



CREMERJ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



Nº de Registro:

52

- PJ

I – SOLICITAÇÃO DE:

Registro Cadastro Renovação Subst. Diretor Técnico Cancelamento
Outros:

II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Razão Social:

Nome Usual:

Endereço:

Nº:

Complemento:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

Telefone/Fax:

E-mail (específico da Empresa):

CNPJ:

Alvará:

CNES:

Nome da Entidade Mantenedora:

CNPJ:

III – CARACTERÍSTICAS DO ESTABELECIMENTO

02 – Natureza Jurídica

Público

Federal

Estadual

Municipal

Privado

Com Fins Lucrativos

Sem Fins Lucrativos

IV – CLASSIFICAÇÃO

01 – Com Internação

Hospital

Clínica/Casa de Saúde

Posto de Assistência/Unidade Mista

Geral

Especializado (a) ()

02 – Sem Internação

Posto de Saúde/Centro de Saúde

Consultório

Laboratório de Análises Clínicas

Patologia Clínica

Posto de Coleta

Lab. de Anatomia Patol. e Citopatologia

Clínica Radiológica/Imagemologia

Serviço de Remoção

Convênios de Assistência Médica

Medicina de Grupo

Cooperativa

Seguradora

Plano de Autogestão

Outros

Clínica

Geral

Especializada ()

Ambulatório de:

Clube

Colégio

Empresa

Outros ()

Prestador de Serviço Terceirizado (Natureza dos Serviços) ()

V – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

01 – Data da última alteração do Contrato Social ou Estatuto (do Registro Civil Pessoa Jurídica ou JUCERJA): ____/____/____.

02 – Corpo Clínico (médicos) sem alterações desde a última renovação;

Corpo Clínico alterado (médicos) – Encaminhar somente o nome dos médicos incluídos e/ou excluídos do Corpo Clínico desde a última atualização. (FAVOR ANEXAR ALTERAÇÕES COM O NOME COMPLETO E CRM DOS MÉDICOS E ASSINADO PELO D.T.)

03 – Especialidades Desenvolvidas na Empresa (CAMPO OBRIGATÓRIO): _____

04 – Existem Serviços Terceirizados no Estabelecimento?

NÃO

SIM (Encaminhar em papel timbrado da empresa e assinado pelo D.T. o nome e nº. de registro do CRM-PJ e o serviço prestado)

05 – Número de Leitos:

VI – CAPITAL SOCIAL

Matriz

R\$

Filial

R\$

VII – DIRETOR TÉCNICO

Nome:

CRM / 52

O MÉDICO RESPONSÁVEL, ABAIXO ASSINADO, ASSUME PERANTE O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, A INTEIRA RESPONSABILIDADE PELOS DADOS NESTE REQUERIMENTO E NOS ANEXOS, BEM COMO PELA PARTE TÉCNICA DO ESTABELECIMENTO (ARTIGO 9 DA RESOLUÇÃO CFM 1716/04).

Local:

Data:

(Assinatura do Diretor Técnico)

CAMPO RESERVADO PARA USO DO FUNCIONÁRIO DO CREMERJ

Deferido
Data: ____/____/____
Ass.: _____ Presidente

Solicitação de: _____

O Requerimento será deferido somente após formado processo com todos os documentos assinalados abaixo.

____/____/____

Funcionário do CREMERJ

Recebido em: ____/____/____

Por:

DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA CONCESSÃO DO REQUERIDO

- A. Cópia (legível) do Contrato Social, Estatuto, Atas e Alterações devidamente registradas no órgão competente – Registro Civil de Pessoas Jurídicas ou JUCERJA, ou Certidão desses órgãos, declarando a data da constituição e o capital social da empresa.
- B. Cópia (legível) do Instrumento de Alteração Contratual, devidamente registrado no órgão competente.
- C. Cópia (legível) do Instrumento de Distrato Social e/ou Baixa CNPJ.
- D. Cópia (Legível) do CNPJ.
- E. Cópia (legível) do Alvará ou Protocolo.
- F. Cópia (legível) da Licença do Departamento de Higiene e Vigilância Sanitária e/ou Protocolo.
- G. Cópia (legível) da identidade médica do Diretor Técnico.
- H. Declaração informando a substituição da responsabilidade técnica da empresa devidamente assinado pelo antigo e o novo responsável técnico em papel timbrado da empresa.
- I. Cópia (legível) do recibo de pagamento da anuidade do exercício.
- J. Se aplicável, cópia (legível) da Certidão do Conselho Nacional de Serviço Social- FILANTROPIA.
- K. Se aplicável, relação das Comissões de Revisão de Óbito e Infecção Hospitalar constando nome completo e nº de classe dos componentes devidamente assinada pelo Diretor Técnico em papel timbrado da empresa, conforme Resolução CRM nº 40/1992 e CRM nº 83/1995.
- L. Se aplicável, relação da Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica constando nome completo e nº de classe dos componentes devidamente assinada pelo Diretor Técnico em papel timbrado da empresa, conforme Resolução CRM nº 115/1997.
- M. Se aplicável, pagamento da taxa de alteração contratual/estatutária no valor de R\$_____ referente à alteração contratual apresentada que não faz parte integrante do processo arquivado neste Conselho.
- N. Anexo: Relação do Corpo Clínico, constando o nome, Nº de CRM.
- O. Outros:

INFORMAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

O Requerente deve prestar as informações solicitadas neste documento e nos anexos, em letra legível. No caso de requerimento de Inscrição ou Cadastro, não preencher o campo nº de Registro, que será preenchido pelo CREMERJ. Quando se tratar de alteração, assinalar o quadro ao lado do item que está sendo alterado. No caso de dúvidas para o preenchimento, consulte o CREMERJ.



CREMERJ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



Nº de Registro:

52

- PJ

VIII – CORPO CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO:

RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome:

CRM:

SOMENTE RELACIONAR OS MÉDICOS E IDENTIFICAR COM O “X” OS CAMPOS ABAIXO, INCLUSIVE OS CAMPOS DE INCLUIR E EXCLUIR MÉDICOS

CRM	NOME	C. Clin.	Sócio	Diretor	Incluir	Excluir
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						
52-						

O MÉDICO RESPONSÁVEL, ABAIXO ASSINADO, ASSUME PERANTE O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, A INTEIRA RESPONSABILIDADE PELOS DADOS DECLARADOS NESTE DOCUMENTO.

Local:

Data:

(Assinatura do Diretor Técnico)