



CRM-AC

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ACRE



REQUERIMENTO PESSOA JURÍDICA

Requerimento - Pessoa Jurídica				P/ USO EXCLUSIVO DO SAP	
Nº DE REGISTRO DO ESTABELECIMENTO		Nº DE INSCRIÇÃO NO CNPJ/MF		P/ USO EXCLUSIVO DO SDR	
OBJETO DESTE REQUERIMENTO () REGISTRO () 2ª VIA DE CERTIFICADO () CADASTRO () CANCELAMENTO () ALTERAÇÃO () CERTIDÃO () RENOVAÇÃO () RETIFICAÇÃO		ESTABELECIMENTO A QUE SE REFERE () ÚNICO () FILIAL COM MATRIZ EM OUTRA UF () MATRIZ () FILIAL SEM CAPITAL () FILIAL COM CAPITAL		P/ USO EXCLUSIVO DO TSE	
Nº DE MEDICO DO CORPO CLÍNICO		Nº DE LEITOS NO ESTABELECIMENTO			
NOME DO ESTABELECIMENTO					
RAZÃO SOCIAL:					
NOME FANTASIA:					
NOME DO MATENEDOR (RAZÃO SOCIAL, ESTABELECIMENTO PROPRIETÁRIO OU MATRIZ)				Nº REGISTRO DA MATRIZ	
ENDEREÇO COMPLETO DO ESTABELECIMENTO (RUA, AVENIDA, PRAÇA, ANDAR, SALA, CONJUNTO, ETC)					
BAIRRO		CIDADE		UF	CEP
TELEFONES (INCLUSIVE DDD)			ENDEREÇO ELETRONICO		
NATUREZA JURIDICA (EX: S/A, S/C, P/ QUOTAS, ETC)			TIPO DE ESTABELECIMENTO (EX: CLINICA, LABORATÓRIO, AMBULATÓRIO, ETC)		
CAPITAL SOCIAL (EM REAIS)			CAPITAL SOCIAL DESTACADO NA FILIA (EM REAIS)		
ESPECIALIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTABELECIMENTO (EX: PEDIATRIA, CARDIOLOGIA, GINECOLOGIA, ETC)					
NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO				Nº DO CRM	
NOME DO DIRETOR CLINICO (SOMENTE PREENCHER QUANDO DIFERIR DO RESPONSÁVEL TÉCNICO)				Nº DO CRM	

_____ -AC_____ DE _____ DE 20_____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO



CRM-AC

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ACRE



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ACRE
QUALIFICAÇÃO DOS SÓCIOS (NA FALTA DE ESPAÇOS, RELACIONAR EM FOLHA A PARTE)

Nome:	Estado civil:
Profissão:	Nº. do CRM ou Identidade:
Endereço:	Telefone:

Nome:	Estado civil:
Profissão:	Nº. do CRM ou Identidade:
Endereço:	Telefone:

Diretor Clínico:	CRM:
Responsável Técnico:	CRM:

Comissão Ética:

Presidente:	CRM:
1º Secretário:	CRM:
2º Secretário:	CRM:

EU, RESPONSÁVEL TÉCNICO ABAIXO ASSINADO, ASSUMO PERANTE O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ACRE, A INTEIRA RESPONSABILIDADE PELOS DADOS DECLARADOS NESTE REQUERIMENTO, BEM COMO PELA PARTE TÉCNICA DO ESTABELECIMENTO (ARTIGOS 9º AO 12º DO ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM 1971/2011). ESTOU CIENTE QUE DEVEREI INFORMAR AO CONSELHO QUALQUER MUDANÇA QUE OCORRER NO QUADRO FUNCIONAL (CORPO CLINICO) OU NA ESTRUTURA FÍSICA, NAS FINALIDADES E NAS ALTERAÇÕES CONTRATUAIS.

ASSIM COMO A MUDANÇA DE RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO PARA A QUAL ESTOU SOLICITANDO NESTA DATA O REGISTRO.

_____, _____ DE _____ DE _____
(LOCAL)

(ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO)



CRM-AC

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ACRE



FICHA DE DECLARAÇÃO DE DADOS DA EMPRESA

I	SOLICITAÇÃO DE	INSCRIÇÃO			
	a - () Registro b - () Cadastro c - () Atualização de Dados d - () Renovação Certificado da Empresa	Nº _____			
II	IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				
RAZÃO SOCIAL					
DESIGNAÇÃO DE FANTASIA/ NOME USUAL					
ENDEREÇO					
MUNICIPIO		UF	CEP	TELEFONE	
INSCRIÇÃO DO CNPJ		LIC. DE FUNC/ SES		VALIDADE	
INSTRUMENTO DE CONSTITUIÇÃO		Nº	LIVRO	FOLHA	DATA
ESTABELECIMENTO	ÚNICO ()	FILIAL COM CAPITAL SOCIAL ()	FILIAL SEM CAPITAL SOCIAL ()		MATRIZ ()
NOME DA EMPRESA MANTENEDORA			NATUREZA JURIDICA		
ENDEREÇO					
MUNICIPIO		UF	CEP:	TELEFONE	
III	CARACTERÍSTICAS DO ESTABELECIMENTO				
NATUREZA JURIDICA		CATEGORIA	TIPO CORPO CLINICO	FORMA DE INSTITUIÇÃO	
IV	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS				

_____ -AC, _____ DE _____ DE 20_____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO



CRM-AC

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ACRE



DADOS DA EMPRESA

IDENTIFICAÇÃO:	
Razão Social:	
Nome Fantasia:	
Endereço:	
CEP:	Telefones:
E-mail:	
CNPJ:	
DADOS ADMINISTRATIVOS:	
Público: <input type="checkbox"/>	Privado: <input type="checkbox"/>
Privado – Capital Social:	
CLASSIFICAÇÃO:	
Obs.: Assinale EXCLUSIVAMENTE uma opção.	
1. <input type="checkbox"/> Consultório Médico Geral – Acima de duas Especialidades – não efetua procedimentos;	2. <input type="checkbox"/> Consultório Médico Especializado – Até duas Especialidades – não efetua procedimentos;
3. <input type="checkbox"/> Ambulatório de Assistência Médica Geral – Acima de duas Especialidades;	4. <input type="checkbox"/> Ambulatório de Assistência Médica Especializada – até duas Especialidades;
5. <input type="checkbox"/> Ambulatório de Assistência Médica Patronal – ambulatório para empregados da empresa;	6. <input type="checkbox"/> Instituição de Medicina do Trabalho;
7. <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde;	8. <input type="checkbox"/> Clínica Geral - acima de duas Especialidades – efetua procedimentos;
9. <input type="checkbox"/> Clínica Especializada – até duas Especialidades – efetua procedimentos;	10. <input type="checkbox"/> Centro de Estudos – exceto os combinados com Centro de Pesquisas;
11. <input type="checkbox"/> Centro de Pesquisas – Exceto os combinados com Centro de Estudos;	12. <input type="checkbox"/> Centro de Estudos e Pesquisas;
13. <input type="checkbox"/> Centro de Diagnóstico por Imagem;	14. <input type="checkbox"/> Hospital – Dia – Internação até 12 (doze) horas;
15. <input type="checkbox"/> Laboratório Geral – Acima de duas especialidades;	16. <input type="checkbox"/> Laboratório Especializado – Até duas Especialidades;



CRM-AC

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ACRE



17. <input type="checkbox"/> Serviços de Apoio Diagnóstico;	18. <input type="checkbox"/> Centro de Investigações Clínicas;
19. <input type="checkbox"/> Pronto-Socorro Geral – Acima de duas Especialidades;	20. <input type="checkbox"/> Pronto-Socorro Especializado – Até duas Especialidades;
21. <input type="checkbox"/> Hospital Geral de Grande Porte – acima de duas Especialidades e com mais de 150 leitos;	22. <input type="checkbox"/> Hospital Geral de Médio Porte – acima de duas Especialidades e de 51 a 150 leitos;
23. <input type="checkbox"/> Hospital Geral de Pequeno Porte – acima de duas Especialidades e de 1 a 50 leitos;	24. <input type="checkbox"/> Hospital Especializado de Grande Porte – Até duas Especialidades e com mais de 150 leitos;
25. <input type="checkbox"/> Hospital Especializado de Médio Porte - Até duas Especialidades e de 51 a 150 leitos;	26. <input type="checkbox"/> Hospital Especializado de Pequeno Porte - Até duas Especialidades e de 1 a 50 leitos;
27. <input type="checkbox"/> Casa de Repouso;	28. <input type="checkbox"/> Clínica de Repouso;
29. <input type="checkbox"/> Instituição de Assistência a Deficientes Mentais e/ou Físicos;	30. <input type="checkbox"/> Clínica e Casa de Saúde de Pequena Complexidade;
31. <input type="checkbox"/> Clínica e Casa de Saúde de Média Complexidade;	32. <input type="checkbox"/> Clínicas e Casas de Saúde de Grande Complexidade;
33. <input type="checkbox"/> Prestação de Serviços Médicos através de Contratos/Convênios/Terceiros;	34. <input type="checkbox"/> Serviços de Remoção;
35. <input type="checkbox"/> Operadora de Planos de Saúde;	36. <input type="checkbox"/> Serviços de Cuidados Domiciliares – HOME CARE;
37. <input type="checkbox"/> Administração de Serviços Médicos – Cooperativa/Seguradora;	38. <input type="checkbox"/> Assessoria e Consultoria de Serviços Médicos;
39. <input type="checkbox"/> Auditoria Médica;	40. <input type="checkbox"/> Centro de Habilitação - Exceto os combinados com Reabilitação;
41. <input type="checkbox"/> Centro de Reabilitação;	42. <input type="checkbox"/> Centro de Habilitação e Reabilitação;
43. <input type="checkbox"/> Consultório de Saúde da Família;	44. <input type="checkbox"/> Banco de Sangue;
45. <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal – IML;	46. <input type="checkbox"/> Clínica de Vacinação;
47. <input type="checkbox"/> Maternidade;	48. <input type="checkbox"/> Banco de Olhos – Inclusive Córneas;
49. <input type="checkbox"/> Banco de Tecidos;	50. <input type="checkbox"/> Banco de Sêmen;
51. <input type="checkbox"/> Banco de leite;	52. <input type="checkbox"/> Centro de Transplante de Medula Óssea;
53. <input type="checkbox"/> Serviço de Verificação de Óbitos;	54. <input type="checkbox"/> Unidade Hospitalar Fluvial;
55. <input type="checkbox"/> Outros;	

*Rubricar nesta folha o Médico Responsável.



CRM-AC

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ACRE



DECLARAÇÃO

Eu, _____,
médico registrado neste Conselho Regional de Medicina do Estado do Acre
sob nº. _____, venho a presença de Vossa Senhoria informar que
aceito o cargo de Diretor Técnico da (o)

(Nome da Empresa)

Estou ciente das atribuições conforme determina a Resolução CFM nº. 1980/2011, bem como, 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 diretor técnico da instituição para a qual estou solicitando nesta data o registro.

(Assinatura do Responsável Técnico)

_____, _____ de _____ de _____.

(Local)



CRM-AC

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ACRE



RELAÇÃO DO CORPO CLÍNICO

PROFISSIONAIS MÉDICOS QUE PRESTAM SERVIÇOS À INSTITUIÇÃO			
RAZÃO SOCIAL: CRM:		RESPONSÁVEL TÉCNICO: CRM:	
NOME DO MÉDICO	CRM	ESPECIALIDADE/ ÁREA DE ATUAÇÃO	Nº REG. ESP.

_____ de _____ de 20____.

Responsável Técnico