



# CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

# **REQUERIMENTO PESSOA JURÍDICA**

[ ] 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		Corpo Clínico sem alterações desde a última manutenção
	<input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Matriz <input type="checkbox"/> Filial sem capital <input type="checkbox"/> Filial com capital <input type="checkbox"/> Filial com matriz em outra UF		<input type="checkbox"/>
			Corpo Clínico alterado conforme nova listagem em anexo
<b>RAZÃO SOCIAL</b>			
<b>NOME FANTASIA</b>			
<b>MATRIZ (PARA FILIAIS)</b>			REG. MATRIZ
<b>ENDEREÇO</b>			
CEP	BAIRRO	CIDADE	ESTADO
<b>TELEFONES</b>  ( ) , ( )		<b>E-MAIL</b>	
<b>NATUREZA JURÍDICA</b>		<b>TIPO DE ESTABELECIMENTO</b>	
<b>CAPITAL SOCIAL</b>		<b>CAPITAL SOCIAL DA FILIAL</b>	
<b>ESPECIALIDADES DESENVOLVIDAS</b>			
<b>DIRETOR TÉCNICO</b>		<b>Nº DO CREMEO</b>	

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](mailto:cremeb@cremeb.org.br) | [www.cremeb.org.br](http://www.cremeb.org.br)