



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

Q. 01 – Centro Empresarial Parque Brasília – 2º andar – salas 201/202 - Setor de Indústrias Gráficas 70610-410 –  
Brasília – DF Tel.: (61) 3322-0001 - Fax: (61) 3226-1312 - Endereço eletrônico: crmdf@crmdf.org.br

# RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO DE INSCRIÇÃO DE EMPRESA

### DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A RENOVACÃO:

#### ORIGINAIS E CÓPIAS:

- Licença Sanitária dentro da validade - **Emitido pela Vigilância Sanitária**
- Termo de Responsabilidade Técnica - **Emitido pela Vigilância Sanitária**
- Caso seja Operadora de Plano de Saúde apresentar Comprovante de Situação Cadastral de Operadoras da ANS
- Relação do Corpo Clínico atualizado - **acima de 15 médicos, enviar lista em Excel, para o e-mail: [dereg@crmdf.org.br](mailto:dereg@crmdf.org.br) informando nome e número de CRM**
- Alteração contratual - **se houver e não tiver sido apresentada ao CRM-DF**
- Regimento interno do corpo clínico - **a partir de 30 médicos no corpo clínico**

### DADOS GERAIS

Razão Social:	Nº CRM:	
Nome Fantasia:	CNPJ:	
Nome Usual		
Última Alteração Contratual: Nº	Data:	Capital Social: R\$
Diretor Técnico		
Nº CRM:	Nome:	

### ENDEREÇO

<b>Endereço Físico</b>		
Endereço: _____		
Bairro: _____	Município: Brasília-DF	CEP: _____ - _____
Telefones: _____		
<b>Endereço Eletrônico</b>		
E-mail: _____		
Página na Internet: _____		

### PRESTAÇÃO SERVIÇO

PRESTA SERVIÇO EM LOCAL DE TERCEIROS: ( ) SIM ( ) NÃO
Se SIM, informe nome e CNPJ da empresa para a qual presta o serviço:
_____

### COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Eleição obrigatória a partir de 30 médicos no corpo clínico.
A empresa possui Comissão de Ética Médica? ( ) SIM ( ) NÃO
Se SIM, informe a data do término da gestão vigente: ____/____/____



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

Q. 01 – Centro Empresarial Parque Brasília – 2º andar – salas 201/202 - Setor de Indústrias Gráficas 70610-410 –  
Brasília – DF Tel.: (61) 3322-0001 - Fax: (61) 3226-1312 - Endereço eletrônico: crmdf@crmdf.org.br

### CORPO CLÍNICO

**Acima de 15 médicos, enviar lista em Excel no formato CSV, para o e-mail [dereg@crmdf.org.br](mailto:dereg@crmdf.org.br) informando SOMENTE número do CRM sem pontuações e nome do médico completo sem abreviações, conforme modelo abaixo:**

8564	Antonio da Silva Chaves
12345	Claudia Pereira
205	Jose Maria da Silva

	Nº CRM	NOME DO MÉDICO
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Médico(a) Responsável Técnico(a)

**CONDIÇÕES PARA DEFERIMENTO DO PEDIDO:** A Empresa e o Responsável Técnico, deverão estar quites com a tesouraria deste CRM-DF.

A(s) taxa(s) de **emissão de certificado, alteração contratual ou de diretor técnico**, deverão ser retirada(s) e paga(s) com um dia de antecedência à apresentação de documentos para renovação.

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

Nome:

Cargo na empresa:

\_\_\_\_\_  
Assinatura