visto		

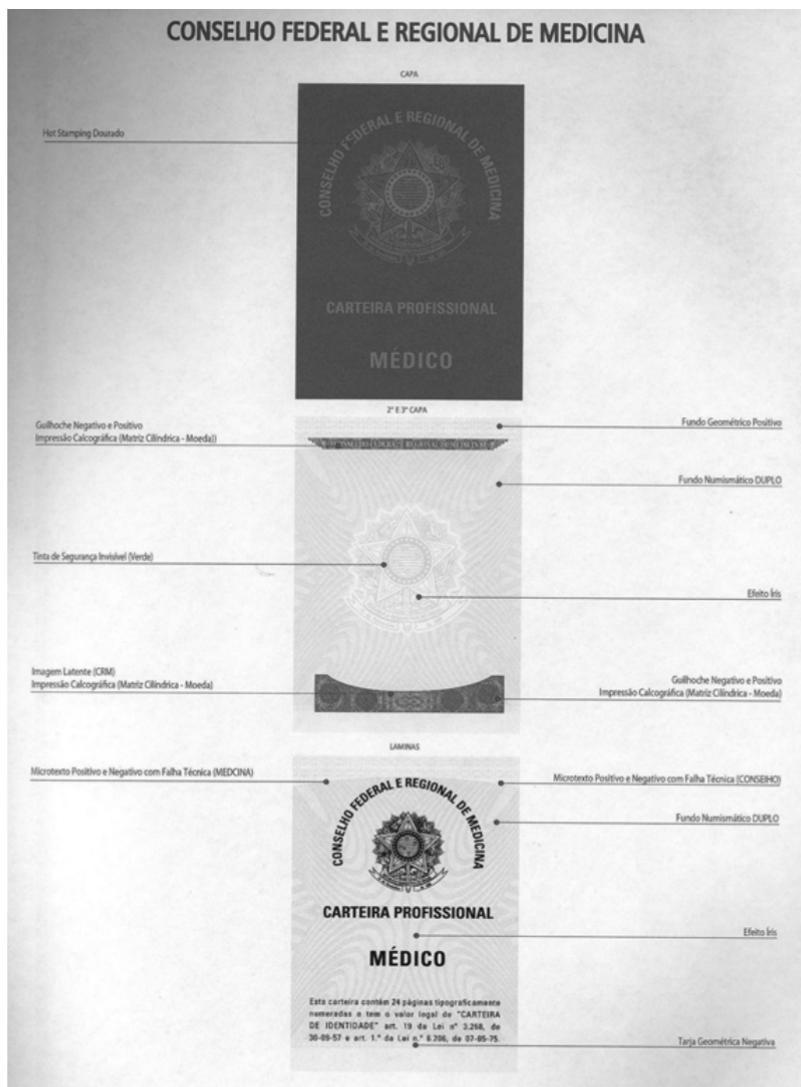
### TIPO ESTRANGEIRO COM VISTO TEMPORÁRIO: Histórico de cancelamento

#### INATIVOS POR MOTIVO:

- o TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA UF;
- o FALECIDO;
- o INTERDIÇÃO CAUTELAR TOTAL;
- o APOSENTADORIA;
- o SUSPENSO:
  - Por ordem judicial total;
  - Questão judicante;
  - Por procedimento administrativo (não apresentação de diploma).
- o CASSADO;
- o A PEDIDO:
  - Viagem ao exterior;
  - Não exerce a profissão;
  - Decisão discricionária;
  - Não informado.
- o AFASTADO:
  - Doença incapacitante.

## ANEXO XXI

### CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO COM ELEMENTOS DE SEGURANÇA



## ANEXO XXII

### CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO: CRM DIGITAL (POLICARBONATO)

CFM - Conselho Federal de Medicina -2 - 30.06.11 - 06

#### FRENTE

##### Anti-Stokes

Tinta de segurança visível somente sob a incidência de luz infravermelha

##### Chip de Memória ou Microprocessado

Larga vida

Tolerante à extensa faixa de temperatura

##### OVI

Dependendo do ângulo em que o cartão é visto, a tinta muda de cor

##### Microletra como Linha

Microletra composta das palavras "Conselho Federal de Medicina"



Pant 3405

Pant 319

Pant 2756

OVI

CMYK Brasil

#### VERSO

##### Material

Material do cartão de alta resistência e durabilidade (polycarbonato). Especialmente preparado para o processo de gravação a laser

##### Fundo de Segurança

Fundo de segurança complexo composto de guilhotina, fundo numismático, duplex e microletra

##### Anti- Scanner



Pant 3405

Pant 2756

ANTISCANNER

INV STEL

##### Impressão em UV

Visível somente sob a incidência de luz ultravioleta

Composto por um estetoscópio

##### Microletra

Microletra composta das palavras "Conselho Federal de Medicina"

## **ANEXO XXIII**

# **CARTEIRA DE IDENTIDADE DE CONSELHEIRO (POLICARBONATO)**



## ANEXO XXIV

### FICHA DE COLETA DE DADOS BIOMÉTRICOS

#### Modelo emitido em Branco

 <b>CRMDigital - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA -</b> Comprovante de Solicitação	<b>CARTÃO DE IDENTIDADE</b>				
Dr(a) _____, registrado(a) neste CRM sob número _____, solicitou, em _____/_____/_____ a emissão do seu Cartão de Identidade de _____.					
 <b>CRMDigital - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA -</b> <b>FICHA DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL</b>					
Dr(a) _____. Estes são os dados que serão impressos em seu cartão CRMDigital. <b>Cumpre-nos alertá-lo de que, em caso de incorreção de dados, uma nova emissão de cartão poderá lhe gerar custos.</b> Por favor, informe-os, confirmando com sua assinatura ao final deste formulário.					
Data de Inscrição: _____/_____/_____ CPF: _____ Nome: _____ Filiação Mâe: _____ Filiação Pai: _____ Data de Nascimento: _____/_____/_____ Naturalidade: _____ Identidade no: _____ Emissor: _____ Título Eleitor: _____ Zona: _____ Seção: _____ (em caso de Conselheiro) - Mandato de: _____/_____ a _____/_____					
<input type="checkbox"/> Ciente que o e-mail informado é minha propriedade e utilização exclusiva. Após a aprovação da emissão do Certificado serão encaminhados para o e-mail indicado as instruções para a sua emissão, cabendo ao médico garantir o sigilo destas informações.					
<p><b>Foto 3x4</b> Fundo branco e recente</p> 	<p><b>ASSINATURA</b> Use caneta preta de ponta grossa. Respeite a área definida para evitar cortes na assinatura. - Altura 2,25 cm X Comprimento 9,4 cm</p> 				
<p style="text-align: right;">Válido 14/09/2017 - Teseus Assinatura</p>					
<b>MÃO DIREITA</b>	POLEGAR	INDICADOR	MÉDIO	ANELAR	MÍNIMO
	POLEGAR	INDICADOR	MÉDIO	ANELAR	MÍNIMO
<b>MÃO ESQUERDA</b>	POLEGAR	INDICADOR	MÉDIO	ANELAR	MÍNIMO
	POLEGAR	INDICADOR	MÉDIO	ANELAR	MÍNIMO

