



Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso

C R M - M T

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

Fone: (65)3612-5400 / Fax: (65)36125440

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

Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso,

A empresa _____
_____, com designação de fantasia _____,
inscrição no CNPJ/MF nº _____._____/_____-_____, registrada/cadastrada neste CRM-MT
sob o nº _____, situada à _____,
CEP _____._____-_____, no município de _____, no estado do Mato Grosso,
vem através de seu Diretor técnico(a) Dr(a). _____, CRRMT
nº _____, de acordo com o dispositivo na Lei nº 6.839/80 e na Resolução 1.980/11, requer a
V.S.ª:

- Inscrição de Pessoa Jurídica
- Registro de Alteração Contratual
- Resposta ao Ofício Nº ____/____
- Substituição do Diretor Técnico
- Certidão de Regularidade
- Renovação de Certificado
- Cancelamento de Inscrição de Pessoa Jurídica
- Cadastro de unidades/Setor de Serviços especializados
- Outros: _____

N. Termos

P. Deferimento

“Art. 7º - A alteração de quaisquer dos dados deverá ser comunicada ao CRM competente, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de sua ocorrência, sob pena de procedimento disciplinar envolvendo o médico responsável técnico.” (Resolução CFM 1.980/2011)

_____, MT em ____/____/_____.

Assinatura do Diretor Técnico

CONTATO: _____

TELEFONE: () _____

EMAIL: _____