



Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás,

A empresa _____
_____, com designação de fantasia _____,
inscrição no CNPJ/MF nº _____._____._____/_____-_____, situada à _____
_____,
CEP _____._____-_____, no município de _____, no
estado de Goiás, vem através de seu responsável técnico(a) Dr(a).
_____, CREMEGO nº _____, de
acordo com o dispositivo na Lei nº 6.839/80 e na Resolução 1980/2011, requerer a V.S.^a:

- Inscrição de Pessoa Jurídica
- Registro de Alteração Contratual
- Resposta ao Ofício Nº _____._____/_____._____
- Substituição do Responsável Técnico
- Certidão de Responsabilidade Técnica
- Renovação de Certificado
- Cancelamento de Inscrição de Pessoa Jurídica
- Outros: _____

**Nesses Termos
Pede Deferimento**

“Art. 7º - A alteração de quaisquer dos dados deverá ser comunicada ao CRM competente, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de sua ocorrência, sob pena de procedimento disciplinar envolvendo o médico responsável técnico.” (Resolução CFM 1.980/2011)

_____, GO em ____/____/____.

Assinatura do Responsável Técnico

CONTATO: _____

TELEFONE: () _____ - _____