



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

Rua E s/nº - Centro Político Administrativo – Caixa Postal 10.020  
CEP 78.049-918 Cuiabá – MT - Fone: (065) 3612-5400 Fax: 3612-5440  
pessoajuridica@portalcrmmt.org.br

### 1 - SOLICITAÇÃO

Registro/Cadastro Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nº CRM-PJ: \_\_\_\_\_  
Data Pag. Anuidade \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Taxa R\$ \_\_\_\_\_ Anuid. R\$ \_\_\_\_\_

### 2 - IDENTIFICAÇÃO

Razão Social: \_\_\_\_\_  
Nome Fantasia: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Endereço Eletrônico: \_\_\_\_\_  
Inc. no CNPJ \_\_\_\_\_ Lic. Func./SES e SMS \_\_\_\_\_ VI \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Inst. Constituição \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Liv \_\_\_\_\_ Folha \_\_\_\_\_ Dt \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Estabelecimento:  Único  Filial  Matriz  
Entidade Mantedora \_\_\_\_\_ Natureza Jurídica \_\_\_\_\_

### 3 - CARACTERÍSTICAS DO ESTABELECIMENTO

Particular:  sem fins lucrativos  com fins lucrativos  
 Público:  Estadual  Municipal  Federal  
 Inst. p/ poder Público:  Fundação  Emp. Pública  Sindicato  
Categoria:  Civil  Militar  
Corpo Clínico:  Aberto  Fechado  Misto

### 4 - CLASSIFICAÇÃO

Hosp. Geral  Bco. de Sangue/Hemoterapia  CAIS  
 Hosp. Especializado  Ambulatório Médico  CIAMS  
 Pronto Socorro  Amb. Méd. Trabalho  Posto de Saúde  
 Clínica  IML  Centro de Saúde  
 Clin. Especializada  SVO  Posto Assist. Médica  
 Laboratório  UTI Móvel  Estab. Comercial  
 Prestação de serviços Terceirizados

### 5- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

- |                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prevenção    | <input type="checkbox"/> Comp. Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Exames p/ CNH           |
| <input type="checkbox"/> Terapêutica  | <input type="checkbox"/> Pesquisa          | <input type="checkbox"/> Necropsia               |
| <input type="checkbox"/> Reabilitação | <input type="checkbox"/> Ensino            | <input type="checkbox"/> Conservação de Cadáver  |
|                                       |  | <input type="checkbox"/> Comerc. / Representação |

