



**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SERGIPE**

Ilmº Sr. Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe.

RAZÃO SOCIAL

NOME FANTASIA

C.N.P.J.:

ENDEREÇO

NÚMERO

BAIRRO

MUNICÍPIO

C.E.P.

ESTADO:

REGISTRO

CADASTRO

RESPONSÁVEL TÉCNICO

CRM

De acordo com o disposto na Lei nº 6.839/80 e na Resolução CFM 1.716/2004, vem por meio deste pedir deferimento:

_____, _____ de _____ de _____

CRM

ASS. RESP. TÉCNICO

LIVRO: FOLHA: C.R.M-PJ: DATA ___/___/___ ASS.FUNC.

I	SOLICITAÇÃO DE:	INSCRIÇÃO																				
<input type="checkbox"/> REGISTRO <input type="checkbox"/> CADASTRO <input type="checkbox"/> ATUALIZAÇÃO DE DADOS:		Nº <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table> (a cargo do CRM):																				
II	IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE																					
1 – Razão Social																						
2 – Designação de Fantasia / Nome Usual																						
3 – Endereço																						
4 – Município	5 – UF	6 – CEP																				
8 – Inscrição no CGC-MF		7 - Telefone																				
9 – Lic. de Func/SES		Validade																				
10 – Instrumento de Constituição	11 – Num.	Liv. Folha 12 – Data																				
13 – Estabelecimento <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Filial <input type="checkbox"/> Matriz																						
14 – Nome da Entidade Mantenedora		Natureza Jurídica																				
15 – Endereço																						
16 – Endereço	17 – U.F.	18 – CEP																				
19 – Telefone																						
III	CARACTERÍSTICAS DO ESTABELECIMENTO																					
1 - <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Sem Fins Lucrativos <input type="checkbox"/> Com Fins Lucrativos																						
2 - <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal																						
3 - <input type="checkbox"/> Inst. P/Poder Público <input type="checkbox"/> Fundação <input type="checkbox"/> Autarquia <input type="checkbox"/> Emp. Pública <input type="checkbox"/> Sindicato																						
4 - Categoria: <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Militar																						
5 - Corpo Clínica: <input type="checkbox"/> Aberto <input type="checkbox"/> Fechado <input type="checkbox"/> Misto																						
IV	CLASSIFICAÇÃO																					
1 - <input type="checkbox"/> Posto de Saúde																						
2 - <input type="checkbox"/> Centro de Saúde																						
3 - <input type="checkbox"/> Posto de Assist. Méd.																						
4 - <input type="checkbox"/> Clínica Radiológica																						
5 - <input type="checkbox"/> Lab. De Análises Clínicas																						
6 - <input type="checkbox"/> Clínica																						
7 - <input type="checkbox"/> Hospital Especializado																						
8 - <input type="checkbox"/> Hospital Geral																						
9 - <input type="checkbox"/> _____																						
V	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS																					
1 - <input type="checkbox"/> Prevenção																						
2 - <input type="checkbox"/> Terapêutica																						
3 - <input type="checkbox"/> Reabilitação																						
4 - <input type="checkbox"/> Complem. Diagn.																						
5 - <input type="checkbox"/> _____																						
6 - <input type="checkbox"/> _____																						
7 - <input type="checkbox"/> _____																						
8 - <input type="checkbox"/> _____																						
VI	UNIDADES OU SERVIÇOS DISPONÍVEIS																					
1 - <input type="checkbox"/> Ambulatório																						
2 - <input type="checkbox"/> Internação																						
3 - <input type="checkbox"/> Emergência																						
4 - <input type="checkbox"/> C. Cirúrgico																						
5 - <input type="checkbox"/> C. Obstétrico																						
6 - <input type="checkbox"/> Unud. Recup. Anestésica																						
7 - <input type="checkbox"/> U.T.I.																						
8 - <input type="checkbox"/> Banco de Sangue																						
9 - <input type="checkbox"/> Laboratório																						
10 - <input type="checkbox"/> Anat. Patológica																						
11 - <input type="checkbox"/> Radiol. Clínica																						
12 - <input type="checkbox"/> Unidade Coronariana																						
13 - <input type="checkbox"/> Reabilitação																						
14 - <input type="checkbox"/> Arquivo Médico																						
15 - <input type="checkbox"/> Farmácia/Disp. Medicam.																						
16 - <input type="checkbox"/> Lactário																						
17 - <input type="checkbox"/> Serviço de Nutrição																						
18 - <input type="checkbox"/> _____																						

