



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

REQUERIMENTO – PESSOA JURÍDICA



OBJETIVO DESTE REQUERIMENTO <input type="checkbox"/> Certidão de Responsabilidade Técnica <input type="checkbox"/> RDC 185/2001 <input type="checkbox"/> Certidão de Alteração Contratual <input type="checkbox"/> Alteração de Diretor Técnico/Clínico <input type="checkbox"/> Alteração de Razão Social <input type="checkbox"/> Alteração de Endereço <input type="checkbox"/> 2º Via de Cert. de Reg. de Estabelecimento <input type="checkbox"/> Renovação de Cert. Reg. de Estabelecimento <input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Retificação/Alteração de Folha de Contrato <input type="checkbox"/> Alteração de Contrato Social <input type="checkbox"/> Certidão de Resp. Técnica PGRSS <input type="checkbox"/> Certidão de Resp. Técnica PRG <input type="checkbox"/> Outros (Especificar no espaço abaixo)	Nº DE REG. DO ESTABELECIMEN.	PARA USO EXCLUSIVO DO SAP			
	Nº DE INSCRIÇÃO NO CNPJ/MF	PARA USO EXCLUSIVO DO SDR			
	ESTABELECIM. A QUE SE REFERE <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Matriz <input type="checkbox"/> Filial sem capital <input type="checkbox"/> Filial com capital <input type="checkbox"/> Filial com matriz em outra UF	PARA USO EXCLUSIVO DO TSE			
	<table border="1"><tr><td>Nº DE MÉDICOS NO CORPO CLÍNICO</td><td></td></tr><tr><td>Nº DE LEITOS NO ESTABELECIMENTO</td><td></td></tr></table>	Nº DE MÉDICOS NO CORPO CLÍNICO		Nº DE LEITOS NO ESTABELECIMENTO	
Nº DE MÉDICOS NO CORPO CLÍNICO					
Nº DE LEITOS NO ESTABELECIMENTO					

RAZÃO SOCIAL			
NOME FANTASIA			
NOME DO MANTENEDOR (RAZÃO SOCIAL, ESTABELECIMENTO PROPRIETÁRIO OU MATRIZ)	Nº DE REG. DA MATRIZ		
ENDEREÇO COMPLETO DO ESTABELECIMENTO (RUA, AVENIDA, PRAÇA, ANDAR, SALA, CONJUNTO, ETC)			
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
TELEFONES (COM DDD)		ENDEREÇO ELETRÔNICO	
NATUREZA JURÍDICA (EX: S/A, S/C P/ QUOTAS, ETC.)		TIPO DE ESTABELECIMENTO (EX: CLÍNICA, LABORATÓRIO)	
CAPITAL SOCIAL (EM REAIS)		CAPITAL SOCIAL DESTACADO DA FILIAL (EM REAIS)	
ESPECIALIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTABELECIMENTO (EX: PEDIATRIA, CARDIOLOGIA, GINECOLOGIA, ETC)			
NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO			Nº DO CRM - UF
NOME DO DIRETOR CLÍNICO (SOMENTE PREENCHER QUANDO DIFERIR DO RESP. TÉCNICO)			Nº DO CRM - UF