



Requerimento - Pessoa Jurídica

Nº DE REGISTRO DO ESTABELECIMENTO

RN-

Nº DE INSCRIÇÃO NO CNPJ/MF

PARA USO EXCLUSIVO DO SAP

PARA USO EXCLUSIVO DO SDR

OBJETO DESTE REQUERIMENTO

- ☐ REGISTRO ☐ 2ª VIA DE CERTIFICADO ☐ RETIFICAÇÃO
☐ CADASTRO ☐ CANCELAMENTO
☐ ALTERAÇÃO ☐ CERTIDÃO
☐ RENOVAÇÃO ☐ OUTRO _____

ESTABELECIMENTO A QUE SE REFERE

- ☐ ÚNICO
☐ MATRIZ
☐ FILIAL SEM CAPITAL
☐ FILIAL COM CAPITAL
☐ FILIAL COM MATRIZ EM OUTRA UF

Nº DE MÉDICOS
CORPO CLÍNICO

Nº DE LEITOS NO
ESTABELECIMENTO

PARA USO EXCLUSIVO DO TSE

NOME DO ESTABELECIMENTO

Razão Social:

Nome Fantasia:

NOME DO MANTENEDOR (RAZÃO SOCIAL, ESTABELECIMENTO PROPRIETÁRIO OU MATRIZ)

Nº DE REGISTRO DA MATRIZ

ENDEREÇO COMPLETO DO ESTABELECIMENTO (RUA, AVENIDA, PRAÇA, ANDAR, SALA, COJUNTO, ETC)

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

TELEFONES (INCLUSIVE DDD)

ENDEREÇO ELETRÔNICO

NATUREZA JURÍDICA (EX: S/A, S/C P/ QUOTAS, ETC.)

TIPO DE ESTABELECIMENTO (EX: CLÍNICA, LABORATÓRIO, AMBULATÓRIO, ETC.)

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

NOME DO DIRETOR CLÍNICO (SOMENTE PREENCHER QUANDO DIFERIR DO RESPONSÁVEL TÉCNICO)

Nº DO CRM