



CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

REQUERIMENTO PESSOA JURÍDICA

OBJETIVO DESTE REQUERIMENTO [] Reinscrição ou Reativação [] Cancelamento de Inscrição [] Outros (Especificar no espaço abaixo) _____ _____ _____	Nº REGISTRO DA EMPRESA	Nº DE LEITOS NO ESTABELECIMENTO	_____
	Nº do CNPJ	Nº DE MÉDICOS NO CORPO CLÍNICO	_____
	Tipo de Estabelecimento [] Único [] Matriz [] Filial sem capital [] Filial com capital [] Filial com matriz em outra UF	Corpo Clínico sem alterações desde a última manutenção	<input type="checkbox"/>
		Corpo Clínico alterado conforme nova listagem em anexo	<input type="checkbox"/>
RAZÃO SOCIAL			
NOME FANTASIA			
MATRIZ (PARA FILIAIS)			REG. MATRIZ
ENDEREÇO			
CEP	BAIRRO	CIDADE	ESTADO
TELEFONES () _____, () _____		E-MAIL	
NATUREZA JURÍDICA		TIPO DE ESTABELECIMENTO	
CAPITAL SOCIAL		CAPITAL SOCIAL DA FILIAL	
ESPECIALIDADES DESENVOLVIDAS			
DIRETOR TÉCNICO			Nº DO CREMEB

DATA: ____/____/____



ASSINATURA DO DIRETOR TÉCNICO/SÓCIO ADMINISTRADOR (**SÓ CANCELAMENTO**)

Rua Guadalajara, 175, Morro do Gato - Barra, CEP: 40140-460, Salvador - BA
Tel.: 71 3339-2800 Fax: 71 3245-5751 - cremeb@cremeb.org.br | www.cremeb.org.br