



# 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		
	<b>ESTABELECIMENTO A QUE SE REFERE</b> <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		PARA USO EXCLUSIVO DO CREMERS
	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 Técnico