

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE CONSULTÓRIO MÉDICO PRIVADO

| | | |
|--|---------|--|
| Número de CRM (Pessoa Física) | Nº CNES | Característica () Único () Compartilhado |
| Médico(s) que compartilham o consultório | | |
| Nome/CRM | | Especialidade |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Endereço: | | |
| | | |
| Alvará de vigilância sanitária () Sim () Não | | Referente ao exercício de: |
| É infração sanitária, de acordo com a Lei nº 6.437/77, art. 10, a não apresentação de licença sanitária emitida pelos órgãos competentes | | |

OBSERVAÇÕES:

- 1 - Estou ciente que deverei informar ao Conselho qualquer mudança que ocorrer na estrutura física e nas finalidades do ambiente médico.
- 2 - Estou ciente de que devo promover a renovação anual do Certificado de Regularidade de Inscrição do Consultório de Pessoa Física, sempre na data de aniversário de seu registro.
- 3 - Atendendo ao previsto nos artigos 11, 15, 66 e 68 da Resolução CFM nº 2056/2013

_____, ____/____/____.

Assinatura do médico