Ilmo(a). Sr(a).,

Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará

O estabelecimento de saúde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNPJ n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , inscrito nesse CREMEC sob o n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_, vem requerer a esse Conselho, o**CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA**, cientes da obrigatoriedade do cumprimento ao disposto nos artigos 7º, 13, 16 e 17 da Resolução 1.980/2011:

**Art. 7º** A alteração de qualquer dado 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. 16** Caso a empresa, instituição, entidade ou estabelecimento não estiver quite com a anuidade quando do pedido de cancelamento de registro, pagará a última anuidade na proporção de **1/12 (um doze avos) por mês de atividade**, entendendo-se como final da atividade a data constante do protocolo no requerimento de cancelamento ou a data do documento de baixa expedido por outro órgão oficial.

**Art. 17** O cancelamento de cadastro ou registro da pessoa jurídica no Conselho Regional de Medicina encerra definitivamente as atividades médicas da empresa.

Faço, então, instruir o requerimento anexando:

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Prova do distrato social ou documento semelhante devidamente registrado na junta comercial ou cartório;
 |
|  | 1. Alteração contratual registrada que modifique o objeto social, exclua qualquer atividade relacionada à medicina ou altere o endereço da sede para outra unidade da Federação;
 |
|  | 1. Comprovante de baixa no CNPJ do Ministério da Fazenda ou no cadastro municipal de contribuintes da prefeitura municipal;
 |
|  | 1. Documento público de falência (Certidão de Falência);
 |
|  | 1. Fechamento definitivo da instituição pela Vigilância Sanitária (notificação ou extrato publicado em jornal de grande circulação);
 |
|  | 1. Declaração informando o cancelamento do ambulatório de assistência médica patronal, com assinatura do diretor técnico, sócio ou representante legal ou documento oficial da extinção da atividade do ambulatório (baixas na Vigilância Sanitária ou no cadastro da prefeitura municipal)
 |
|  | 1. Outros (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura do responsável técnico, proprietário ou representante legal

**Nome**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CPF**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E-mail para contato:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_