



## 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"/> Ambulatório de Assistência Médica Especializada <input type="checkbox"/> Ambulatório de Assistência Médica Geral <input type="checkbox"/> Ambulatório de Assistência Médica Patronal <input type="checkbox"/> Assessoria e Consultoria de Serviços Médicos <input type="checkbox"/> Auditoria Médica <input type="checkbox"/> Banco de Leite <input type="checkbox"/> Banco de Olhos <input type="checkbox"/> Banco de Sangue <input type="checkbox"/> Banco de Sêmen <input type="checkbox"/> Banco de Tecido <input type="checkbox"/> Casa de Repouso <input type="checkbox"/> Centro de Diagnóstico por imagem <input type="checkbox"/> Centro de Estudos e Pesquisas <input type="checkbox"/> Centro de Habilitação e Reabilitação <input type="checkbox"/> Centro de Investigações Clínicas <input type="checkbox"/> Centro de Pesquisas <input type="checkbox"/> Centro de Reabilitação <input type="checkbox"/> Centro de Transporte de Medula Óssea <input type="checkbox"/> Clínica de Repouso <input type="checkbox"/> Clínica de Vacinação <input type="checkbox"/> Clínica Especializada		<input type="checkbox"/> Clínica Geral <input type="checkbox"/> Clínica e Hospital de Grande Complexidade <input type="checkbox"/> Clínica e Hospital de Média Complexidade <input type="checkbox"/> Clínica e Hospital de Pequena Complexidade <input type="checkbox"/> Consultório de Saúde da Família <input type="checkbox"/> Hospital Dia <input type="checkbox"/> Instituição de Assistência a Deficientes Mentais e/ou Físicos <input type="checkbox"/> Instituição de Medicina do Trabalho <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal <input type="checkbox"/> Laboratório Especializado <input type="checkbox"/> Laboratório Geral <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Operadora de Planos de Saúde <input type="checkbox"/> Prestador de Serviços <input type="checkbox"/> Prestação de Serviços Médicos através de Contratos/Convênios Terceiros <input type="checkbox"/> Pronto Socorro Geral <input type="checkbox"/> Serviço de Verificação de Óbitos <input type="checkbox"/> Serviço de Apoio Diagnóstico <input type="checkbox"/> Serviço de Cuidados Domiciliares – Home Care <input type="checkbox"/> Serviço de Remoção <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde <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

<b>SERVIÇOS DISPONÍVEIS:</b>		
<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
<b>RECURSOS MATERIAIS:</b>		
<b>NÚMERO DE LEITOS:</b> Clínicos: _____ Pediátricos: _____ Oncologia: _____ Cirúrgicos: _____ Psiquiátricos: _____ U.T.I.: _____ Obstétricos: _____ Isolamento: _____ Berços: _____ Outros: _____ Total: _____		
<b>NÚMERO DE SALAS:</b> Consultórios: _____ Salas de Raio X: _____ Sala de Cirurgia: _____ Outros: _____ Total: _____		
<b>RECURSOS HUMANOS:</b>		
<b>Área Médica?</b> Médicos: _____ Médicos Estagiários: _____ Médicos Residentes: _____ Total de Médicos: _____ Estagiários Estrangeiros: _____		
<b>OUTROS PROFISSIONAIS DA SAÚDE</b>		
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 (somente consultório/sem procedimentos)
  - Tipo II (consultórios especializados com ou sem procedimentos, diagnósticos/terapêuticos não invasivos). Sob anestesia local, sem sedação.
- Cooperativa
- Hospital Especializado:
  - Porte 1 – Com capacidade instalada acima de 150 leitos;
  - Porte 2 – Com capacidade instalada de 51 a 150 leitos;
  - Porte 3 – Com capacidade instalada de 5 a 50 leitos;
- Hospital Geral:
  - Porte 1 – Com capacidade instalada acima de 150 leitos;
  - Porte 2 – Com capacidade instalada de 51 a 150 leitos;
  - Porte 3 – Com capacidade instalada de 5 a 50 leitos;



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

- ( ) - 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





## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

# QUALIFICAÇÃO DOS SÓCIOS

(Na falta de espaços, relacionar em folha à parte)

Nome:	
Profissão:	Nº CRM ou RG:
Endereço:	Telefone:
Cargo:	Estado Civil:

Nome:	
Profissão:	Nº CRM ou RG:
Endereço:	Telefone:
Cargo:	Estado Civil:

Nome:	
Profissão:	Nº CRM ou RG:
Endereço:	Telefone:
Cargo:	Estado Civil:

Nome:	
Profissão:	Nº CRM ou RG:
Endereço:	Telefone:
Cargo:	Estado Civil:

O MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO ABAIXO ASSINADO ASSUME PERANTE O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RN, 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LOCAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO