



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

**REQUERIMENTO – PESSOA JURÍDICA**

PARA USO EXCLUSIVO DO SDR

Nº DE REGISTRO DO ESTABELECIMENTO

Nº DE INSCRIÇÃO DO CNPJ/MF

PARA USO EXCLUSIVO DA SRP

OBJETO DESTE REQUERIMENTO

- REGISTRO       2ª VIA DO CERTIFICADO  
 CADASTRO       CANCELAMENTO  
 ALTERAÇÃO       CERTIDÃO  
 RENOVAÇÃO       RETIFICAÇÃO

ESTABELECIMENTO A QUE SE REFERE

- ÚNICO  
 MATRIZ  
 FILIAL

PARA USO EXCLUSIVO DA STE

Nº DE MÉDICOS NO  
CORPO CLÍNICO

Nº DE LEITOS NO  
ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO (RAZÃO SOCIAL OU NOME FANTASIA)

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

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

TELEFONES ( INCLUSIVE DDD )

ENDEREÇO ELETRÔNICO

NATUREZA JURÍDICA (EX: S/A, LTDA, ETC.)

TIPOS DE ESTABELECIMENTO (EX: CLÍNICA, LABORATÓRIO, AMBULATÓRIO, ETC)

CAPITAL SOCIAL DA MATRIZ (EM REAIS)

MATRIZ

FILIAL

CAPITAL SOCIAL DESTACADO DA FILIAL (EM REAIS)

ESPECIALIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTABELECIMENTO (EX: PEDIATRIA, CARDIOLOGIA, GINECOLOGIA, ETC.)

NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nº CRM

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

Nº CRM



## QUALIFICAÇÃO DOS SÓCIOS (NA FALTA DE ESPAÇO, RELACIONAR EM FOLHA À PARTE)

NOME:	ESTADO CIVIL:
PROFISSÃO:	Nº DO CRM OU DOCUMENTO DE IDENTIDADE:
ENDEREÇO:	TELEFONE:

NOME:	ESTADO CIVIL:
PROFISSÃO:	Nº DO CRM OU DOCUMENTO DE IDENTIDADE:
ENDEREÇO:	TELEFONE:

NOME:	ESTADO CIVIL:
PROFISSÃO:	Nº DO CRM OU DOCUMENTO DE IDENTIDADE:
ENDEREÇO:	TELEFONE:

NOME:	ESTADO CIVIL:
PROFISSÃO:	Nº DO CRM OU DOCUMENTO DE IDENTIDADE:
ENDEREÇO:	TELEFONE:

NOME:	ESTADO CIVIL:
PROFISSÃO:	Nº DO CRM OU DOCUMENTO DE IDENTIDADE:
ENDEREÇO:	TELEFONE:

DIRETOR CLÍNICO:	CRM:
RESPONSÁVEL TÉCNICO:	CRM:

### COMISSÃO DE ÉTICA

PRESIDENTE:	CRM:
1º SECRETÁRIO:	CRM:
2º SECRETÁRIO:	CRM:

### RESPONSÁVEL PELA ESCRITA FISCAL

NOME:	CRC:
ENDEREÇO:	TELEFONE:

O MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO ABAIXO, ASSUME PERANTE O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARÁ, A INTEIRA RESPONSABILIDADE PELOS DADOS DECLARADOS NESTE REQUERIMENTO, BEM COMO PELA PARTE TÉCNICA DO ESTABELECIMENTO (ARTIGO 9º AO 12 DO ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.626/2001. ESTOU CIENTE DE QUE DEVEREI INFORMAR AO CONSELHO QUALQUER MUDANÇA QUE OCORRER NO QUADRO FUNCIONAL MÉDICO OU NA ESTRUTURA FÍSICA, NAS FINALIDADES E NAS ALTERAÇÕES CONTRATUAIS, ASSIM COMO A MUDANÇA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO PARA A QUAL ESTOU SOLITANDO NESTA DATA O REGISTRO.

\_\_\_\_\_, DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_.

LOCAL

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

ESPAÇO PARA RECONHECIMENTO DA ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO EM CARTÓRIO

