|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **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: