



# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

Presidente do  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA-DF

O abaixo assinado, Diretor Técnico do estabelecimento especificado abaixo, vem requerer a Vossa Senhoria expedição da RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO DE INSCRIÇÃO DE EMPRESA (CIE), ciente da obrigatoriedade do cumprimento do disposto no art. 7º do anexo da Resolução CFM nº 1.716/2004:

*“A alteração de quaisquer dos dados deverá ser comunicada ao Conselho Regional de Medicina competente, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de sua ocorrência, sob pena de procedimento disciplinar envolvendo o médico responsável técnico”.*

DIRETOR TÉCNICO		Nº CRM	
RAZÃO SOCIAL		Nº DO REGISTRO-CRM	
CNPJ			
ENDEREÇO			
CIDADE		CEP	
TEL		E-MAIL	
ÚLTIMA ALTERAÇÃO CONTRATUAL		DATA:    /    /	Nº.: _____
CONTADOR			TEL

## **ANEXAR: ORIGINAIS E CÓPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS:**

- Licença para Funcionamento (do exercício deste ano)
- Termo de Responsabilidade Técnica
- Relação do Corpo Clínico atualizado (informar nome e CRM, por ordem alfabética)
- Alteração contratual (se houver)
- Regimento interno do corpo clínico (a partir de 15 médicos)

Brasília-DF, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Diretor Técnico

**OBS: CONDIÇÕES PARA DEFERIMENTO DO PEDIDO:** A Empresa e o Diretor Técnico deverão estar quites com a tesouraria deste CRM-DF. No caso de alteração contratual ou de diretor técnico será cobrado taxa de R\$ 51,75. Os comprovantes de pagamento deverão ser apresentados, juntamente com os documentos acima mencionados.

Retirei em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

R.G. nº \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Cargo na empresa: \_\_\_\_\_

