



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA-PE

Requerimento - Pessoa Jurídica

PARA USO EXCLUSIVO DO SAP

Nº DE REGISTRO DO ESTABELECIMENTO

Nº DE INSCRIÇÃO NO CNPJ/MF

PARA USO EXCLUSIVO DO SDR

OBJETO DESTE REQUERIMENTO

- REGISTRO
 CADASTRO
 ALTERAÇÃO
 RENOVAÇÃO
- 2ª VEDA CERTIFICADO
 CANCELAMENTO
 CERTIDÃO
 RETIFICAÇÃO

ESTABELECIMENTO A QUE SE REFERE

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

PARA USO EXCLUSIVO DO TSE

Nº DE MÉDICOS
CORPO CLÍNICONº DE LEITOS NO
ESTABELECIMENTO

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

Assinatura do Responsável Técnico