



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 DESTES 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/Clinico <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. | 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 |