VII	RECURSOS MATERIAIS				
1 – Número de Leitos:					
	Clínicos _____	Pediátricos _____	Oncologia _____		
	Cirúrgicos _____	Psiquiátricos _____	U.T.I _____		
	Obstétricos _____	Isolamento _____	Outros _____	Total _____	
2 – Número de:					
	Berços _____	Consultório _____	_____	_____	
	Salas de RX _____	Sl. Cirurgia _____	_____	_____	
3 – Informações Complementares:					
	<input type="checkbox"/> Auditório	<input type="checkbox"/> Biblioteca	<input type="checkbox"/> Vestiário de Funcionários		
VIII	INSTALAÇÕES				
1 - <input type="checkbox"/> Próprias <input type="checkbox"/> Alugadas					
2 - <input type="checkbox"/> Adaptadas <input type="checkbox"/> Cedidas <input type="checkbox"/> construídas para a finalidade Atual					
IX	NÚMERO DE FILIAIS: _____				
X	RECURSO HUMANOS				
1 – Área Médica: Médicos _____ Médicos Estagiários _____ Médicos Residentes _____					
	Estudantes (Internos) _____	_____	_____	Total de Médicos _____	
2 – Relação de trabalho (nº de médicos): Com Vinc. Empreg. _____ Sem Vinc. Empreg. _____ Sócios _____					
3 – Remuneração <input type="checkbox"/> Salários <input type="checkbox"/> Pro-Labore <input type="checkbox"/> honorários <input type="checkbox"/> Outros					
4 – Outros Profissionais de Saúde Aux. Enfermagem _____ Atendentes _____ Enfermeiros _____					
	Assist. Sociais _____	Biólogos _____	Dentistas _____	Farmacêuticos _____	
	Fisioterapeutas/TO _____	Fonoaudiólogos _____	Nutricionistas _____	Psicólogos _____	
XI	RESPONSABILIDADE TÉCNICA				
Nome			CRM nº		
XII	COMISSÃO DE ÉTICA				
Nomes:					
	_____	_____	_____	_____	CRM nº _____
	_____	_____	_____	_____	CRM nº _____
	_____	_____	_____	_____	CRM nº _____
	_____	_____	_____	_____	CRM nº _____
	_____	_____	_____	_____	CRM nº _____
	_____	_____	_____	_____	CRM nº _____
	_____	_____	_____	_____	CRM nº _____
XIII	CÁLCULO DE ANUIDADES E TAXAS				
1 – Capital Social		2 –	3 – Anuidade Devida	4 – Taxa de Inscrição	5 – Isento
R\$ _____	R\$ _____	R\$ _____	R\$ _____	R\$ _____	<input type="checkbox"/>
Local: _____					
Data: ____/____/____					

Assinatura do Responsável Técnico					

CLASSIFICAÇÃO:

1. () Consultório Médico Geral (acima de duas especialidades – não efetua procedimentos).
2. () Consultório Médico Especializado (até duas especialidades – não efetua procedimentos).
3. () Ambulatório de Assistência Médica Geral (acima de duas especialidades).
4. () Ambulatório de Assistência Médica Especializada (até duas especialidades).
5. () Ambulatório de Assistência Médica Patronal (ambulatório para empregados de empresa).
6. () Instituição de Medicina do Trabalho.
7. () Unidade Básica de Saúde.
8. () Clínica Geral (acima de duas especialidades – efetua pequenos procedimentos).
9. () Clínica Especializada (até duas especialidades – efetua pequenos procedimentos).
10. () Centro de Estudos (exceto os combinados com Centro de Pesquisas).
11. () Centro de Pesquisas (exceto os combinados com Centro de Estudos).
12. () Centro de Estudos e Pesquisas.
13. () Centro de Diagnóstico por Imagem.
14. () Hospital-Dia (internação até 12 horas).
15. () Laboratório Geral (acima de duas especialidades).
16. () Laboratório Especializado (até duas especialidades).
17. () Serviços de Apoio Diagnóstico.
18. () Centro de Investigações Clínicas.
19. () Pronto-Socorro Geral (acima de duas especialidades).
20. () Pronto-Socorro Especializado (até duas especialidades).
21. () Hospital Geral de Grande Porte (acima de duas especialidades e com mais de 150 leitos).
22. () Hospital Geral de Médio Porte (acima de duas especialidades e de 51 a 150 leitos).
23. () Hospital Geral de Pequeno Porte (acima de duas especialidades e de 1 a 50 leitos).
24. () Hospital Especializado de Grande Porte (até duas especialidades e com mais de 150 leitos).
25. () Hospital Especializado de Médio Porte (até duas especialidades e de 51 a 150 leitos).
26. () Hospital Especializado de Pequeno Porte (até duas especialidades e de 1 a 50 leitos).
27. () Casa de Repouso.
28. () Clínica de Repouso.
29. () Instituição de Assistência a Deficientes Mentais e/ou Físicos.
30. () Clínicas e Casas de Saúde de Pequena Complexidade.
31. () Clínicas e Casas de Saúde de Média Complexidade.
32. () Clínicas e Casas de Saúde de Grande Complexidade.
33. () Prestação de Serviços Médicos através de contratos e convênios com .
34. () Serviços de Remoção.
35. () Operadora de Planos de Saúde.
36. () Serviços de Cuidados Domiciliares (Home Care).
37. () Administração de Serviços Médicos (Cooperativa/Seguradora).
38. () Assessoria e Consultoria de Serviços Médicos.
39. () Auditoria Médica.
40. () Centro de Habilitação (exceto os combinados com Reabilitação).
41. () Centro de Reabilitação (exceto os combinados com Habilitação).
42. () Centro de Habilitação e Reabilitação.
43. () Consultórios de Saúde da Família.
44. () Banco de Sangue.
45. () Instituto Médico-Legal - IML.
46. () Clínica de Vacinação.
47. () Maternidade.
48. () Banco de Olhos (inclusive córneas).
49. () Banco de Tecidos.
50. () Banco de Sêmen.
51. () Banco de Leite.
52. () Centro de Transplante de Medula Óssea.
53. () Serviço de Verificação de Óbitos.
54. () Unidade Hospitalar fluvial.
55. () Outros.

