



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

OBJETIVO DESTE REQUERIMENTO ☐ Certidão de Responsabilidade Técnica ☐ RDC 185/2001 ☐ Certidão de Alteração Contratual ☐ Alteração de Diretor Técnico/Clinico ☐ Alteração de Razão Social ☐ Alteração de Endereço ☐ 2ª Via de Cert. de Reg. de Estabelecimento ☐ Renovação de Cert. Reg. de Estabelecimento ☐ Cancelamento ☐ Retificação/Alteração de Folha de Contrato ☐ Alteração de Contrato Social ☐ Certidão de Resp. Técnica PGRSS ☐ Certidão de Resp. Técnica PRG ☐ Outros (Especificar no espaço abaixo)	Nº DE REG. DO ESTABELECIMEN.	PARA USO EXCLUSIVO DO SAP			
	Nº DE INSCRIÇÃO NO CNPJ/MF				
	ESTABELECIM. A QUE SE REFERE ☐ Único ☐ Matriz ☐ Filial sem capital ☐ Filial com capital ☐ Filial com matriz em outra UF	PARA USO EXCLUSIVO DO SDR			
	<table border="1"><tr><td>Nº DE MÉDICOS NO CORPO CLÍNICO</td><td></td></tr><tr><td>Nº DE LEITOS NO ESTABELECIMENTO</td><td></td></tr></table>	Nº DE MÉDICOS NO CORPO CLÍNICO		Nº DE LEITOS NO ESTABELECIMENTO	
Nº DE MÉDICOS NO CORPO CLÍNICO					
Nº DE LEITOS NO ESTABELECIMENTO					
RAZÃO SOCIAL					
NOME FANTASIA					
NOME DO MANTENEDOR (RAZÃO SOCIAL, ESTABELECIMENTO PROPRIETÁRIO OU MATRIZ)		Nº DE REG. DA MATRIZ			
ENDEREÇO COMPLETO DO ESTABELECIMENTO (RUA, AVENIDA, PRAÇA, ANDAR, SALA, CONJUNTO, ETC)					
BAIRRO	CEP	CIDADE			
TELEFONES (COM DDD)		UF			
NATUREZA JURÍDICA (EX: S/A, S/C P/ QUOTAS, ETC.)		ENDEREÇO ELETRÔNICO			
TIPO DE ESTABELECIMENTO (EX: CLÍNICA, LABORATÓRIO)					
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 - UF			
NOME DO DIRETOR CLÍNICO (SOMENTE PREENCHER QUANDO DIFERIR DO RESP. TÉCNICO)		Nº DO CRM - UF			



CREMERN
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

Av. Rio Branco, 398 – Cidade Alta – Fone/Fax: (84) 4006-5310 / 4006-5309

e-mail: atendimento@cremern.org.br CEP 59.025-001 - Natal / RN