**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE CONSULTÓRIO MÉDICO PRIVADO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Número de CRM(Pessoa Física) | Nº CNES | Característica ( ) Único ( ) Compartilhado Especialidade/área de atuação: ( ) sim ( ) nãoQual? |
| Médico(s) que compartilham o consultório |
| Nome | Especialidade |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Endereço: |
| Alvará de vigilância sanitária( ) Sim ( ) Não | Referente ao exercício de: |
| **É infração sanitária, de acordo com a Lei nº 6437/77, art. 10, a não apresentação de licença sanitária emitida pelos órgãos competentes** |

**Estou ciente que deverei informar ao Conselho qualquer mudança que ocorrer na estrutura física e nas finalidades do ambiente médico**

**Atendendo ao previsto nos artigos 11, 15, 66 e 68 da Resolução CFM nº 2056/2013**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do médico**