

<b>I</b>	<b>SOLICITAÇÃO DE:</b>	INSCRIÇÃO								
<input type="checkbox"/> REGISTRO <input type="checkbox"/> CADASTRO <input type="checkbox"/> ATUALIZAÇÃO DE DADOS:		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> (a cargo do CRM)								
<b>II</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>									
1 – Razão Social										
2 – Designação de Fantasia / Nome Usual										
3 – Endereço										
4 – Município		5 – UF	6 – CEP							
8 – Inscrição no CGC-MF		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								
<b>III</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DO ESTABELECIMENTO</b>									
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								
<b>IV</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>									
1 - <input type="checkbox"/> Posto de Saúde		4 - <input type="checkbox"/> Clínica Radiológica								
2 - <input type="checkbox"/> Centro de Saúde		5 - <input type="checkbox"/> Lab. De Análises Clínicas								
3 - <input type="checkbox"/> Posto de Assist. Méd.		6 - <input type="checkbox"/> Clínica								
		7 - <input type="checkbox"/> Hospital Especializado								
		8 - <input type="checkbox"/> Hospital Geral								
		9 - <input type="checkbox"/> _____								
<b>V</b>	<b>ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</b>									
1 - <input type="checkbox"/> Prevenção		4 - <input type="checkbox"/> Reabilitação								
2 - <input type="checkbox"/> Terapêutica		5 - <input type="checkbox"/> Complem. Diagn.								
		7 - <input type="checkbox"/> _____								
		8 - <input type="checkbox"/> _____								

<b>VI</b>	<b>UNIDADES OU SERVIÇOS DISPONÍVEIS</b>	
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"/> _____

<b>VII</b>	<b>RECURSOS MATERIAIS</b>		
<b>1 – Número de Leitos:</b>			
Clínicos _____	Pediátricos _____	Oncologia _____	
Cirúrgicos _____	Psiquiátricos _____	U.T.I _____	
Obstétricos _____	Isolamento _____	Outros _____	Total _____
<b>2 – Número de:</b>			
Berços _____	Consultório _____	_____	_____
Salas de RX _____	Sls. Cirurgia _____	_____	_____
<b>3 – Informações Complementares:</b>			
<input type="checkbox"/> Auditório	<input type="checkbox"/> Biblioteca	<input type="checkbox"/> Vestiário de Funcionários	

<b>VIII</b>	<b>INSTALAÇÕES</b>
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

<b>IX</b>	<b>NÚMERO DE FILIAIS: _____</b>
-----------	---------------------------------

<b>X</b>	<b>RECURSO HUMANOS</b>		
<b>1 – Área Médica:</b>			
Médicos _____	Médicos Estagiários _____	Médicos Residentes _____	
Estudantes (Internos) _____	_____	Total de Médicos _____	
<b>2 – Relação de trabalho (nº de médicos):</b>			
Com Vinc. Empreg. _____	Sem Vinc. Empreg. _____	Sócios _____	
<b>3 – Remuneração</b>			
<input type="checkbox"/> Salários	<input type="checkbox"/> Pro-Labore	<input type="checkbox"/> honorários <input type="checkbox"/> Outros	
<b>4 – Outros Profissionais de Saúde</b>			
Aux. Enfermagem _____	Atendentes _____	Enfermeiros _____	
Assist. Sociais _____	Biólogos _____	Dentistas _____	Farmacêuticos _____
Fisioterapeutas/TO _____	Fonoaudiólogos _____	Nutricionistas _____	Psicólogos _____

<b>XI</b>	<b>RESPONSABILIDADE TÉCNICA</b>
<b>Nome</b> _____	<b>CRM nº</b> _____

<b>XII</b>	<b>COMISSÃO DE ÉTICA</b>
<b>Nomes:</b>	
_____	<b>CRM nº</b> _____
_____	<b>CRM nº</b> _____
_____	<b>CRM nº</b> _____
_____	<b>CRM nº</b> _____
_____	<b>CRM nº</b> _____
_____	<b>CRM nº</b> _____
_____	<b>CRM nº</b> _____

--	--

XIII	CÁLCULO DE ANUIDADES E TAXAS			
1 – Capital Social	2 –	3 – Anuidade Devida	4 – Taxa de Inscrição	5 – Isento
R\$ _____	R\$ _____	R\$ _____	R\$ _____	<input type="checkbox"/>
Local: _____				
Data: ____/____/____				
_____				
Assinatura do Responsável Técnico				

### **ESCOLHER UMA DAS CLASSIFICAÇÕES ABAIXO**

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
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 DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

O médico responsável técnico abaixo assinado, assume perante o Conselho Regional de Medicina do, Estado de Pernambuco 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**

## QUALIFICAÇÃO DOS SÓCIOS (NA FALTA DE ESPAÇOS, RELACIONAR EM FOLHA À PARTE).

NOME	ESTADO CIVIL
PROFISSÃO	Nº. DE CRM OU DOCUMENTO DE IDENTIDADE
ENDEREÇO	TELEFONE

NOME	ESTADO CIVIL
PROFISSÃO	Nº. DE CRM OU DOCUMENTO DE IDENTIDADE
ENDEREÇO	TELEFONE

NOME	ESTADO CIVIL
PROFISSÃO	Nº. DE CRM OU DOCUMENTO DE IDENTIDADE
ENDEREÇO	TELEFONE

NOME	ESTADO CIVIL
PROFISSÃO	Nº. DE CRM OU DOCUMENTO DE IDENTIDADE
ENDEREÇO	TELEFONE

NOME	ESTADO CIVIL
PROFISSÃO	Nº. DE CRM OU DOCUMENTO DE IDENTIDADE
ENDEREÇO	TELEFONE

NOME	ESTADO CIVIL
PROFISSÃO	Nº. DE CRM OU DOCUMENTO DE IDENTIDADE
ENDEREÇO	TELEFONE

DIRETOR CLÍNICO:	CRM:
RESPONSÁVEL TÉCNICO:	CRM:

### COMISSÃO DE ÉTICA

PRESIDENTE:	CRM:
1º SECRETÁRIO:	CRM:
2º SECRETÁRIO:	CRM:

### RESPONSÁVEL PELA ESCRITA FISCAL

NOME	CRC Nº.
ENDEREÇO	TELEFONE

O MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO ABAIXO ASSINADO, ASSUME PERANTE O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO \_\_\_\_\_, A INTEIRA RESPONSABILIDADE PELOS DADOS DECLARADOS NESTE REQUERIMENTO, BEM COMO PELA PARTE TÉCNICA DO ESTABELECIMENTO (ARTIGOS 9º AO 12 DO ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM Nº. 1.716/2004). ESTOU CIENTE DE QUE DEVEREI INFORMAR AO CONSELHO QUALQUER MUDANÇA QUE OCORRER NO QUADRO FUNCIONAL MÉDICO OU NA ESTRUTURA FÍSICA, NAS FINALIDADES 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