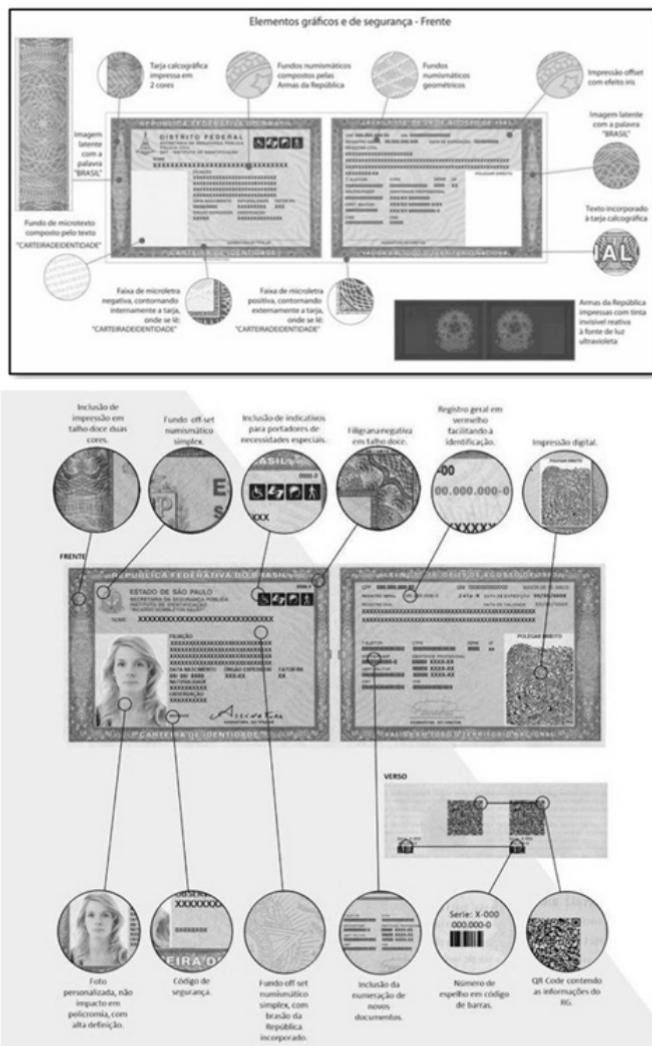
## Modelo emitido pelo CNM – Pré-médico

	<b>CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA-SE</b> <b>CRMDigital</b> Comprovante de Solicitação Dr. XXXXXXXXX-XXXXXX-XXXXXX registrado(a) neste CRM sob número 0006377, solicitou, em 22/10/2021, a emissão do seu Cartão de Identidade Médica.	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">carimbo/assinatura</div>																								
<b>CRMDigital - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA-SE</b> <b>FICHA DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL</b>																										
Dr. XXXXXXXXX-XXXXXX-XXXXXX																										
Estes são os dados que serão impressos em seu cartão CRMDigital. Cumpre-nos alertá-lo de que, em caso de incorreção de dados, uma nova emissão de cartão irá lhe gerar custos. Por favor, informe-os confirmando com sua assinatura ao final deste formulário.																										
<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>CRM: 0006377</td><td>Data de Inscrição: 08/01/2020</td><td>CPF: 00000000000</td></tr><tr><td>Nome: MARCELO DE BRITO VASCONCELOS</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Filiação Mãe: MARCELO DE BRITO VASCONCELOS</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Pai: MARCELO DE BRITO VASCONCELOS</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Data de Nascimento: 10/06/1986</td><td>Naturalidade: Porangatu-GO</td><td></td></tr><tr><td>RG: 621782</td><td>Estado: SSP-TO</td><td>Título de Eleitor: 00036293672798</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Zona: 0009 Seção: 0224</td></tr><tr><td colspan="3">Email: soueu@estouaqui.com.br</td></tr></table>			CRM: 0006377	Data de Inscrição: 08/01/2020	CPF: 00000000000	Nome: MARCELO DE BRITO VASCONCELOS			Filiação Mãe: MARCELO DE BRITO VASCONCELOS			Pai: MARCELO DE BRITO VASCONCELOS			Data de Nascimento: 10/06/1986	Naturalidade: Porangatu-GO		RG: 621782	Estado: SSP-TO	Título de Eleitor: 00036293672798			Zona: 0009 Seção: 0224	Email: soueu@estouaqui.com.br		
CRM: 0006377	Data de Inscrição: 08/01/2020	CPF: 00000000000																								
Nome: MARCELO DE BRITO VASCONCELOS																										
Filiação Mãe: MARCELO DE BRITO VASCONCELOS																										
Pai: MARCELO DE BRITO VASCONCELOS																										
Data de Nascimento: 10/06/1986	Naturalidade: Porangatu-GO																									
RG: 621782	Estado: SSP-TO	Título de Eleitor: 00036293672798																								
		Zona: 0009 Seção: 0224																								
Email: soueu@estouaqui.com.br																										
<p><input type="checkbox"/> Cliente que o e-mail informado é minha propriedade e utilização exclusiva. Após a aprovação da emissão do Certificado serão encaminhados para o e-mail indicado as instruções para a sua emissão, cabendo ao médico garantir o sigilo destas informações.</p>																										
<p style="text-align: center;"><b>ASSINATURA</b> Use caneta preta de ponta grossa. Respeite a área definida para evitar cortes na assinatura. - Altura 2,25 cm X Comprimento 9,4 cm</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>																										
<p style="text-align: right; font-size: small;">Versão 30/05/2017 - Versão 01 Assinatura</p>																										
<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 20%; text-align: center;">MÃO DIREITA</td><td style="width: 20%; text-align: center;">POLEgar</td><td style="width: 20%; text-align: center;">INDICADOR</td><td style="width: 20%; text-align: center;">MÉDIO</td><td style="width: 20%; text-align: center;">ANELAR</td><td style="width: 20%; text-align: center;">MÍNIMO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>POLEgar</td><td>INDICADOR</td><td>MÉDIO</td><td>ANELAR</td><td>MÍNIMO</td></tr></table>			MÃO DIREITA	POLEgar	INDICADOR	MÉDIO	ANELAR	MÍNIMO								POLEgar	INDICADOR	MÉDIO	ANELAR	MÍNIMO						
MÃO DIREITA	POLEgar	INDICADOR	MÉDIO	ANELAR	MÍNIMO																					
	POLEgar	INDICADOR	MÉDIO	ANELAR	MÍNIMO																					
<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 20%; text-align: center;">MÃO ESQUERDA</td><td style="width: 20%; text-align: center;">POLEgar</td><td style="width: 20%; text-align: center;">INDICADOR</td><td style="width: 20%; text-align: center;">MÉDIO</td><td style="width: 20%; text-align: center;">ANELAR</td><td style="width: 20%; text-align: center;">MÍNIMO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>POLEgar</td><td>INDICADOR</td><td>MÉDIO</td><td>ANELAR</td><td>MÍNIMO</td></tr></table>			MÃO ESQUERDA	POLEgar	INDICADOR	MÉDIO	ANELAR	MÍNIMO								POLEgar	INDICADOR	MÉDIO	ANELAR	MÍNIMO						
MÃO ESQUERDA	POLEgar	INDICADOR	MÉDIO	ANELAR	MÍNIMO																					
	POLEgar	INDICADOR	MÉDIO	ANELAR	MÍNIMO																					

## ANEXO XXV

### PROCESSO DE VALIDAÇÃO DE DOCUMENTOS CIVIS E MILITARES

• RG



## • CNH

**Validar CNH**

CNH com Código de Segurança válido.

**Informações da CNH**

CPF do Condutor  
Nome do Registrado  
Nome do Poderoso CNH  
Código de Segurança  
Nome do Condutor  
Nome da Mão  
Categoria  
Data de Emissão  
Validade

[Validar Consulta](#) [Novo Consulta](#)

**Validar CNH**

Código de segurança  para essa CNH

**CNH Vencida, sem emissão posterior, podendo prosseguir com a emissão normalmente.**

**Validar CNH**

Código de segurança para identificação do condutor, para [verificar](#) para condução de veículos, e [verificar](#) se o condutor é apto.

