|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **OBJETIVO DESTE REQUERIMENTO****€ Reativação de inscrição de PJ****€ Outros (Especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Nº DE REG. DO ESTABELECIMENTO (CRM/PJ) |
| Nº DE INSCRIÇÃO NO CNPJ |
| ESTABELECIMENTO A QUE SE REFERE€ Único€ Matriz€ Filial sem capital€ Filial com capital€ Filial com matriz em outra UF |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Nº DE MÉDICOS NO CORPO CLÍNICO |  |
| Nº DE LEITOS NO ESTABELECIMENTO |  |

 |

 |
| RAZÃO SOCIAL: |
| NOME FANTASIA |
| NOME DO MANTENEDOR (RAZÃO SOCIAL, ESTABELECIMENTO PROPRIETARIO OU MATRIZ) | N° DE REG. DA MATRIZ |
| ENDEREÇO COMPLETO (RUA, AVENIDA, PRAÇA, ANDAR, SALA, CONJUNTO, ETC) |
| BAIRRO | CEP | CIDADE | UF |
| TELEFONE (COM DDD) | ENDEREÇO ELETRÔNICO (EMAIL) |
| NATUREZA JURÍDICA (EX: S/A, S/C P/ QUOTAS, ETC.) | TIPO DE ESTABELECIMENTO(EX. CLÍNICA, LABORATORIO) |
| CAPITAL SOCIAL (EM REAIS) | CAPITAL SOCIAL DESTACADO DA FILIAL (EM REAIS) |
| ESPECIALIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTABELECIMENTO (EX. PEDIATRIA, CARDIOLOGIA, GINICOLOGIA, ETC.) |
| NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO | Nº DO CRM - UF |
| NOME DO DIRETOR CLÍNICO (SOMENTE PREENCHER QUANDO DIFERIR DO RESP. TÉCNICO) | Nº DO CRM - UF |

**REQUERIMENTO DE REATIVAÇÃO – PESSOA JURÍDICA**

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO: