



REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO TOCANTINS

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

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

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

OBJETIVO DESTES 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"/> Hospital e 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 de Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Unidade Hospitalar Fluvial <input type="checkbox"/> Outros	
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:			
<input type="checkbox"/> Complementação Diagnóstica <input type="checkbox"/> Ensino	<input type="checkbox"/> Pesquisa <input type="checkbox"/> Prevenção	<input type="checkbox"/> Reabilitação <input type="checkbox"/> Terapêutica	<input type="checkbox"/> Outros

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. Diálise 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. Pediatria <input type="checkbox"/> 36. Quimioterapia <input type="checkbox"/> 37. Radiologia Clínica	<input type="checkbox"/> 38. Radioterapia <input type="checkbox"/> 39. Reabilitação <input type="checkbox"/> 40. Sala de Vacinação <input type="checkbox"/> 41. Tomografia Computadorizada <input type="checkbox"/> 42. Transplante <input type="checkbox"/> 43. Transporte Aeromédico <input type="checkbox"/> 44. Ultrassom <input type="checkbox"/> 45. Unidade Coronariana <input type="checkbox"/> 46. Unidade de recuperação Anestésica <input type="checkbox"/> 47. Unidade móvel de atendimento <input type="checkbox"/> 48. U.T.I. Móvel de Atendimento <input type="checkbox"/> 49. Outros <hr/> <hr/> <hr/>
--	---	--

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: _____ 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: _____

O MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO ABAIXO ASSINADO, ASSUME PERANTE O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO TOCANTINS, A INTEIRA RESPONSABILIDADE PELOS DADOS DECLARADOS NESTE REQUERIMENTO, BEM COMO PELA PARTE TÉCNICA DO ESTABELECIMENTO.

Nome legível do Diretor Clínico: _____ CRM-TO: _____

Local: _____ de _____ de _____.

Nome Legível do Responsável Técnico: _____ CRM-TO: _____

 Assinatura do Responsável Técnico

ATENÇÃO: A renovação do Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica é ANUAL, no mês do aniversário de sua inscrição, e atesta a regularidade da inscrição da interessada junto ao Conselho Regional de Medicina.