**Para esse Status de consulta poderá ser aceito**

**Validar CNH**

Código de segurança válido e não vencida, podendo ser identificado nesse CNH [verificar](#) se o documento é válido e válido.

**Consulta Denatran poderá apresentar os seguintes STATUS:**

**CNH Vencida, sem emissão posterior, podendo prosseguir com a emissão normalmente.**

**CNH Vencida, sem emissão posterior, podendo prosseguir com a emissão normalmente.**

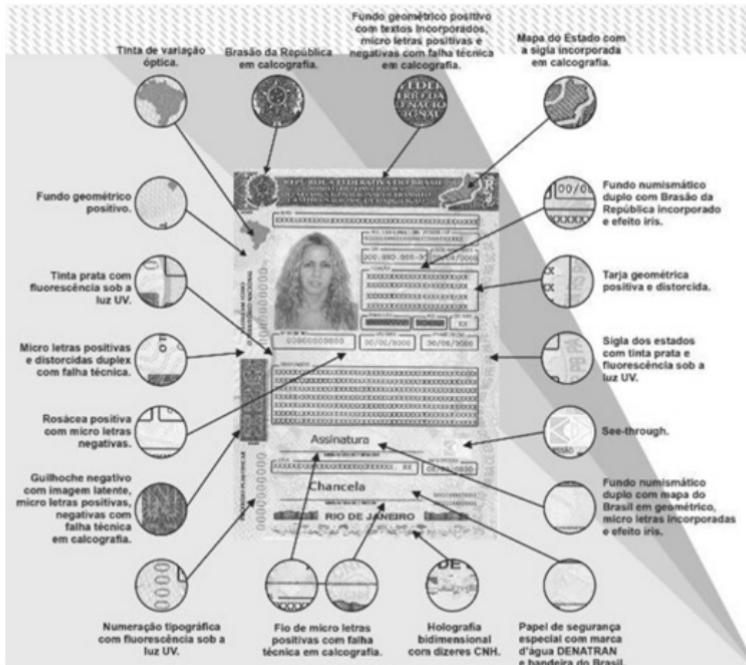
**Para esse Status de consulta poderá ser aceito**

**Validar CNH**

Código de segurança válido e não vencida, podendo ser identificado nesse CNH [verificar](#) se o documento é válido e válido.

Quando a consulta da CNH informar que o documento é válido, mas que há uma emissão posterior à apresentada, é necessário questionar o cliente quanto a esse documento. Caso o cliente já o tenha, será necessário fazer a emissão com o novo documento, além de uma nova consulta. Caso contrário, se o cliente ainda não estiver em posse da nova CNH, o documento apresentado poderá ser utilizado para a emissão do certificado digital.

**Link para consulta:** <https://portal.servicos.denatran.servico.gov.br/#/logout>



O documento deverá ter papel com marca d'água, imagens secretas, tintas especiais de variação ótica e fluorescente, só visível sob luz negra. Os itens de segurança incluem também elementos em relevo e em microimpressão, além de um fundo mais amarelado para o documento. Além desses requisitos, a resolução ordena que o documento possua dois números de identificação nacional e um número de identificação estadual, que são:

## Registro Nacional; número do espelho da CNH; número do formulário de Registro Nacional de Condutores Habilitados (Renach).

- 1) Foto do motorista:** colorida e impressa por sistema de não impacto, sem relevo, com alta definição. No fundo da fotografia a imagem do portador é mesclada por meio de "scanner" onde se pode ler a expressão "Carteira Nacional de habilitação".
- 2) Impressão de dados do Motorista:** não é feita por impressão de impacto, ou seja, não é sentida pelo tato e é efetuada em duas cores: preto e vermelho.
- 3) Delacrome:** é uma película plástica existente em uma única face da CNH que protege os dados impressos.
- 4) Fios em Negrito:** presentes na tarja lateral da face frontal da CNH e inseridos em relevo e desta forma passíveis de verificação a olho nu ou tato.
- 5) Talho-Doce Positivo:** impressão em relevo em vários pontos da CNH, dentro os quais o Brasão da República e no texto "República Federativa do Brasil".

### • CNH DIGITAL



**Link para baixar o Aplicativo de celular:**  
<https://www.loja.serpro.gov.br/vio/aplicativo/index.html#o-que>

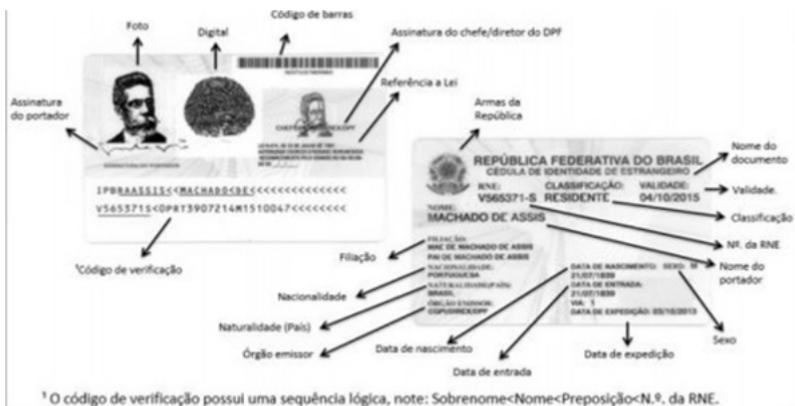
## • CRNM

A Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM) é o documento físico de identificação de estrangeiros registrados no Brasil, válido em todo o território nacional, ou seja, é a Carteira de Identidade para estrangeiros. Dessa forma, ela veio para substituir a antiga Carteira de Identidade Estrangeira (CIE), após a ratificação da Lei de Migração, de 24 de maio de 2017.



## • RNE

A Cédula de Identidade do Estrangeiro (CIE) é a antiga Carteira de Identidade Estrangeira (CIE), documento que atesta a identidade de indivíduos estrangeiros com residência temporária ou permanente no território nacional, emitido pelo Departamento de Polícia Federal.



<sup>1</sup> O código de verificação possui uma sequência lógica, note: Sobrenome<Nome<Preposição<N.º, da RNE.

## CONSULTA CPF

### LINK DE INTERNET:

<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasi-tuacao/consultapublica.asp>


Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante de Situação Cadastral no CPF
Nº do CPF: 107.134.297-55
Nome: JULIO AGUIAR CAETANO DA SILVA
Data de Nascimento: 25/10/1985
Situação Cadastral: REGULAR
Data da Inscrição: 20/05/2002
Dígito Verificador: 00
Comprovante emitido às: 09:35:06 do dia 03/08/2021 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: A1D3.26ED.729C.419D

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"

## Comprovante de Situação Cadastral no CPF fora do AR

O site da Receita Federal, vem apresentando instabilidade para consultas de CPF.



Diante disso, reforçamos a utilização do site “Situação Cadastral” para consultar o CPF do responsável pelo certificado digital.

## Comprovante de Situação Cadastral no CPF fora do AR



Link para consulta: <https://www.situacao-cadastral.com/>

- Verifique a Situação cadastral, faça o Download do arquivo, e anexe ao Dossiê.

## **PROVA DE REGULARIDADE MILITAR**

O artigo 74 da Lei do Serviço Militar (Lei nº 4375/1964) estabelece que nenhum brasileiro entre 19 e 38 anos de idade poderá, sem fazer prova de que está em dia com suas obrigações militares, dentre outros itens, obter carteira profissional, ou inscrição para o exercício de qualquer função.

