**REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO DE REGISTRO**

Eu,  , responsável técnico pela  (razão social da empresa), inscrita no CNPJ nº , **solicito a alteração do registro** do estabelecimento conforme descrito abaixo.

**DE: PARA:**

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) CONSULTÓRIO NO CNPJ ( ) AMBULATÓRIO ( ) CLÍNICA  ( ) HOSPITAL | ( ) CONSULTÓRIO NO CNPJ ( ) AMBULATÓRIO ( ) CLÍNICA ( ) HOSPITAL |
|  |  |

Assim, ATESTO e ME RESPONSABILIZO pelo cumprimento integral das condições de funcionamento prescritas na Resolução nº 1.275/2019 do CFMV e pelas normas de boas praticas previstas no Art. 15º da referida Resolução.

Caso haja além da mudança do registro e/ou serviço, alguma **ALTERAÇÃO CADASTRAL,** como por Ex: alteração de sócio, mudança de razão social, endereço e outros**, descreva abaixo:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade. Declaro, por fim, que estou ciente do dever de comunicar a esse Regional o fim das atividades deste estabelecimento.**

|  |  |
| --- | --- |
| Local e Data | Assinatura do Responsável Técnico e Carimbo |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |