



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

REQUERIMENTO DE SERVIÇOS DIVERSOS - PESSOA JURÍDICA - CRM-DF

Nº DO REGISTRO DA EMPRESA NO CRM/DF _____

RAZÃO SOCIAL: _____

ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____

UF: _____ CEP: _____ EMAIL: _____ TELEFONE: _____

CNPJ: _____

() TRANSFORMAÇÃO DE REGISTRO PROVISÓRIO EM DEFINITIVO

Apresentar originais e cópias dos documentos faltantes para conclusão do processo, caso necessário fazer contato telefônico prévio com o departamento de registro para saber qual a documentação necessária.

() CANCELAMENTO

Apresentar original e cópia de documento emitido por órgão oficial que comprove o encerramento da atividade da empresa podendo ser: Distrato Social devidamente registrado na JCDF / Cartório; ou Alteração Contratual, contendo o fim da atividade médica, devidamente registrada na JCDF/ Cartório; e comprovante da baixa da Receita Federal ou do GDF.

() SUSPENSÃO DA INSCRIÇÃO

Apresentar original e cópia de comprovante da inatividade da empresa perante a Secretaria da Receita Federal / Secretaria de Estado de Fazenda do Distrito Federal ou comprovante do processo de dissolução definitiva perante os órgãos competentes.

() REINSCRIÇÃO DE INSCRIÇÃO CANCELADA OU SUSPensa

Apresentar justificativa e fazer contato telefônico prévio com o departamento de registro para saber qual a documentação necessária e/ou faltante na pasta da empresa.

() ALTERAÇÃO CONTRATUAL nº _____ ou de Ata com data de ____/____/____

() 2ª VIA DO CERTIFICADO DE INSCRIÇÃO DE EMPRESA

() ATUALIZAÇÃO DE TELEFONE

() ATUALIZAÇÃO DE E-MAIL

() REGIMENTO INTERNO HOME CARE () REGIMENTO INTERNO DE CORPO CLÍNICO.

() OUTRAS SOLICITAÇÕES: _____

***Será cobrada taxa referente aos seguintes serviços: Alteração Contratual e Reinscrição, que deverá estar paga no ato da apresentação do pedido.**

Brasília-DF, _____ de _____ de _____.

Assinatura e nº CRM-DF do Responsável Técnico

Retirei em: ____/____/____

() Certificado () Certidão de Cancelamento/Suspensão

() Certidão de Alteração

Nome e Cargo na empresa: _____