Constituem prova de regularidade militar:

- a) Certificado de Alistamento, nos limites de sua validade;
- b) Certificado de Reservista;
- c) Certificado de Isenção;
- d) Certificado de Dispensa de Incorporação.\*

No que concerne ao Certificado de Dispensa de Incorporação, este deverá ser revalidado pela Região Militar respectiva. Para fins de inscrição no CRM, não será aceito o certificado de Dispensa de Incorporação emitido por ocasião da apresentação aos 18 anos, pois ao ingressar na Faculdade de Medicina sua situação militar passou a ser regida pela lei nº 5292/1967.

(\*) Nesse caso, o documento comprobatório deve ser o Certificado de Dispensa de Incorporação – Especial ou Certificado de Dispensa de Incorporação com data posterior a data de formatura do médico.

O médico recém-formado poderá apresentar também uma declaração de que está em dia, mas não quite com o Serviço Militar. A declaração é emitida pela Seção de Serviço Militar ou pelo Presidente da Comissão de Seleção Especial MFDV, devendo ser observada sua validade.

## DOCUMENTOS QUE CONSTITUEM PROVA DE QUITAÇÃO COM O SERVIÇO MILITAR OBRIGATÓRIO NA CONDIÇÃO DE MÉDICO:

- a) Certificado de Alistamento Militar, nos limites de sua validade



**MINISTÉRIO DA DEFESA**

**Tipo de Documento:** Certificado de Alistamento Militar

**RA:** 00.000.000000.0 **CPF:** 000.000.000.00

**Nome:** NOME DO CIDADÃO

**Filiação:** NOME DA MAE DO CIDADÃO  
NOME DO PAI DO CIDADÃO

**Local e Data de Nascimento:**  
CIDADE NATAL - ESTADO  
00/00/0000

**Situação:**  
Consulte sua situação no sítio: <http://www.alistamento.eb.mil.br>

**Informações:**  
Válido com a apresentação do documento de identidade.

Expedido(a) em: 00/00/0000

**CÓDIGO DE AUTENTICAÇÃO DO EXÉRCITO**

b) Certificado de Reservista

 <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>CERTIFICADO DE RESERVISTA DE 1<sup>ª</sup> CATEGORIA</b>  <small>MONTEVIDÉU DO ESTREITO</small>  <small>25 de Agosto de 1945</small> </p>	
<p style="text-align: center;"><b>CERTIFICADO DE RESERVISTA DE 1<sup>ª</sup> CATEGORIA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Nº</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">_____</span> <b>SÉRIE C</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">_____</span></p>	
<p><b>Carácter que</b>  <b>Nascido a</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">_____</span> <b>Residência</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">_____</span> <b>Profissão</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">_____</span></p> <p><b>Nínia de</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">_____</span> <b>de</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">_____</span></p> <p><b>O reservista de 1<sup>ª</sup> categoria, ficando relacionada assim:</b></p> <p><b>Identificação:</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">_____</span> <b>Nº de Regime:</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">_____</span> <b>Reservista</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">_____</span></p> <p><b>Altura</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">_____</span> <b>Córs</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">_____</span> <b>Outros</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">_____</span></p> <p><b>Cabeça</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">_____</span> <b>Tipo Sangüíneo</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">_____</span></p> <p><b>Sinais particulares</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">_____</span></p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">(Assinatura do Testemunha)</p>	
	

CERTIFICADO DE RESERVISTA DE 2 <sup>ª</sup> CATEGORIA	
MINISTÉRIO DA DEFESA	
SÉRIE A	
CIM N.º	
SÉRIE A	
<p>Certifico que          Nascido a: _____ (Mês) _____ (Ano) _____ (Ano)          Filho de _____          e de _____          é reservista de 2<sup>ª</sup> categoria, ficando relacionado como          na Reserva.</p>	
Identificação: N.º de Registro _____ Altura: Cítris: Olhos: _____ Cabeleira: Tipo Sangüíneo: _____ Nomes parentes: _____	
Assinatura: _____	

c) Certificado de Isenção

d) Certificado de Dispensa de Incorporação\*

  <b>Validade</b> INDETERMINADA	  <b>Validade</b> INDETERMINADA
<b>MINISTÉRIO DA DEFESA</b>	
<b>Tipo de Documento</b> Certificado de Dispensa de Incorporação	
<b>RA</b> 00.000.000000.0	<b>CPF</b> 000.000.000.00
<b>Nome</b> NOME DO CIDADÃO	
<b>Filiação</b> NOME DA MÃE DO CIDADÃO NOME DO PAI DO CIDADÃO	
<b>Local e Data de Nascimento</b> CIDADE NATAL - RS 16/06/1997	
<b>Situação Serviço Militar</b> "por ter sido incluído no excesso do contingente"	
<b>Informações Complementares</b> Válido com a apresentação do documento de identidade.	
 <b>Expedido(a) em:</b> 00/00/2018	
<b>Nome do Delegado de Serviço Militar</b> Delegado Svc Militar	
<b>Código de Autenticação do Exército</b>	
 <b>Expedido(a) em:</b> 00/00/2018	
<b>Nome do Delegado de Serviço Militar</b> Delegado Svc Militar	
<b>Código de Autenticação do Exército</b>	

\* Documento deve ser aceito se expedido com data posterior a data de **FORMATURA** do médico.



Atenção: os certificados de dispensa de incorporação expedidos com data de expedição anterior à data de formatura do médico não constituem prova de quitação com o serviço militar obrigatório na condição de médico.

## ANEXO XLV

### VALIDAÇÃO DE DIPLOMAS ELETRÔNICOS

**Validação de conformidade de diplomas emitidos por meio digital pelas instituições de Ensino Superior (IES) pertencentes ao Sistema Federal de Ensino.**

#### **Portaria MEC nº 554, de 11 de março de 2019**

#### **Considerações sobre a regulação**

A portaria dispõe sobre a emissão e o registro de diplomas de graduação por meio digital pelas instituições de ensino superior (IES) pertencentes ao Sistema Federal de Ensino, nos seguintes termos:

**Art. 2º** As IES públicas e privadas pertencentes ao Sistema Federal de Ensino deverão implementar a emissão e o registro dos diplomas de seus cursos de graduação por meio digital, nos termos desta Portaria.

§ 1º O Diploma Digital é aquele que tem sua existência, sua emissão e seu armazenamento inteiramente no meio digital, e cuja validade jurídica é presumida mediante a assinatura com certificação digital e carimbo de tempo na Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira – ICP-Brasil, conforme os parâmetros do Padrão Brasileiro de Assinaturas Digitais – PBAD e o uso dos demais dispositivos fixados nesta Portaria.

**No parágrafo acima, destacamos que o Diploma Digital “é aquele que tem sua existência, sua emissão e seu armazenamento inteiramente no meio digital e assinatura com certificação digital e carimbo de tempo na Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira – ICP-Brasil”. Além disso, o art. 6º estabelece que o diploma digital será emitido no formato *extensible markup language (XML)*. Assim sendo, podemos afirmar que todo diploma digital original segue o formato XML, e é assinado com certificado digital – padrão ICP-Brasil.**

**Art. 6º** O Diploma Digital deve ser emitido no formato Extensible Markup Language – XML, valendo-se da assinatura eletrônica avançada no padrão XML Advanced Electronic Signature – XAdES.

**Na Portaria, o § 2º do art. 2º define que ao diploma digital aplica-se a mesma legislação federal vigente que regula a emissão e o registro de diplomas:**

§ 2º Aplica-se ao Diploma Digital a mesma legislação federal vigente que regula a emissão e o registro do Diploma.

#### **Considerações sobre a validação de diploma digital (e-Diploma)**

O diploma digital oferece todas as condições para sua validação com segurança, todavia, deve-se estar atento aos procedimentos que devem ser seguidos.

No art. 7º da Portaria, estabelece-se que o diploma digital deve dispor de uma representação visual que zele pela exatidão e fidedignidade das informações do XML. Todavia, em seu § 1º, resalta-se que a representação visual não substitui o diploma digital no padrão XML.

**Art. 7º** A representação visual do Diploma Digital deve zelar pela exatidão e fidedignidade das informações prestadas no XML do Diploma Digital, garantindo a qualidade da imagem e a integridade de seu texto bem como possibilitando ao diplomado exibir, compartilhar e armazenar esta imagem.

§ 1º A representação visual disposta no caput não substitui o Diploma Digital no padrão XML.

Portanto, a validação de um diploma digital está centrada no XML gerado e assinado digitalmente, e a representação gráfica deverá conter mecanismos de acesso ao XML do diploma digital assinado.

§ 3º A representação visual deve conter mecanismos de acesso ao XML do Diploma Digital assinado, conforme previsto no art. 8º desta Portaria.

## PROCEDIMENTOS DE VALIDAÇÃO DO DIPLOMA DIGITAL (E-DIPLOMA)

**1º passo:** identificar na representação gráfica do diploma o número do código de verificação e o endereço web da faculdade de medicina para validação:

Exemplo:

Normalmente essa informação está no verso da representação gráfica de um diploma digital:



**2º passo:** acessar o endereço web para validação:

Exemplo: <https://servicos.unb.br/publico/#/validardiploma>



## Entendendo a sigla

O que é HTTPS: é a sigla em inglês para *hypertext transfer protocol secure*, que, em português, significa “protocolo de transferência de hipertexto seguro”. O HTTPS é a combinação dos protocolos HTTP e SSL (*secure sockets layers*, em inglês). Este protocolo aparece antes do endereço eletrônico (URL) do site que o usuário deseja acessar, garantindo que se trata de uma conexão de dados segura entre o computador do usuário e os servidores que abrigam os sites acessados.

Os sites que são acessados a partir de um protocolo de transferência de hipertexto seguro aparecem com o código “https://” antes do URL.

Fonte: <https://www.significados.com.br/https/>

**3º passo:** validação inicial do diploma digital:

Ao acessar o endereço web para validação (por exemplo, o da Universidade de Brasília), normalmente será apresentada a opção “Validar diploma”. Preencha as seguintes informações:



UnB | Universidade de Brasília

Fulano de Tal de Oliveira

## Validar Diploma

Nome \*

Fulano de Tal Oliveira

Digite o nome como aparece no diploma

Código de validação \*

FE1A0E2389D01C563BAAEFAAE4A92C95

O código de validação encontra-se no verso do diploma

Validar

- Digite o nome do médico como aparece no diploma;
- Digite ou cole o código de validação que se encontra no verso do diploma;
- Em seguida, clique em validar.

- Se o diploma for validado, será apresentada a seguinte mensagem:

## Diplomas Válidos

Nome: Hélio Milani Pegado

Curso: Medicina

Matrícula: 13/0075329

Grau: Médico



- Se o diploma não for identificado, no rodapé da página será apresentada a mensagem:

**Erro ao Recuperar diploma válido**

ou similar

**4º passo:** buscando e validando os documentos eletrônicos:

Após a validação do diploma no endereço web da faculdade, obter o diploma eletrônico em formato XML. Normalmente serão apresentadas as seguintes opções:

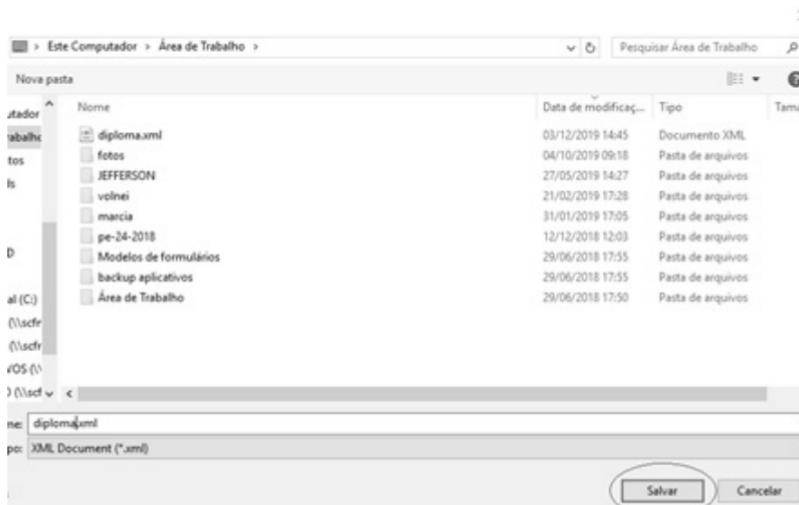
	<b>Portal de Conformidade do Diploma – MEC</b>	<b>Verifica a conformidade do Diploma (IN SESU Nº 1/2020 e suas alterações)</b>
	<b>Baixar PDF</b>	<b>Permite baixar a representação gráfica do diploma digital, sem valor legal.</b>
	<b>Baixar XML assinado</b>	<b>Permite baixar o diploma digital na sua versão digital e com validade legal.</b>

**5º passo:** obter e armazenar o diploma digital:

Procedimentos:

- Clique no botão “Baixar XML assinado”, escolha o diretório para armazenamento e clique no botão “Salvar”.

	<b>Baixar XML assinado</b>	<b>Permite baixar o diploma digital na sua versão digital e com validade legal.</b>
-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------



### Observações:

- Considerando o que estabelece a Portaria nº 554/2019 do MEC em seu art. 6º – “*O Diploma Digital deve ser emitido no formato Extensible Markup Language – XML, valendo-se da assinatura eletrônica avançada no padrão XML Advanced Electronic Signature – XadES*” –, podemos afirmar que o diploma digital é o XML assinado. Assim sendo, devemos baixar o XML assinado, fazer a validação e, em seguida, armazená-lo em um diretório local.

**6º passo:** validar o XML assinado e obter o relatório de validação:

Art. 8º Ficam definidos como mecanismos de acesso ao XML do diploma digital assinado, o código de validação e o código de barras bidimensional (Quick Response Code – QR Code).

§ 5º O Ministério da Educação desenvolverá e distribuirá aplicativo para leitura do QR Code, validação do XML e visualização dos dados do diplomado.

Acesse o link do MEC <https://validadordiplomadigital.mec.gov.br/> diploma que abre o Portal de Conformidade de Diploma.

Portal de Conformidade de Diploma. (IN SESU Nº 1 e suas alterações) <a href="https://validadordiplomadigital.mec.gov.br/diploma">https://validadordiplomadigital.mec.gov.br/diploma</a>	Validador disponibilizado de conformidade do diploma do MEC que permite: <ul style="list-style-type: none"><li>• Validação da Estrutura do Diploma Digital</li><li>• Validação dos Tipos de Assinaturas Digitais</li><li>• Validação de Conformidade das Assinaturas Digitais</li><li>• Validação da Integridade do Arquivo do Diploma Digital</li><li>• Código de Validação</li></ul>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Observe se o endereço WEB é seguro e pertencente ao MEC, verifique se tem o cadeado de “sítio” seguro.



