



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^o 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^o 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____
Médicos____ Sócios____ Estudantes____ Total de
Médicos____

10.2 Relação de trabalho: com vinculo empreg.____ sem vinculo empreg.____
(N^o 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**