



# Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso

C R M - M T

Rua E, S/Nº, Centro Político Administrativo - CEP 78049-918 - Cuiabá - MT - Brasil

Fone: (65)3612-5400 / Fax: (65) 3612 5440

Site: www.crrmt.org.br / E-mail: pessoajuridica@portalcrrmt.org.br

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO			
RAZÃO SOCIAL:		CNPJ:	
NOME FANTASIA:		ESTABELECIMENTO A QUE SE REFERE: <input type="radio"/> ÚNICO <input type="radio"/> MATRIZ <input type="radio"/> FILIAL	
ENDEREÇO COMPLETO DO ESTABELECIMENTO (RUA, AVENIDA, PRAÇA, ANDAR, SALA, CONJUNTO, ETC.):			
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
TELEFONE 1 (INCLUSIVE DDD):	TELEFONE 2 (INCLUSIVE DDD):	ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-MAIL):	
NATUREZA JURÍDICA (S/A, S/S, POR QUOTAS, ETC.):	TIPO DE ESTABELECIMENTO (CLÍNICA, LABORATÓRIO, AMBULATÓRIO, ETC.):	SITE (URL):	
CAPITAL SOCIAL DA MATRIZ (EM REAIS):	CAPITAL SOCIAL DESTACADO DA FILIAL (EM REAIS):	Nº DE REGISTRO DA MATRIZ:	
ESPECIALIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTABELECIMENTO (PEDIATRIA, CARDIOLOGIA, GINECOLOGIA, ETC.):			
DIRETOR TÉCNICO:		CRM MT Nº	
DIRETOR CLÍNICO: (Preencha <u>SOMENTE</u> caso possua Diretor Clínico)		CRM MT Nº	
QUALIFICAÇÃO DOS SÓCIOS (Na falta de espaço, relacionar sócios em folha a parte)			
NOME:	PROFISSÃO:	Nº CRM OU IDENTIDADE:	
ENDEREÇO:	ESTADO CIVIL:	TELEFONE:	
NOME:	PROFISSÃO:	Nº CRM OU IDENTIDADE:	
ENDEREÇO:	ESTADO CIVIL:	TELEFONE:	
NOME:	PROFISSÃO:	Nº CRM OU IDENTIDADE:	
ENDEREÇO:	ESTADO CIVIL:	TELEFONE:	
NOME:	PROFISSÃO:	Nº CRM OU IDENTIDADE:	
ENDEREÇO:	ESTADO CIVIL:	TELEFONE:	
RESPONSÁVEL PELA ESCRITA FISCAL			
NOME:		CRC Nº:	
ENDEREÇO:		TELEFONE:	
DECLARAÇÃO			
<p>O MÉDICO DIRETOR TÉCNICO ABAIXO ASSINADO, ASSUME PERANTE O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO, A INTEIRA RESPONSABILIDADE PELOS DADOS DECLARADOS NESTE REQUERIMENTO, BEM COMO PELA PARTE TÉCNICA DO ESTABELECIMENTO (ARTIGO 9º AO 12º DO ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.980/2011). ESTOU CIENTE DE QUE DEVEREI INFORMAR AO CRM-MT QUALQUER MUDANÇA QUE OCORRER NO QUADRO FUNCIONAL MÉDICO OU NA ESTRUTURA FÍSICA, NAS FINALIDADES E NAS ALTERAÇÕES CONTRATUAIS, ASSIM COMO A MUDANÇA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO PARA A QUAL ESTOU SOLICITANDO NESTA DATA O REGISTRO.</p> <p>_____, MT em ____/____/____.</p> <p>_____ Assinatura do Diretor Técnico</p>			



## **Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso**

**C R M - M T**

Rua E, S/Nº, Centro Político Administrativo - CEP 78049-918 - Cuiabá - MT - Brasil

Fone: (65)3612-5400 / Fax: (65) 3612 5440

Site: [www.crmmt.org.br](http://www.crmmt.org.br) / E-mail: [pessoajuridica@portalcrmmt.org.br](mailto:pessoajuridica@portalcrmmt.org.br)