Ilmo (a). Sr (a). Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Amazonas.

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_\_\_, **Responsável Técnico** da empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRMPJ nº\_\_\_\_\_\_\_, situada a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Telefone (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, email.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ venho através deste, requerer a este Conselho a expedição da **RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA**, ciente da obrigatoriedade do cumprimento do disposto no art. 7° e 8º da **Resolução CFM nº 1.980/2011** infracitada.

**RESOLUÇÃO CFM Nº 1.980, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2011**

**Art. 7°** - A alteração de quaisquer dos dados deverá ser comunicada ao Conselho Regional de Medicina 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.

**Art. 8º** - A regularidade do cadastro ou registro da empresa, instituição, entidade ou estabelecimento é dada pelo certificado de cadastro ou registro, a ser requerido e expedido anualmente, no mês do vencimento, desde que não haja pendências no Departamento de Fiscalização

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE DOCUMENTO** | **DATA** | **VALOR DO CAPITAL SOCIAL** |
| ( ) DECLARAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA DE PJ |  | R$ |
| ( ) BALANÇO PATRIMONIAL |  | R$ |

***Obs.:*** *Em caso de alterações no Contrato Social/Estatuto, favor encaminhar cópia (frente e verso) devidamente registrada em cartório ou na junta comercial JUCEA.*

***Assinalar um dos itens abaixo***

 [ ] Corpo Clínico sem alterações desde a última Renovação.

 [ ] Corpo Clínico alterado (**FAVOR ANEXAR ALTERAÇÕES constando o nome completo, número do CRM, vínculo com a empresa e especialidade dos médicos incluídos e/ou excluídos do Corpo Clínico desde a última renovação protocolada no CREMAM.**

MANAUS - AM, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Assinatura do Responsável Técnico Assinatura do Diretor Clínico**

 **Carimbo – CRM N° Carimbo – CRM N°**