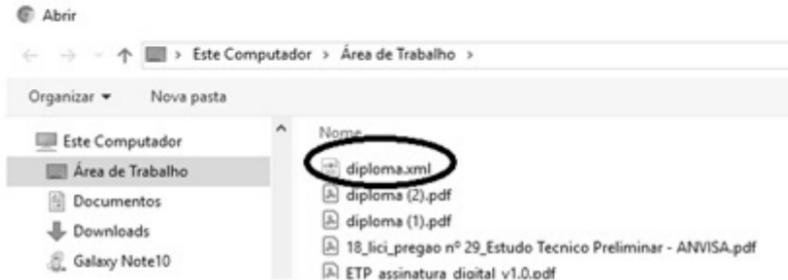
O portal de conformidade do Diploma é um serviço gratuito disponibilizado pelo MEC e pode aferir se o diploma é eletrônico é válido.

Procedimentos de verificação de conformidade:

1. Acesse o Portal de Conformidade do Diploma – MEC
2. Clique no botão “ESCOLHER ARQUIVO”. Essa opção vai abrir a árvore de diretórios de seu computador;



Árvore de diretórios



1. Selecione no diretório o arquivo DIPLOMA ELETRÔNICO (arquivo XML) que deseja verificar a conformidade.
2. Após selecionado o arquivo DIPLOMA ELETRÔNICO (arquivo XML) o Portal de Conformidade do Diploma (MEC), habilita o botão verificar.

**Verificar a conformidade do Diploma**  
 (IN SESU N°1/2020 e suas alterações)



Faça upload do arquivo .xml e depois clique em verificar.

 Escolher arquivo

 Verificar 

Versões suportadas: schemas XSD 1.05 e demais anteriores.

1. Selecione o botão “VERIFICAR” o validador inicial da análise do documento:

**Análise do documento**

 O processo de validação pode demorar alguns instantes



Verificando...

Conformidade da Estrutura       Tipos de Assinaturas Digitais  
 Conformidade das Assinaturas       Integridade do Arquivo

- O Validador do Diploma apresenta um relatório de conformidade que pode ser gerado a fim de ser anexado ao processo:

Diploma Digital em Conformidade



FRANÇO DE LAL DE OLIVEIRA  
Centro Universitário Tiradentes  
Medicina  
Conclusão em 02/12/2022

O documento apresenta conformidade com os requisitos técnicos verificados.

### Relatório da verificação

Verulio do XSD: 106

- Validação da Estrutura do Diploma Digital
  - Validação dos Tipos de Assinaturas Digitais
  - Validação de Conformidade das Assinaturas Digitais
  - Validação da Integridade do Arquivo do Diploma Digital
  - Código de Validação

Money verification

### *Saltwater redfish*



- Escolha a opção “SALVAR RELATÓRIO” e armazene o relatório no processo de inscrição do médico

Portal de Validação

<https://validation.oppo.com/digital.mmc.gov.tw>

PHILANTHRO

**Atenção:** Esse resumo não substitui o documento original como comprovação de validade, integridade, autenticidade e temporalidade.

Diploma Digital em Conformidade

fulano de Tal de Oliveira

Centro Universitario Tlaxcala  
Méjico

Concluído em 2022-12-03

© DOCUMENTS 2018 - 2020

#### Welches ist die Conformität die Einführung zu Anwenden

• [View more news](#)

## Variações dos Tipos de Assinaturas Digitais

### Resumen verificación

- Assinatura em Diploma
  - Assinatura em Diploma
  - Assinatura em Diploma

Validação da Conformidade das Assinaturas Digitais

### Series verification

- Caso o validador apresente alguma inconformidade e seu resultado seja de ‘DIPLOMA DIGITAL INVÁLIDO’ não poderá ser aceito como comprovante de graduação.



#### **7º passo:** procedimentos de controle:

Após a validação, obrigatoriamente, o arquivo XML assinado (o diploma digital) deve ser armazenado no CRM em área que possa ser relacionada ao médico.

- A representação gráfica do diploma pode ser armazenada, porém não é obrigatório fazê-lo.

# APÊNDICES

## CORREÇÕES E ATUALIZAÇÕES

### A ATUAL VERSÃO MPA-PF

#### **APÊNDICE 1 – PRIMEIRA INSCRIÇÃO (Pág. 21)**

Considerar o texto ajustado/complementado abaixo:

**Constituem prova de regularidade militar: Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964, Art. 75:**

- Certificado de Alistamento Militar, nos limites da sua validade.
- Certificado de Reservista: 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> categoria.
- Certificado de Isenção.
- Certificado de Dispensa de Incorporação (CDI) ou CDI-E deve ser emitido após a colação de grau. Para formados no exterior, a emissão deve ocorrer após a revalidação do diploma

#### **APÊNDICE 2 – PRIMEIRA INSCRIÇÃO (Pág. 24)**

Considerar o texto ajustado/complementado abaixo:

B. Validação do Comprovante de Graduação:

- II. O CRM deve solicitar às Instituições de Ensino Superior situadas em sua jurisdição a relação de formandos e publicá-la no Diretório Médico Digital (DMD).
- III. Somente poderão ser incluídas no DMD as Instituições de Ensino Superior e seus Campus que estejam devidamente registrados no Cadastro de Escolas Médicas mantidos pelo Conselho Federal de Medicina.
- IV. A ata deve ser assinada pelo funcionário do Conselho responsável pela validação e pelo responsável do curso de medicina da IES (Padrão ICP BRASIL ou gov.br).

- V. Verificar se o médico consta na relação de formandos da Ata de Colação de Grau enviada pela IES e publicada no DMD pelo CRM da jurisdição.
- VI. Caso o nome do médico não seja encontrado na relação de formandos da Ata de Colação de Grau deve o Regional da jurisdição realizar a confirmação de forma individual encaminhando um ofício à IES da qual o médico é egresso para confirmação e posteriormente publicá-la no DMD.
- Se houver indícios de falsificação da ata, a comunicação ao Regional correspondente deverá ser feita por e-mail e o referido Regional, que é responsável pela validação, deverá abrir o respectivo processo SEI.
- VII. Antes de dar andamento ao processo de inscrição, o funcionário do Conselho deve certificar-se de que o médico possui inscrição em outro Conselho (preferencialmente por meio do CPF), caso não possua, seguir com a inscrição.
- VIII. Após verificação, o diploma original poderá ser liberado e a cópia autenticada/digitalizada deverá fazer parte integrante do prontuário do médico, podendo ser dispensada a fixação de etiqueta no diploma.

### **APÊNDICE 3 – PRIMEIRA INSCRIÇÃO (Pág. 34)**

Considerar o texto ajustado/complementado abaixo:

#### **5. Observações e informações complementares:**

- b. Caso o médico não apresente o diploma de graduação no prazo de 120 dias, suas inscrições ativas deverão ter a situação alterada, automaticamente, de REGULAR para PENDENTE. Ultrapassando 240 dias (prazo + prorrogação) a inscrição deverá ser cancelada sem a necessidade de aviso.

## **APÊNDICE 4 – “INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA (TRANSFORMAÇÃO ou REINSCRIÇÃO” (Pág. 42 e 43) E “SECUNDÁRIA” (Pág. 60)**

Considerar o texto ajustado/complementado abaixo:

**Observação Importante:** no caso de os documentos apresentados pelo médico terem causado qualquer suspeita, deve ser mantido contato com o CRM de Origem e/ou com o CRM no qual o médico fez a primeira inscrição e se mesmo assim a dúvida ou suspeita persistir o próprio CRM de Destino em paralelo ao processo de inscrição poderá solicitar novas informações às faculdades.

