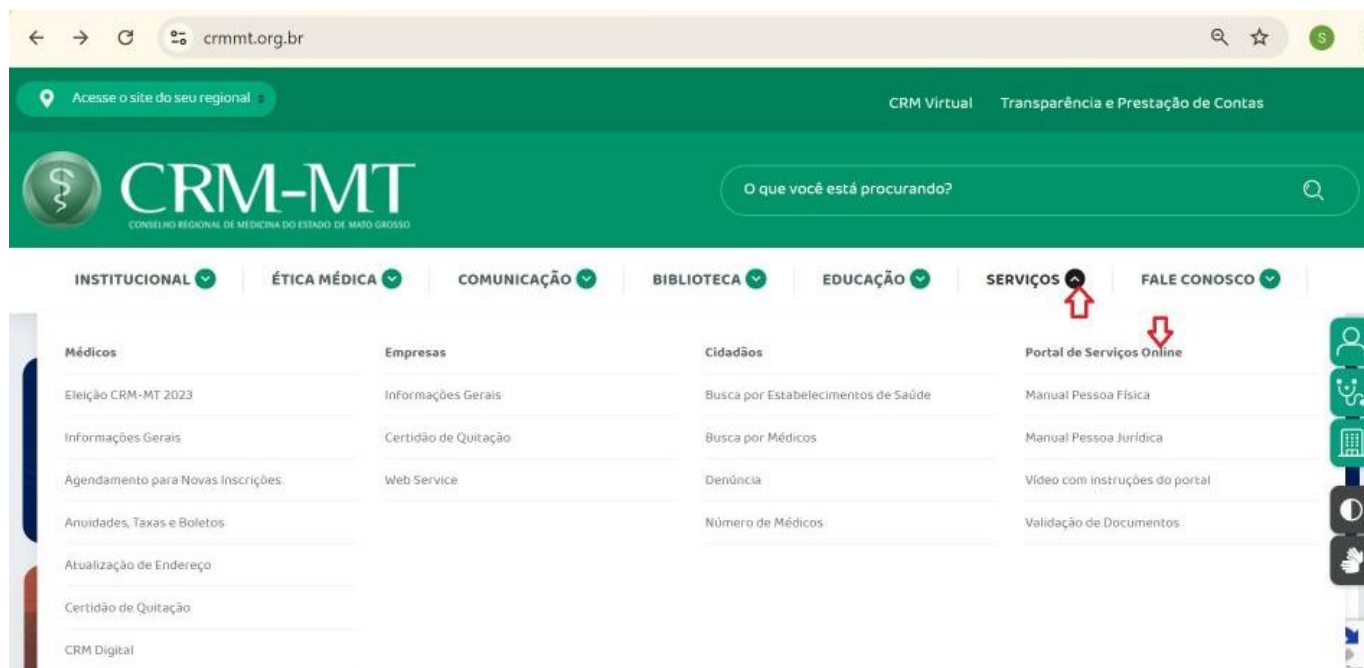




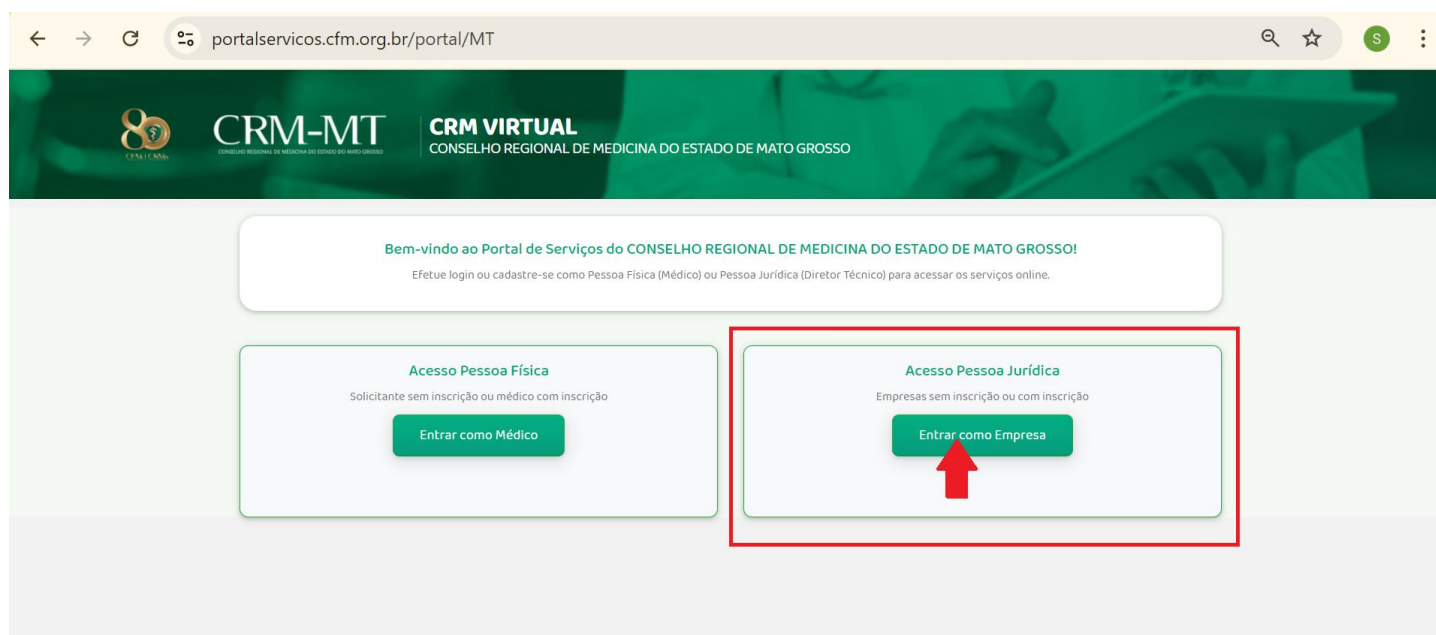
CRM-MT
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

