



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

Ao Setor de Registro de Pessoa Jurídica.

Os diretores Técnico e Clínico, abaixo assinados, vêm requerer a esse Conselho, a RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO DE REGULARIDADE DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA, cientes da obrigatoriedade do cumprimento do disposto nos artigos 7º e 8º da Resolução 1716/2004:

“Art. 7º - A alteração de quaisquer dos dados deverá ser comunicada ao Conselho Federal de Medicina 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.”

“Art. 8º - A regularidade do cadastro ou registro da empresa, instituição, entidade ou estabelecimento é dado pelo certificado de cadastro ou registro, a ser requerido e expedido anualmente, no mês do vencimento, desde que não haja pendências...”

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:		Nº REGISTRO/CADASTRO
CIDADE:		TELEFONE: E-MAIL:
DATA DA ÚLTIMA ALTERAÇÃO DO CONTRATO SOCIAL OU ESTATUTO :		

Obs.: Em caso de alterações no Contrato Social/Estatuto, favor encaminhar cópia (frente e verso) devidamente registrada em cartório ou na junta comercial de seu estado (JUCE-UF).

Obs2.: O Diretor Técnico deverá assinar e carimbar todas as páginas deste formulário.

_____, ____ de _____ de _____

DR. (A)
DIRETOR(A) TÉCNICO(A) CRMUF:

DR. (A)
DIRETOR(A) CLÍNICO(A) CRMUF:



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

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"/> 2ª 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. Nº DE INSCRIÇÃO NO CNPJ/MF 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 <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		PARA USO EXCLUSIVO DO SAP PARA USO EXCLUSIVO DO SDR PARA USO EXCLUSIVO DO TSE
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
------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------



RELAÇÃO DE COMPONENTES DO CORPO CLÍNICO

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS QUE PRESTAM SERVIÇOS À INSTITUIÇÃO (favor preencher em ordem alfabetica identificando os médicos residentes ou estagiários)

RAZÃO SOCIAL:

RESPONSÁVEL TÉCNICO:

ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR TÉCNICO