



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

**Ao
PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DF**

O abaixo assinado, Diretor / Responsável 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 / RESPONSÁVEL TÉCNICO		Nº CRM
NOME DO CONTADOR		FONE DO CONTADOR
RAZÃO SOCIAL		Nº CRM
ENDEREÇO		
CIDADE	CEP	
TEL	E-MAIL	
ÚLTIMA ALTERAÇÃO CONTRATUAL	DATA: / /	Nº.: _____

Anexar originais e cópias dos seguintes documentos:

- Licença da ANS
- Alteração contratual (se houver)

Brasília-DF, ____/____/____

Assinatura do Diretor / Responsável 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.

Retirei em: ____/____/____

R.G. nº _____

Nome: _____

Assinatura

Cargo na empresa: _____

