



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

Departamento de Registro

Ilmo. Sr.
PRESIDENTE DO Conselho Regional de Medicina do DF

A Empresa _____,
com designação de fantasia _____, CNPJ nº _____
registrada()cadastrada(), neste CRM sob o nº _____, situada à _____
_____, na cidade de _____
CEP: _____, fone: _____ vem, através de seu diretor(a) técnico(a)
Dr^(a).: _____ devidamente inscrito neste
conselho sob o CRM nº _____, de acordo com o disposto na Lei nº 6.839/80 e na Resolução CFM
nº 1971/2011, requerer a Vossa Senhoria:

- () Transformação de Registro Provisório em Definitivo (já possui Registro Provisório).
- Apresentar originais e cópias dos documentos faltantes para conclusão do processo, caso necessário fazer contato telefônico prévio com o departamento de registro para saber qual a documentação necessária.
- () Encaminhar exigência de Termo de Notificação do DEFIS
- () Cancelamento
-Apresentar original e copia de documento emitido por órgão oficial que comprove o encerramento da atividade da empresa podendo ser: distrato social, ou comprovante da baixa da receita federal, ou alteração contratual devidamente registrada que comprove o fim da atividade médica.
- () *2ª via do Certificado.
-Será cobrada taxa referente ao serviço.
- () *Alteração Contratual nº _____ ou de Ata com data de ____/____/____.
-Será gerada taxa referente ao serviço.
- () Retificação do Contrato Social.
- () *Alteração de Responsabilidade Técnica.
-apresentar em anexo formulário específico disponível no site www.crmdf.org.br.
- () outros _____

*As taxas referentes a Alteração Contratual ou 2ª via do Certificado de Inscrição de Empresas ou de Alteração de Responsável Técnico, deverão estarem pagas no ato da apresentação do pedido. As mesmas podem ser geradas e enviadas por e-mail mediante contato prévio com a tesouraria deste conselho.

Nesses termos, peço deferimento,

Brasília, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Diretor/Responsável Técnico

Retirei em ____/____/____

RG nº.: _____ Orgão Expedidor.: _____ UF.: _____.

Assinatura Por Extenso.: _____.