1. Acessar o site do CRM-MT - <https://crmmt.org.br/> - passar o mouse sobre o menu **SERVIÇOS** (aparecerá alguns submenus divididos em colunas) clicar no submenu **Portal de Serviços Online**;



2. Abrirá duas formas de acesso, **Acesso Pessoa Física** e **Acesso Pessoa Jurídica**. Em **Acesso Pessoa Jurídica** clicar em **Entrar como Empresas**;

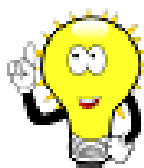




CRM-MT
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

3 Preencher os dados: **Nº do CRM, UF** e clicar em **CONTINUAR**

4 Preencher os dados: marcar o checkbox **não sou um robô** e clicar em **Novo Prestador**



Obs.: Caso o Diretor Técnico já possua uma direção técnica cadastrada, a empresa aparecerá como opção a ser selecionada em **Prestador**, nesse caso para evitar erro, deixe a palavra **selecione** selecionada.

5 Será solicitada confirmação clique em **Sim**



CRM-MT
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

6 Preencher os dados: Senha do Diretor Técnico (Pessoa Física), marcar o checkbox **não sou um robô** e clicar em **ENTRAR**.



Por que pede a senha de pessoa física, se estou cadastrando uma Pessoa Jurídica?

Porque a senha é uma forma de confirmar que é o médico (ou alguém autorizado por ele) que está solicitando a sua vinculação como Diretor Técnico da empresa em questão



CRM-MT
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

7 Mostrará dados do Diretor Técnico, na parte de cima e na de baixo as etapas/menus as quais deverão ser preenchidas com os dados da empresa.

← → ↻ portalservicos.cfm.org.br/portal/pre-prestador

CRM-MT CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

CRM VIRTUAL CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

Pré-prestador

Diretor Técnico

NOME:
Nº CRM:
UF: MT

Identificação Natureza Documentos Corpo Societário Corpo Clínico Especialidades/Áreas de atuação/Serviços/Atividades Recursos Humanos e Materiais Envio de Documentos

Razão Social: * Nome Fantasia: *

Por fim, na última etapa (Envio de Documentos), devem ser anexados os documentos exigidos, sendo eles:

- **Contrato Social**
- **Cartão CNPJ**
- **Alvará de Funcionamento**
- **Alvará Sanitário**



Caso não possuam o alvará sanitário vigente, preencher o Termo de Compromisso ([Anexo I](#) ) , no qual o diretor técnico se compromete a entregar esse documento em até 120 dias.



- **Declaração de Serviços Médicos Inscritos – ([Anexo II](#) ).**

Essa declaração deve ser preenchida de acordo com as atividades médicas(CNAEs) que constam no cartão CNPJ e que serão **efetivamente exercidas** .



- **Declaração de Prestador de Serviços Médicos Terceirizados – ([Anexo III](#) ).**

Essa declaração é destinada às empresas que possui endereço fiscal (só para correspondência), não possuído atendimento médico no local.



CRM-MT
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO



- Termo de Responsabilidade de Direção Técnica – [\(Anexo IV](#)).

Esse documento é obrigatório, no qual o Diretor Técnico dá ciência de que concorda em ser o Diretor Técnico dessa empresa.



- Termo de Compromisso para Publicidade – [\(Anexo V](#)).

Esse documento é obrigatório, no qual o Diretor Técnico dá ciência de que concorda em ser o Diretor Técnico dessa empresa.



- Termo de Indicação do Direção Técnica – [\(Anexo VI](#)).

Esse documento só será exigido no caso em que o Diretor Técnico for contratado, ou seja, não for ele mesmo o Diretor Técnico.



Esses documentos podem ser assinados por certificado digital?

Os termos e a declaração podem ser assinados com certificado digital (do médico, não da empresa nem de qualquer representante como: contador, advogado, etc).

Com relação às taxas cobradas para o registro da empresa, **no ano de sua inscrição são duas taxas e a anuidade:**

- Taxa de análise de inscrição (R\$ 1.170,00 reais).

