



# Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul C R E M E R S

Avenida Princesa Isabel, 921 - Caixa Postal 352 - 90620-001 - Porto Alegre - RS - Brasil.  
Fone 3219-7544 - Internet (e-mail): cremers@cremers.org.br

## REQUERIMENTO DE SERVIÇOS

RAZÃO SOCIAL				
NOME FANTASIA				
NOME DO MANTENEDOR (RAZÃO SOCIAL, ESTABELECIMENTO PROPRIETÁRIO OU MATRIZ)			CRM DA MATRIZ	
ENDEREÇO COMPLETO DO ESTABELECIMENTO (RUA, AVENIDA, PRAÇA, ANDAR, SALA, CONJUNTO, ETC)				
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF	
TELEFONE (COM DDD)	CONTATO	E-MAIL		
<b>OBJETIVO DESTE REQUERIMENTO</b> <input type="checkbox"/> Alteração Contratual <input type="checkbox"/> Alteração/Substituição de Diretor Técnico <input type="checkbox"/> Alteração/Substituição de Responsável Técnico – SERVIÇO DE: _____ _____ <input type="checkbox"/> Cancelamento/Suspensão de Inscrição <input type="checkbox"/> Homologação do Regimento Interno do Corpo Clínico <input type="checkbox"/> Inscrição de Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> Registro da Comissão de Ética e Direção Clínica <input type="checkbox"/> Registro de Serviço/Setor – SERVIÇO DE: _____ <input type="checkbox"/> Renovação de Certificado de Regularidade <input type="checkbox"/> Renovação de Certidão do SERVIÇO DE: _____ <input type="checkbox"/> Resposta ao Ofício nº _____ <input type="checkbox"/> Outros _____		<b>CRM DO ESTABELECIMENTO</b>		PROTOCOLO
		Nº DE INSCRIÇÃO NO CNPJ/MF		
		ESTABELECIMENTO 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		
		Nº DE MÉDICOS NO CORPO CLÍNICO		
		Nº DE LEITOS NO ESTABELECIMENTO		
<b>ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA</b> <input type="checkbox"/> o mesmo <input type="checkbox"/> outro				
ENDEREÇO COMPLETO (RUA, AVENIDA, PRAÇA, ANDAR, SALA, CONJUNTO, ETC)				
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF	
ESPECIALIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTABELECIMENTO (EX: PEDIATRIA, CARDIOLOGIA, GINECOLOGIA, ETC)				
NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO			Nº DO CRM-RS	

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Diretor/Responsável