



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

Protocolo Nº: _____
Data: ____/____/____
Assinatura: _____

Inscrição Nº: _____
Data: ____/____/____
Assinatura: _____

OBJETIVO DESTE REQUERIMENTO <input type="checkbox"/> Cadastro <input type="checkbox"/> Registro		NÚMERO DO CNPJ: _____._____/_____-____	
NÚMERO DE MÉDICOS QUE PRESTAM SERVIÇO AO ESTABELECIMENTO: _____		ESTABELECIMENTO A QUE SE REFERE: () ÚNICO () MATRIZ () FILIAL SEM CAPITAL () FILIAL COM CAPITAL () FILIAL COM MATRIZ EM OUTRA UF Nº REGISTRO DA MATRIZ: ____	
NATUREZA JURÍDICA: <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA		POSSUI FILIAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUANTAS? _____	
RAZÃO SOCIAL:			
NOME FANTASIA/USUAL:			
DOCTO. DE CONSTITUIÇÃO (CONTRATO/ESTATUTO)		DATA DO DCTO. ____/____/____	DATA DA ÚLTIMA ALTERAÇÃO DO DOCTO. ____/____/____
CAPITAL SOCIAL ATUAL: R\$ _____			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:		CEP:	
CIDADE:		UF:	
DDD:	TELEFONE:	E-MAIL:	
NOME DA ENTIDADE MANTENEDORA:			
BAIRRO:		CEP:	
CIDADE:		UF:	
DDD:	TELEFONE:	E-MAIL:	
ESPECIALIDADES DESENVOLVIDAS: (EX.: PEDIATRIA, GINECOLOGIA, ETC.)			
CLASSIFICAÇÃO:			
<input type="checkbox"/> Administração de Serviços Médicos		<input type="checkbox"/> Clínica Geral	
<input type="checkbox"/> Ambulatório de Assistência Médica Especializada		<input type="checkbox"/> Clínica e Hospital de Grande Complexidade	
<input type="checkbox"/> Ambulatório de Assistência Médica Geral		<input type="checkbox"/> Clínica e Hospital de Média Complexidade	
<input type="checkbox"/> Ambulatório de Assistência Médica Patronal		<input type="checkbox"/> Clínica e Hospital de Pequena Complexidade	
<input type="checkbox"/> Assessoria e Consultoria de Serviços Médicos		<input type="checkbox"/> Consultório de Saúde da Família	
<input type="checkbox"/> Auditoria Médica		<input type="checkbox"/> Hospital Dia	
<input type="checkbox"/> Banco de Leite		<input type="checkbox"/> Instituição de Assistência a Deficientes Mentais e/ou Físicos	
<input type="checkbox"/> Banco de Olhos		<input type="checkbox"/> Instituição de Medicina do Trabalho	
<input type="checkbox"/> Banco de Sangue		<input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal	
<input type="checkbox"/> Banco de Sêmen		<input type="checkbox"/> Laboratório Especializado	
<input type="checkbox"/> Banco de Tecido		<input type="checkbox"/> Laboratório Geral	
<input type="checkbox"/> Casa de Repouso		<input type="checkbox"/> Maternidade	
<input type="checkbox"/> Centro de Diagnóstico por imagem		<input type="checkbox"/> Operadora de Planos de Saúde	
<input type="checkbox"/> Centro de Estudos e Pesquisas		<input type="checkbox"/> Prestador de Serviços	
<input type="checkbox"/> Centro de Habilitação e Reabilitação		<input type="checkbox"/> Prestação de Serviços Médicos através de Contratos/Convênios Terceiros	
<input type="checkbox"/> Centro de Investigações Clínicas		<input type="checkbox"/> Pronto Socorro Geral	
<input type="checkbox"/> Centro de Pesquisas		<input type="checkbox"/> Serviço de Verificação de Óbitos	
<input type="checkbox"/> Centro de Reabilitação		<input type="checkbox"/> Serviço de Apoio Diagnóstico	
<input type="checkbox"/> Centro de Transporte de Medula Óssea		<input type="checkbox"/> Serviço de Cuidados Domiciliares – Home Care	
<input type="checkbox"/> Clínica de Repouso		<input type="checkbox"/> Serviço de Remoção	
<input type="checkbox"/> Clínica de Vacinação		<input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde	
<input type="checkbox"/> Clínica Especializada		<input type="checkbox"/> Unidade Hospitalar Fluvial	
		<input type="checkbox"/> Outros	
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:			
<input type="checkbox"/> Complementação Diagnóstica	<input type="checkbox"/> Pesquisa	<input type="checkbox"/> Reabilitação	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Ensino	<input type="checkbox"/> Prevenção	<input type="checkbox"/> Terapêutica	



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

SERVIÇOS DISPONÍVEIS:		
<input type="checkbox"/> 1. Agência Transfusional <input type="checkbox"/> 2. Alergia e Imunologia <input type="checkbox"/> 3. Ambulatório <input type="checkbox"/> 4. Anatomia Patológica <input type="checkbox"/> 5. Anestesia Geral p/ Odontologia <input type="checkbox"/> 6. Banco de Sangue <input type="checkbox"/> 7. Centro Cirúrgico <input type="checkbox"/> 8. Centro Obstétrico <input type="checkbox"/> 9. Clínica Médica <input type="checkbox"/> 10. Consultas Médicas <input type="checkbox"/> 11. Consultoria Médica <input type="checkbox"/> 12. Densitometria Óssea <input type="checkbox"/> 13. Dialise Peritoneal <input type="checkbox"/> 14. Eletrocardiografia <input type="checkbox"/> 15. Emagrecimento e Estética <input type="checkbox"/> 16. Emergência	<input type="checkbox"/> 17. Endoscopia Digestiva <input type="checkbox"/> 18. Ergometria <input type="checkbox"/> 19. Exames Cardiológicos <input type="checkbox"/> 20. Farmácia/Dispensa de Medicamentos <input type="checkbox"/> 21. Estudos Genéticos <input type="checkbox"/> 22. Hemodiálise <input type="checkbox"/> 23. Hemodinâmica <input type="checkbox"/> 24. Home Care <input type="checkbox"/> 25. Internação <input type="checkbox"/> 26. Laboratório <input type="checkbox"/> 27. Litotripsia <input type="checkbox"/> 28. Mamografia <input type="checkbox"/> 29. Maternidade <input type="checkbox"/> 30. Medicina do Trabalho e Consultoria a Empresa <input type="checkbox"/> 31. Medicina Nuclear <input type="checkbox"/> 32. Médico da Família	<input type="checkbox"/> 33. Nutrição Parenteral/Enteral <input type="checkbox"/> 34. Ortopedia e Traumatologia <input type="checkbox"/> 35. Quimioterapia <input type="checkbox"/> 36. Radiologia Clínica <input type="checkbox"/> 37. Radioterapia <input type="checkbox"/> 38. Reabilitação <input type="checkbox"/> 39. Sala de Vacinação <input type="checkbox"/> 40. Tomografia Computadorizada <input type="checkbox"/> 41. Transplante <input type="checkbox"/> 42. Transporte Aeromédico <input type="checkbox"/> 43. Ultrassom <input type="checkbox"/> 44. Unidade Coronariana <input type="checkbox"/> 45. Unidade de recuperação Anestésica <input type="checkbox"/> 46. Unidade móvel de atendimento <input type="checkbox"/> 47. U.T.I. Móvel de Atendimento <input type="checkbox"/> 48. Outros
RECURSOS MATERIAIS:		
NÚMERO DE LEITOS: Clínicos: _____ Pediátricos: _____ Oncologia: _____ Cirúrgicos: _____ Psiquiátricos: _____ U.T.I.: _____ Obstétricos: _____ Isolamento: _____ Berços: _____ Outros: _____ Total: _____		
NÚMERO DE SALAS: Consultórios: _____ Salas de Raio X: _____ Sala de Cirurgia: _____ Outros: _____ Total: _____		
RECURSOS HUMANOS:		
Área Médica? Médicos: _____ Médicos Estagiários: _____ Médicos Residentes: _____ Total de Médicos: _____ Estagiários Estrangeiros: _____		
OUTROS PROFISSIONAIS DA SAÚDE		
Auxiliar de Enfermagem: _____	Enfermeiro: _____	Biólogo: _____
Técnico em Enfermagem: _____	Assistente Social: _____	Fisioterapeuta/TO: _____
Farmacêutico/Bioquímico: _____	Dentista: _____	Psicólogo: _____
Fonoaudiólogo: _____	Nutricionista: _____	
<p>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.</p>		
Nome legível do Diretor Clínico: _____ CRM-UF: _____		
Local: _____ de _____ de _____		
Nome Legível do Responsável Técnico: _____ CRM-UF: _____		
_____ Assinatura do Responsável Técnico		



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

NOME DA EMPRESA: _____

Qual atividade abaixo relacionada à sua empresa desenvolve:

(ASSINALAR APENAS UMA ALTERNATIVA)

- Ambulatório (Policlínica/Centro Médico/Centro de Especialidades)
- Ambulatório de Assistência médica Patronal
- Assessoria e Consultoria de Serviços Médicos
- Banco de Sangue, Olhos, Órgãos, Leite e outras Secreções
- Casa/Clínica de Repouso
- Central de Transplantes
- Centro de Atenção Psicossocial
- Centro de Estudos e Pesquisas
- Centro de Saúde
- Clínica de Vacinação
- Clínica Especializada/Ambulatório Especializado
- Clínica Geral
- Consultório Médico:
 - Tipo I (Exerce a medicina básica sem procedimentos, sem anestesia local e sem sedação)
 - Tipo II (Executam procedimentos sem anestesia local e sem sedação).
 - Tipo III (Executam procedimentos invasivos de risco de anafilaxias, insuficiente respiratória e cardiovascular, inclusive aqueles com anestesia local sem sedação ou consultórios ou serviços onde se aplicam procedimentos para sedação leve e moderada).
 - Tipo IV (Executam procedimentos com anestesia local, mais sedação
- Cooperativa
- Hospital Especializado:
 - Grande Porte – Com capacidade instalada acima de 150 leitos;
 - Médio Porte – Com capacidade instalada de 51 a 150 leitos;
 - Pequeno Porte – Com capacidade instalada de 5 a 50 leitos;
- Hospital Geral:
 - Porte 1 – Com capacidade instalada acima de 150 leitos;



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

- () Porte 2 – Com capacidade instalada de 51 a 150 leitos;
- () Porte 3 – Com capacidade instalada de 5 a 50 leitos;
- () - Hospital/Dia – Isolado
- () - Laboratório Central de Saúde Pública –Lacen
- () - Laboratórios em Geral
- () - Laboratórios Especializados
- () - Operadoras de Planos de Saúde
- () - Outros/A definir
- () - Prestação de Serviços Médicos Terceirizados
- () - Regulação de Serviços de Saúde
- () - Reservado ao Sistema
- () - Secretarias de Saúde
- () - Serviços de Diagnóstico por Imagem
- () - Serviços de Auditoria
- () - Serviços de Cuidados Domiciliares – Home Care
- () - Serviços de Hemoterapia e/ou Hematologia
- () - Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência
- () - Telessaúde
- () - Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde
- () - Unidade de Apoio de Diagnose e Terapia
- () - Unidade de Atenção à Saúde Indígena
- () - Unidade Mista
- () - Unidade Médica Pericial
- () - Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência
- () - Unidade Móvel Fluvial
- () - Unidade Móvel Terrestre
- () - Upas/Pronto Atendimento

ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR TÉCNICO

(PJ Atividades)



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Por este TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA, fica designado perante este Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Norte, para desempenhar as funções de Diretor Técnico da empresa _____ nos termos do Art. 27, do Decreto N° 20.931/32, Art. 15, da Lei N/ 3.999/61, Art. 1°, da Lei n° _____ 6.839/80, o(a) Dr.(a) _____, CRM N° _____.

O Diretor Técnico é responsável perante o CREMERN, na forma da Resolução CFM N° 1.342/91 por:

- a) - Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentos em vigor relacionados à assistência médica na instituição.
- b) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissional de saúde, em benefício da população usuária da instituição.
- c) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento, em qualquer organização hospitalar ou de assistência médica pública ou privada, das Comissões de Ética Médica, nas instituições hospitalares que possuem 15(quinze) ou mais médicos em seu corpo clínico e do Supervisor Ético em Instituições hospitalares com menos que 15 (quinze) médicos, na forma da Resolução CFM 1657/2003.
- d) Garantir nas Organizações Hospitalares a investidura nos cargos de Diretor Clínico e Vice Diretor Clínico, os médicos eleitos.
- e) Estimular todos os seus subordinados, de qualquer profissão, a atuar dentro de princípios éticos.
- f) Impedir que, por motivos ideológicos, políticos, econômicos ou qualquer outro, um médico seja proibido de utilizar as instalações e recursos da instituição, particularmente quando se trata da única na localidade.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

RESOLUÇÃO CFM nº. 2.007/2013

Art. 1º Para o médico exercer o cargo de diretor técnico ou de supervisão, coordenação, chefia ou responsabilidade médica pelos serviços assistenciais especializados é obrigatória a titulação em especialidade médica, registrada no Conselho Regional de Medicina (CRM), conforme os parâmetros instituídos pela Resolução CFM nº 2.005/2012.

Fica o médico ao deixar o cargo de Diretor Técnico, obrigado a comunicar imediatamente ao CREMERN o seu desligamento, permanecendo sua responsabilidade técnica sob a instituição de assistência médica/hospitalar até que seja substituído oficialmente ou que haja a extinção da Pessoa Jurídica.

Natal/RN ____/____/____.

ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR TÉCNICO

ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR CLÍNICO

ASSINATURA DO DIRETOR GERAL

