



**ABCDI**

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM**

Departamento de Pessoas Jurídicas do Colégio Brasileiro de Radiologia



## PROPOSTA PARA MEMBRO

Nome fantasia: \_\_\_\_\_

Razão social: \_\_\_\_\_

CNPJ nº \_\_\_\_\_ Inscrição Estadual nº \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ home page: \_\_\_\_\_

Endereço de cobrança: \_\_\_\_\_

Comodato em hospital: ( ) não ( ) sim

Nome responsável: \_\_\_\_\_

CRM nº \_\_\_\_\_

### SÓCIOS:

1. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ 9. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ 10. \_\_\_\_\_

### CORPO CLÍNICO:

1. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ 9. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ 10. \_\_\_\_\_

### ÁREA DE ATUAÇÃO:

( ) Medicina Nuclear

( ) Radioterapia

( ) Ultra-sonografia

( ) Radiodiagnóstico

( ) Ressonância Magnética

( ) Tomografia Computadorizada

( ) Densitometria Óssea

( ) Outras – especificar: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO

A empresa abaixo assinada, desejando ingressar no Departamento de Pessoas Jurídicas do Colégio Brasileiro de Radiologia (Associação Brasileira das Clínicas de Diagnóstico por Imagem – ABCDI), apresenta os documentos exigidos, declarando que se submete às seguintes exigências:

1. Nada há de desabonador em sua conduta profissional e nunca foi denunciada com sólida razão ao Conselho Regional de Medicina;
2. Aceita e se compromete a cumprir o Regulamento Específico das Clínicas de Diagnóstico por Imagem;
3. Caso sejam falsas estas informações, concorda que sejam cassados todos os títulos e direitos advindos dos presentes documentos;
4. Pagar as contribuições pontualmente de acordo com as recomendações do Regulamento Específico das Clínicas de Diagnóstico por Imagem.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo

Encaminhar com esta proposta os seguintes documentos:

- a) cópia do Contrato Social;
- b) cópia do CNPJ e Inscrição Estadual;
- c) currículo resumido do(s) sócio(s) da clínica.

**(Este campo é para uso da ABCDI)**

Aprovado

Não aprovado

Faltam documentos

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo