

DADOS DA EMPRESA			
Razão Social:			
Nome Fantasia:			
CNPJ:		NIRE:	
Inscrição Estadual:	Inscrição Municipal:	Data de Constituição:	
Atividade Econômica (conforme Classificação Nacional de Atividade Econômica – CNAE):			
Atividades Complementares:			
Número do Registro no Órgão:		Órgão:	
Data do Registro:		Valor do Capital Social:	
Data da Última Alteração Contratual:	Empresa Sucessora de:	Data da Sucessão:	
Endereço da Sede Social:		Número:	
Complemento:	Bairro:	CEP:	
Cidade:	UF:	País:	
Telefone:	Ramal:	Endereço e-mail:	
SÓCIO ADMINISTRADOR			
Nome:		CPF:	
Doc. Identificação:	Órgão Emissor:	UF:	Data de Emissão:
Data de Nascimento:	Sexo:	País de Nascimento:	
Nacionalidade:		Naturalidade:	
Nome do Pai:		Nome da Mãe:	
Estado Civil:	Nome do Cônjuge:	CPF do Cônjuge:	
Grau de Instrução:			
Endereço Residencial:		Número:	
Complemento:	Bairro:	CEP:	
Cidade:	UF:	País:	
Telefone:	Ramal:	Endereço e-mail:	

PRINCIPAIS SÓCIOS/ACIONISTAS (participação igual ou acima de 5%)		
Nome/Razão Social:	CPF/CNPJ:	% Participação:
Nome/Razão Social:	CPF/CNPJ:	% Participação:
Nome/Razão Social:	CPF/CNPJ:	% Participação:
Nome/Razão Social:	CPF/CNPJ:	% Participação:
Nome/Razão Social:	CPF/CNPJ:	% Participação:
Nome/Razão Social:	CPF/CNPJ:	% Participação:
Nome/Razão Social:	CPF/CNPJ:	% Participação:
Nome/Razão Social:	CPF/CNPJ:	% Participação:

DOCUMENTOS DE ACOMPANHAMENTO**● SÓCIOS**

- Documento de Identidade atualizado e com foto
- Comprovante de Residência
- Certidão de regularidade perante o Conselho Profissional, contendo declaração de ausência de punição profissional nos últimos 2 (dois) anos – Para sócios pertencentes ao sistema CONFEA/CREA

● EMPRESA

- Contrato Social e Alteração (ões) Contratual (is)
- Cartão de CNPJ atualizado
- Documento “GFIP” atualizado
- Certidão de regularidade perante o Conselho Profissional, contendo declaração de ausência de punição profissional nos últimos 2 (dois) anos

Os documentos deverão ser enviados digitalizados, juntamente com a presente ficha de inscrição preenchida e assinada, para o e-mail juridico@institutoibem.med.br

Telefones para dúvidas e/ou esclarecimentos: (15) 3232-0087
(15) 98155-9191
(15) 98155-9090

Autorizo o Instituto Brasileiro de Equipamentos Médicos – IBEM – a consultar os dados e informações junto aos órgãos integrantes do Poder Judiciário e outros que se fizerem necessários.

Local e Data

Assinatura do Sócio Administrador