### 6 - UNIDADE OU SERVIÇOS DISPONÍVEIS

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agência Transfusional           | <input type="checkbox"/> Endoscopia digestiva                         | <input type="checkbox"/> Nutrição parenteral/enteral                   |
| <input type="checkbox"/> Alergia e imunologia            | <input type="checkbox"/> Ergometria                                   | <input type="checkbox"/> Obtenção de CNH                               |
| <input type="checkbox"/> Ambulatório                     | <input type="checkbox"/> Estudos genéticos                            | <input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia                     |
| <input type="checkbox"/> Anatomia patológica             | <input type="checkbox"/> Exames cardiológicos                         | <input type="checkbox"/> Quimioterapia                                 |
| <input type="checkbox"/> Anestesia geral p/ odontologia  | <input type="checkbox"/> Farmácia/dispensa de medicamentos            | <input type="checkbox"/> Radiologia clínica                            |
| <input type="checkbox"/> Banco de sangue e hemoderivados | <input type="checkbox"/> formolização e embalsamamento de cadáveres   | <input type="checkbox"/> Radiologia de diagnóstico ou intervencionista |
| <input type="checkbox"/> Cancerologia                    | <input type="checkbox"/> Hemodiálise                                  | <input type="checkbox"/> Radioterapia                                  |
| <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico                | <input type="checkbox"/> Hemodinâmica                                 | <input type="checkbox"/> Reabilitação                                  |
| <input type="checkbox"/> Centro obstétrico               | <input type="checkbox"/> Home care                                    | <input type="checkbox"/> Sala de vacinação                             |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia bariátrica             | <input type="checkbox"/> Internação                                   | <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada                    |
| <input type="checkbox"/> Clínica médica                  | <input type="checkbox"/> Laboratório                                  | <input type="checkbox"/> Transplante                                   |
| <input type="checkbox"/> Consultas médicas               | <input type="checkbox"/> Litotripsia                                  | <input type="checkbox"/> Transporte aeromédico                         |
| <input type="checkbox"/> Consultoria médica              | <input type="checkbox"/> Mamografia                                   | <input type="checkbox"/> Ultrassom                                     |
| <input type="checkbox"/> Densitometria óssea             | <input type="checkbox"/> Maternidade                                  | <input type="checkbox"/> Unidade coronariana                           |
| <input type="checkbox"/> Diálise peritoneal              | <input type="checkbox"/> Medicina do Trabalho e consultoria a empresa | <input type="checkbox"/> Unidade de recuperação anestésica             |
| <input type="checkbox"/> Doenças raras                   | <input type="checkbox"/> Medicina Nuclear                             | <input type="checkbox"/> Unidade móvel de atendimento                  |
| <input type="checkbox"/> Eletrocardiografia              | <input type="checkbox"/> Médico da família                            | <input type="checkbox"/> U.T.I.  |
| <input type="checkbox"/> Emagrecimento e estética        |   | <input type="checkbox"/> U.T.I. móvel de atendimento                   |
| <input type="checkbox"/> Emergência                      |   | <input type="checkbox"/> Outros _____                                  |
|  |   | _____  |

**7 - ESPECIALIDADE DO ESTABELECIMENTO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 8 - INSTALAÇÕES

- |                                    |                                   |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Próprias  | <input type="checkbox"/> Alugadas |
| <input type="checkbox"/> Adaptadas | <input type="checkbox"/> Cedidas  |

## 9 - RECURSOS MATERIAIS

8.1 N<sup>o</sup> de Leitos: Clínicos\_\_\_\_ Pediátricos\_\_\_\_ Oncológicos\_\_\_\_  
Psiquiátricos\_\_\_\_ Cirúrgicos\_\_\_\_ U.T.I.\_\_\_\_  
Obstétricos\_\_\_\_ Isolamento\_\_\_\_ Outros\_\_\_\_  
Total\_\_\_\_\_

8.2 Berçário: Baixo Risco\_\_\_\_ Médio Risco\_\_\_\_ Alto Risco\_\_\_\_ Total\_\_\_\_\_

8.3 N<sup>o</sup> de: Consultórios\_\_\_\_ Salas Cirúrgicas\_\_\_\_  
Salas de RX\_\_\_\_ Outros\_\_\_\_\_

8.4 Inform. Complementares:  SAME  CCIH  Com. de Ética Médica  
 Auditório  Biblioteca  Vest. de funcionários

## 10 - RECURSOS HUMANOS

10.1 Área Médica:(Qt.) Médicos\_\_\_\_ Méd. estagiário\_\_\_\_ Méd.  
residente\_\_\_\_  
Sócios\_\_\_\_ Estudantes\_\_\_\_ Total de  
Médicos\_\_\_\_

10.2 Relação de trabalho: com vinculo empreg.\_\_\_\_ sem vinculo empreg.\_\_\_\_  
( N<sup>o</sup> de Médicos)

10.3 Remuneração:  Salário  Pró-labore  Honorários  
 Outros\_\_\_\_\_

10.4 Outros Prof.: Enfermeiros\_\_\_\_ Biomédico\_\_\_\_ Biólogo\_\_\_\_  
Tec. Enfermagem\_\_\_\_ Bioquímico\_\_\_\_ Dentista\_\_\_\_  
Aux. Enfermagem\_\_\_\_ Fisioterap.\_\_\_\_ Fonoaudiólogo\_\_\_\_  
Psicólogos\_\_\_\_ Assis. Social\_\_\_\_ Nutricionista\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Diretor Técnico e rubrica em todas as páginas deste  
formulário é obrigatório**