## **APÊNDICE 5 – INSCRIÇÃO EM OUTRO CRM (Pág. 43)**

Considerar a inserção do item “Observações” abaixo:

**Observações:** Para fins de comprovação da existência da e-CPM em processo de confecção, poderá ser emitida a respectiva certidão no Sistema de Acompanhamento de Emissão de Documentos vigente. O médico também poderá apresentar a e-CPM exportada eletronicamente.

## **APÊNDICE 6 – NOME SOCIAL E ALTERAÇÃO DE GÊNERO (Pág.139)**

Inserção de tópico específico que trata dos procedimentos de inclusão de Nome Social e Alteração de Gênero nos sistemas do CRM.

### **1. NOME SOCIAL:**

Conforme Circular CFM 382/2022, o médico que assim desejar, poderá comparecer ao CRM e solicitar formalmente a inclusão de seu nome social no cadastro.

O CRM deverá proceder com a inclusão do nome social no campo destinado a este fim no sistema médico e coletar a biometria atualizada com o referido nome.

O CRM emite a taxa de cédula de identidade médica e solicita o CRM Digital atualizado.

## **2. ALTERAÇÃO DE GÊNERO:**

O médico comparece ao CRM, portando a Certidão de Nascimento e os documentos civis retificados e solicita formalmente a alteração no cadastro do CRM.

O CRM procede com a alteração do Nome Civil e do Gênero, atualiza os documentos civis e realiza a coleta da nova biometria.

Emite a taxa de cédula de identidade médica e de carteira profissional e solicita ambos os documentos.

## **APÊNDICE 7 – INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA, TRANSFORMAÇÃO OU REINSCRIÇÃO (Pág. 36)**

### **PROCEDIMENTOS NO CRM DE ORIGEM**

Considerar a inclusão/ajuste de itens abaixo do item 5:

6. O médico com registro de consultório privado deve solicitar a baixa ao transferir sua inscrição.
7. Se o médico responder a uma ou mais sindicâncias ou PEP, ele não poderá solicitar transferência para outra jurisdição.

## **APÊNDICE 8 – INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA, TRANSFORMAÇÃO OU REINSCRIÇÃO (Pág. 39)**

Considerar a inclusão do tópico “IMPORTANTE”, abaixo descrito:

### **PROCEDIMENTOS NO CRM DE DESTINO**

#### **IMPORTANTE: (Transformação automática)**

Caso o médico tenha inscrição SECUNDÁRIA ativa no CRM de destino não será necessário solicitar sua transformação, a transferência será registrada automaticamente na e-CPM (Carteira Profissional de Médico eletrônica), caso o médico deseje

anotação na CPM - Carteira Profissional de Médico BOX deverá apresentá-la para registro.

## **APÊNDICE 9 – INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA, TRANSFORMAÇÃO OU REINSCRIÇÃO (Pág. 37)**

Considerar o texto ajustado/complementado abaixo:

### **PROCEDIMENTOS NO CRM DE ORIGEM**

#### **Caso o médico já possua inscrição secundária na unidade da jurisdição:**

O Médico deverá solicitar a regularização no prazo de 15 (quinze) dias após a comunicação, sob pena de voltar à condição de inscrição principal ativa, com consequente cobrança de anuidade.

## **APÊNDICE 10 – INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA, TRANSFORMAÇÃO OU REINSCRIÇÃO (Pág. 43)**

### **8. Informações complementares**

Considerar a inserção do item descrito abaixo:

Caso o profissional não possua a CPM por motivo de extravio ou roubo, deverá apresentar o Boletim de Ocorrência pertinente para que o CRM de origem ou de Destino emita a segunda via.

## **APÊNDICE 11 – APRESENTAÇÃO DA CARTEIRA PROFISSIONAL PARA TODOS OS PROCEDIMENTOS**

Texto sugerido sobre a CP a ser aplicado em todos os procedimentos:

### **Apresentação de CPM**

- Se o médico possuir a e-CPM (Carteira Profissional de Médico - Eletrônica) a apresentação da versão física fica dispensada.

- Caso o médico deseje anotação na CPM - Carteira Profissional de Médico versão física - (BOX) deverá apresentá-la para registro;

## **APÊNDICE 12 – LICENÇA TEMPORÁRIA PARA ESTUDANTES FORMADOS NO EXTERIOR (Pág. 90)**

### **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS (ORIGINAL E CÓPIA)**

Considerar a exclusão do “item VI. Comprovante de posse de recursos suficientes para manutenção em território brasileiro durante o período de treinamento”.

## **APÊNDICE 13 – REGISTRO DE QUALIFICAÇÃO DE ESPECIALISTA POR MEDIDA LIMINAR (Pág.108)**

Considerar a inserção dos procedimentos abaixo descritos:

Registro de Qualificação de Especialista (RQE) concedido provisoriamente em cumprimento de medida liminar ou sentença judicial não transitada em julgado, desfavorável aos Conselhos Regionais de Medicina ou a terceiros, deve seguir os mesmos padrões da inscrição provisória em relação a providências e controles.

Para esses registros, deve-se marcar no CNM, na aba ESPECIALIDADE, uma das opções abaixo no campo “Tipo de Documento”:

- ( ) Medida Liminar em Mandado de Segurança
- ( ) Ordem Judicial

## **APÊNDICE 14 – CAPTURA DE DADOS BIOMETRICOS DIGITAIS (Pág.31 e 32)**

### **B. DIGITAIS**

Deverão ser capturados as pinças (polegar e o indicador) das mãos direita e esquerda. Nos casos em que a coleta

do(s) dedo(s) não for possível ou quando existirem alguma(s) anomalia(s), deverá ser indicado o motivo do impedimento.

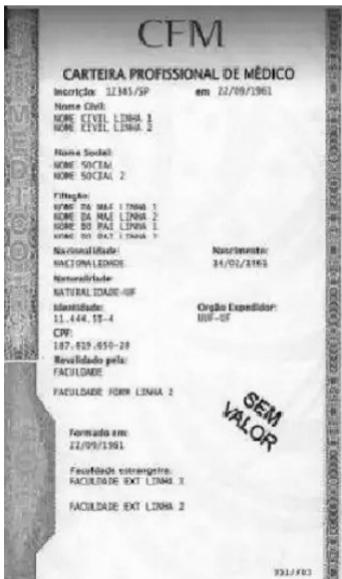
## B. DIGITAIS

Deverão ser coletadas na ficha *offline* as pinças (polegar e o indicador) das mãos direita e esquerda. Nos casos em que acoleta do(s) dedo(s) não for possível ou quando existirem alguma(s) anomalia(s), deverá ser indicado o motivo do impedimento.

## APÊNDICE 15 – ALTERAÇÃO DO LAYOUT DA COM PARA INCLUSÃO DA DATA DE REVALIDAÇÃO DO DIPLOMA (Pág.146)

Considerar o modelo atual e a inserção da informação da data de revalidação do diploma:

Modelo atual:



Informações que deverão constar no modelo novo:

**CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO**

Inscrição: Em:

Nome Civil:

Nome Social:

Filiação

Nacionalidade: Nascimento

Naturalidade:

Identidade: Órgão Expedidor:

CPF:

Formado por:

Formado em:

Revalidado por:

Revalidado em:

**APÊNDICE 16 – EXCLUSÃO DA CARTEIRA DE TRABALHO E DO PASSAPORTE DA RELAÇÃO DE DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO (Retirado da exigência de documentos civis)**

Considerar a exclusão da Carteira de Trabalho e do Passaporte como documentos aceitos de identificação.

**APÊNDICE 17 – ALTERAÇÃO DO TERMO EME (ESTUDANTE MÉDICO ESTRANGEIRO) PARA EMFE (ESTUDANTE MÉDICO FORMADO NO EXTERIOR. (Em todos os pontos do manual)**

Onde constar no manual EME – Estudante Médico Estrangeiro, considerar como correto o termo EMFE – Estudante Médico Formado no Exterior.

## APÊNDICE 18 – ANEXO VII-D – MODELO DE ETIQUETA E HISTÓRICO e-CPM: TRANSFERÊNCIA COM TRANSFORMAÇÃO DO TIPO DE INSCRIÇÃO

Considerar a inclusão do modelo e do texto do histórico abaixo

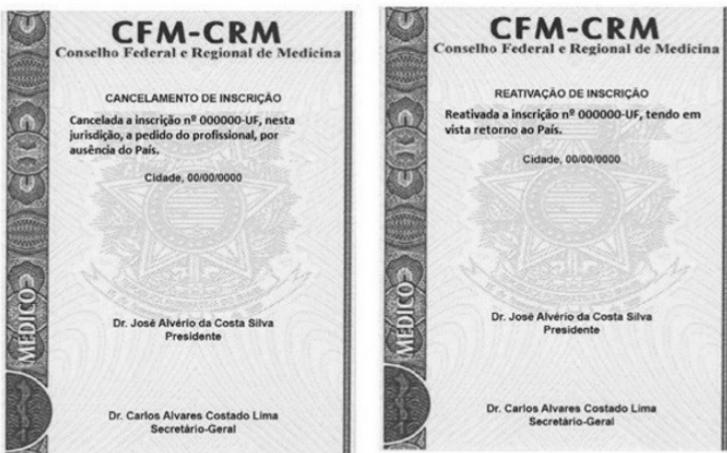


### TRANSFORMAÇÃO DE SECUNDÁRIA EM PRINCIPAL

00/00/0000 – Obteve a transformação da sua INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA para PRINCIPAL no Conselho Regional de Medicina – UF, permanecendo com seu número de inscrição: 00000-UF, de acordo com o artigo 18, parágrafo 2º da Lei 3.268, de 30/09/1957.

## APÊNDICE 19 – ANEXO VII-E – MODELO DE ETIQUETA E HISTÓRICO e-CPM: CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO – AUSÊNCIA DO PAÍS E REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO – RETORNO AO PAÍS

Considerar a inclusão do modelo e do texto do histórico abaixo:



### Texto do histórico na CPM: Seção Inscrição

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO – A pedido do profissional – Viagem ao exterior	REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO – Retorno ao país
00/00/0000 – Cancelou, a pedido, sua INSCRIÇÃO PRINCIPAL no Conselho Regional de Medicina – UF sob o número 00000-UF, em razão de viagem ao exterior.	00/00/0000 – Efetivou a REATIVAÇÃO DA INSCRIÇÃO no Conselho Regional de Medicina – UF sob o número 00000-UF, tendo em vista retorno ao país.

## APÊNDICE 20 – ANEXO – MODELO CERTIDÃO DE DÉBITOS – INSCRIÇÃO INATIVA



### CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

#### Certidão Negativa de Débitos

CERTIFICAMOS, para os devidos fins, que o(a) Dr.(a) **MEDICO 5211/DF** esteve inscrito(a) neste CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL CRM-DF, sob o nº. 5211, e atualmente encontra-se inativo(a) no estado e quite com a tesouraria.



Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação 31703086a249a5a584d5b1db6a0f94f249ff86e2

Emitida eletronicamente via internet em 17/11/2025

## **APÊNDICE 21 – BOAS PRÁTICAS: TRATAMENTO DE SOLICITAÇÕES REPRESADAS NO ACV (Acompanhamento do CRM Virtual)**

Este tópico sugere o estabelecimento de um padrão de tempo de espera e de como tratar as pendências não sanadas pelos médicos quando de solicitações realizadas por meio do CRM Virtual.

1. Solicitações diversas que envolvem cobrança de taxa, por exemplo, averbação e 2<sup>a</sup> via de documentos:
  - I. A taxa não foi paga - o CRM deverá comunicar a pendência ao médico e aguardar o pagamento da taxa por 30 dias. Caso não haja a quitação, cancelar o serviço, solicitar ao setor responsável a remoção da taxa gerada e comunicar ao médico o cancelamento.
  - II. Taxa do serviço foi paga, mas havia a necessidade de comparecimento do médico no CRM para finalização do serviço ou havia pendência documental - o CRM deverá comunicar a pendência ou a necessidade de comparecimento do médico e aguardar 30 dias para conclusão. Caso o médico não compareça ou não sane a pendência, cancelar o serviço e orientar que o médico poderá solicitar o ressarcimento da taxa paga.
2. Solicitações diversas, que não envolvem cobrança de taxa, por exemplo, PCMSO, Consultório Privado, entre outras:
  - I. Havendo pendência documental para a finalização da solicitação, o CRM deve comunicar ao médico. Após 30 dias, não sanada a pendência, o CRM cancela a solicitação e comunica ao médico.

**Obs.:** As observações acima não se aplicam ao tipo de protocolo pré-inscrição.

## APÊNDICE 22 – BOAS PRÁTICAS: PROCEDIMENTO PADRÃO E FLUXO PARA O CANCELAMENTO/ANULAÇÃO DE RQE E DE INSCRIÇÃO

Este tópico trata de sugestão de fluxo para realização de Processo Administrativo (PA) para cancelamento/anulação de registro médico ou registro de especialidade em conflito com o interesse do médico, ou seja, contrariando a vontade do médico em mantê-lo ativo/válido.

<b>Fluxo de Cancelamento/Anulação de Registro/RQE</b>	
Setor de Registro	Setor de registro recebe demanda externa com identificação de possível não conformidade ou identifica situação passível de cancelamento/anulação, analisa e revisa a demanda, verifica existência de débitos, PCMSO ativo, função ativa em PJ, PEP/Sindicância em andamento.
Secretaria*	Encaminha para a Secretaria responsável pela área de registro para ciência e providências para abertura de PA.
Diretoria	Reunião de Diretoria com o objetivo de apreciar a demanda e decidir pela abertura de PA. Em seguida, indica a emissão de Portaria de instauração do PA, designando um Conselheiro Relator para acompanhar os trabalhos.
Conselheiro Relator Nomeado	Conselheiro Relator recebe os autos do PA e determina a notificação do médico, encaminhando ao setor de registro.
Setor de Registro	O setor de Registro encaminha a notificação do PA ao médico estipulando o prazo de 10 dias para sua defesa escrita. Realiza a juntada da resposta ou certifica ausência de resposta no prazo legal.
Secretaria	Recebe os autos do processo com toda documentação acostada e encaminha para Assessoria Jurídica.

Assessoria Jurídica	Analisa a legalidade e regularidade do processo, inclusive questões preliminares ao mérito. Emite Nota Técnica acerca da regularidade da tramitação e relatório fundamentado com questões normativas e aspectos legais, encaminhando ao Conselheiro Relator.
Conselheiro Relator Nomeado	Aprecia a Nota Técnica da Assessoria Jurídica e emite o Relatório Final com considerações pertinentes com indicação pelo cancelamento/anulação ou pelo arquivamento, encaminhando para reunião de Diretoria.
Diretoria	A Diretoria decide pelo cancelamento/ anulação ou pelo arquivamento e encaminha para o setor de registro para providências.
Setor de Registro	O setor de Registro procede conforme indicado pela Diretoria e notifica o médico da decisão e possibilidade de recurso, se for o caso.

\* A Secretaria responsável pela área cartorial pode variar conforme o Regional, a ser definida em Regimento Interno.