DECLARAÇÃO

Eu, _____

_____ CRM _____,
declaro para os devidos fins que tenho ciência e aceito ser responsável técnico
pela Empresa denominada _____

Inscrita sob numero de CRM _____ Conforme as Resoluções CFM 1342/2001 e
1352/92.

_____/SE, ____ de _____ de _____

_____ CRM _____

Assinatura por extenso

INFORMAÇÕES CORPO SOCIETÁRIO

NOME(S) DO(S) SOCIO(S):

CRM	NOME				
ENDEREÇO:					
Nº		EDFº		BAIRRO:	
APTº:		ESTADO:		FONE:	
				CEL:	

CRM	NOME				
ENDEREÇO:					
Nº		EDFº		BAIRRO:	
APTº:		ESTADO:		FONE:	
				CEL:	

CRM	NOME				
ENDEREÇO:					
Nº		EDFº		BAIRRO:	
APTº:		ESTADO:		FONE:	
				CEL:	

CRM	NOME				
ENDEREÇO:					
Nº		EDFº		BAIRRO:	
APTº:		ESTADO:		FONE:	
				CEL:	

CRM	NOME				
ENDEREÇO:					
Nº		EDFº		BAIRRO:	
APTº:		ESTADO:		FONE:	
				CEL:	

CRM	NOME				
ENDEREÇO:					
Nº		EDFº		BAIRRO:	
APTº:		ESTADO:		FONE:	
				CEL:	

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

O médico responsável técnico abaixo assinado, assume perante o Conselho Regional de Medicina do, Estado de Sergipe a inteira responsabilidade pelos dados declarados neste requerimento, bem como pela parte técnica do estabelecimento conforme Resolução CFM nº. 1.716/2004. Estando ciente de que deverá informar ao conselho qualquer mudança que ocorrer no quadro funcional médico ou na estrutura física e nas alterações contratuais, assim como a mudança do responsável técnico da instituição para a qual estou solicitando nesta data o registro.

_____, _____ de _____ de _____
Local

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

MODELO PARA PEDIDO DE INSPEÇÃO/FISCALIZAÇÃO E/OU LAUDO DE CAPACITAÇÃO TÉCNICA.

Solicitar através de expediente (Ofício) dirigido ao presidente do CREMESE, em papel timbrado, especificando as especialidades que deverão ser fiscalizadas não esquecendo também de incluir o número da inscrição da pessoa jurídica no CRM e no caso de participação em licitação, informar data, mês e ano em que à mesma se realizará.

01 – Descrição da clínica/hospital - (razão social, endereço e telefone).

02 – Espaço físico – (descrever as instalações físicas, incluindo salas de consultas, salas de exames com respectivos aparelhos etc.)

03 – Informar o número de salas de consultórios.

04 – Informar quantidade de salas para exames com os respectivos aparelhos e marcas.

05–Informar cirurgias realizadas, procedimentos ambulatoriais sob anestesia/sedação e/ou internamentos. Apresentar cópia do convênio realizado com hospital de porte III (que possua U.T.I.) e com transporte de pacientes (ambulância equipada adequadamente); observar as resoluções CFM nº 1363/93, 1409/94 e 1672/2003.

06 -Caso queira que conste no laudo o(s) nome(s) do(s) médico(s) responsável(is) técnico(s) por especialidade(s), deve(m) constar no próprio pedido, o(s) nome(s) completo(s) do(s) médico(s), com respectivo(s) número(s) de CRM (`s), bem como a respectiva especialidade. É necessária, também, a declaração de responsabilidade técnica por cada especialidade, conforme modelo anexo.

07 -Relação do corpo clínico com o nome completo do médico com respectivo número do CRM (são todos os médicos que prestam algum tipo de serviço, inclusive anesthesiologista.

08 -Caso exista plantão, acrescentar a escala dos plantonistas, com os nomes completos dos médicos, números do CRM`s e especialidades.

09 - Relação dos serviços de apoio ao exercício da medicina.
Exemplo: (lavanderia, laboratório, necrotério, almoxarifado, farmácia etc.)

10 -O pedido deverá ser assinado pelo diretor clínico ou responsável técnico pela empresa solicitante.

Obs: O relatório só será expedido após comprovação da regularidade dos profissionais médicos com a tesouraria do CREMESE.

MODELO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que eu, Dr.(a) _____ CRM _____ sou responsável técnico pelas atividades desenvolvidas na especialidade _____ Junto a Pessoa Jurídica _____, Inscrito(a) no conselho sob CRM nº _____.

Aracaju, ____ de _____ de _____

Assinatura por extenso