



Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul

CREMERS

Av. Princesa Isabel, 921 - CEP 90620-001 - Porto Alegre - RS - Brasil

Fone: (51)3219-7544 / Site: www.cremers.org.br / E-mail: cremers@cremers.org.br

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO			
RAZÃO SOCIAL:		CNPJ:	
NOME FANTASIA:		ESTABELECIMENTO A QUE SE REFERE: <input type="radio"/> ÚNICO <input type="radio"/> MATRIZ <input type="radio"/> FILIAL	
ENDEREÇO COMPLETO DO ESTABELECIMENTO (RUA, AVENIDA, PRAÇA, ANDAR, SALA, CONJUNTO, ETC.):			
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
TELEFONE 1 (INCLUSIVE DDD):	TELEFONE 2 (INCLUSIVE DDD):	ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-MAIL):	
NATUREZA JURÍDICA (S/A, S/S, POR QUOTAS, ETC):	TIPO DE ESTABELECIMENTO (CLÍNICA, LABORATÓRIO, AMBULATÓRIO, ETC):	SITE (URL):	
CAPITAL SOCIAL DA MATRIZ (EM REAIS):	CAPITAL SOCIAL DESTACADO DA FILIAL (EM REAIS):	Nº DE REGISTRO DA MATRIZ:	
ESPECIALIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTABELECIMENTO (PEDIATRIA, CARDIOLOGIA, GINECOLOGIA, ETC):			
DIRETOR TÉCNICO:		CREMERS Nº	
DIRETOR CLÍNICO: (Preencha <u>SOMENTE</u> caso possua Diretor Clínico)		CREMERS Nº	
QUALIFICAÇÃO DOS SÓCIOS			
(Na falta de espaço, relacionar sócios em folha a parte)			
NOME:	PROFISSÃO:	Nº CRM OU IDENTIDADE:	
ENDEREÇO:	ESTADO CIVIL:	TELEFONE:	
NOME:	PROFISSÃO:	Nº CRM OU IDENTIDADE:	
ENDEREÇO:	ESTADO CIVIL:	TELEFONE:	
NOME:	PROFISSÃO:	Nº CRM OU IDENTIDADE:	
ENDEREÇO:	ESTADO CIVIL:	TELEFONE:	
NOME:	PROFISSÃO:	Nº CRM OU IDENTIDADE:	
ENDEREÇO:	ESTADO CIVIL:	TELEFONE:	
RESPONSÁVEL PELA ESCRITA FISCAL			
NOME:		CRC Nº:	
ENDEREÇO:		TELEFONE:	
DECLARAÇÃO			
O MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO ABAIXO ASSINADO, ASSUME PERANTE O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, A INTEIRA RESPONSABILIDADE PELOS DADOS DECLARADOS NESTE REQUERIMENTO, BEM COMO PELA PARTE TÉCNICA DO ESTABELECIMENTO (ARTIGO 9º AO 12º DO ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.716/2004). ESTOU CIENTE DE QUE DEVEREI INFORMAR AO CREMERS 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 SOLICITANDO NESTA DATA O REGISTRO.			
_____ , RS em ____/____/____.			
_____ Assinatura do Responsável Técnico			