Essa é gerada ao termino da solicitação e deve ser paga para então dar início a análise. Entretanto, se a empresa se enquadrar nos requisitos abaixo o valor da taxa de inscrição terá um desconto de 80%:

- a)** *Composta por no máximo dois sócios, sendo obrigatoriamente um deles médico;*
- b)** *Realizar apenas atividades médicas, sem a realização de exames complementares para diagnóstico;*
- c)** *Não possuir filiais; e*
- d)** *Não contratar serviços médicos de pessoas físicas ou jurídicas de terceiros.*



CRM-MT
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO



Já que a taxa de análise é gerada ao termino da solicitação, como fico sabendo se obtive o desconto?

O boleto é gerado automaticamente com base nos dados fornecidos no formulário eletrônico, se possuir **todas as características** será gerado com desconto, se faltar alguma delas, será gerado o valor cheio (1.170,00 reais).

E se ao preencher o formulário for fornecida uma informação equivocada e induzir o sistema dar o desconto?

Visto que é realizado outra análise, desta vez por um servidor, e constatando o equívoco, será gerado um boleto complementar.

Se tenho todas as características necessárias para obter o desconto, porém, ao fornecer os dados houver um erro, tem como corrigir e obter o desconto?

Nesse caso, antes de pagar o boleto, entrar em contato conosco para reavaliar e verificar a possibilidade de uma correção.

- **Anuidade proporcional** (Essa taxa é calculada de acordo com o capital social, conforme tabela abaixo que consta na resolução do [CFM 2415/2024](#) em seu artigo 12).

FAIXAS	CAPITAL SOCIAL	VALOR DA ANUIDADE
1ª	Até R\$ 50.000,00	R\$ 902,00
2ª	Acima de R\$ 50.000,00 e até R\$ 200.000,00	R\$ 1.804,0000
3ª	Acima de R\$ 200.000,00 e até R\$ 500.000.000,00	R\$ 2.706,00
4ª	Acima de R\$ 500.000.000,00 e até R\$ 1.000.000,00	R\$ 3,608,00
5ª	Acima de R\$ 1.000.000,00 e até R\$ 2.000.000,00	R\$ 4.510,00
6ª	Acima de 2.000.000.00 e até R\$ 10.000.000,00	R\$ 5.412,00
7ª	Acima de R\$ 10.000.000,00	R\$ 7.216,00

- **Taxa de Certificado** (R\$ 163,00 reais).

Qualquer dúvida referente ao processo de inscrição, pode ser encaminhada a este e-mail: pessoajuridica1@crmmt.org.br.

Dúvidas como: boletos, taxas, débitos de Diretores/Corpo Clinico e negociações no email financeiro1@crmmt.org.br.



CRM-MT
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

ANEXO I

Termo de Cumprimento de Prazo

Ao Sr.

Presidente do Conselho Regional de Medicina

Eu, <NOME DO MÉDICO>, médico(a) inscrito(a) neste Conselho sob o número <0000000 – UF>, venho na presença de Vossa Senhoria como diretor técnico do estabelecimento <RAZÃO SOCIAL> comprometer-me a entregar a documentação pendente no prazo máximo de 120 dias após a assinatura deste documento.

Estou ciente de que, se não forem cumpridas as exigências neste prazo, o registro provisório da instituição será cancelado e comunicado aos órgãos competentes, para as providências legais cabíveis.

Cidade – UF>, <dia> <mês> de <ano>

Diretor Técnico

Testemunha



CRM-MT
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

ANEXO II



DECLARAÇÃO

DE SERVIÇOS MÉDICOS INSCRITOS

Eu, <NOME DO MÉDICO>, Diretor Técnico da Pessoa Jurídica <RAZÃO SOCIAL>, CNPJ <00.000.000/0001-00>, firmo a presente declaração em cumprimento à Resolução CRM-MT 07/2019, para indicar as atividades médicas que são realizadas pela Pessoa Jurídica:

CNAE	Descrição das Atividades

Cidade – UF>, <dia> <mês> de <ano>

DIRETOR TÉCNICO – CRM/MT Nº



CRM-MT
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

ANEXO III



DECLARAÇÃO

DE PRESTADOR DE SERVIÇOS TERCEIRIZADOS

Ao Sr.

Presidente do Conselho Regional de Medicina

A empresa <RAZÃO SOCIAL>, inscrita sob o nº do CNPJ<00.000.000/0001-00>, situada no endereço <ENDEREÇO COMPLETO DA EMPRESA>, vem através de seu diretor técnico <NOME DO DIRETOR TÉCNICO>, inscrito sob o CRM nº <NÚMERO DO CRM DO DIRETOR TÉCNICO>, declaro que atuo como prestador de serviço médico terceirizado, possuindo apenas endereço fiscal, na residência, não possuindo assim o Alvará da Vigilância Sanitária.

Cidade – UF>, <dia> <mês> de <ano>

Diretor Técnico



CRM-MT
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

ANEXO IV



TERMO DE COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE DE DIREÇÃO TÉCNICA

Eu, Doutor(a) _____, CRM-MT nº _____, declaro que sou o(a) Diretor Técnico pela empresa _____, inscrição no CNPJ/MF sob nº _____, comprometendo-me a comunicar ao CRM-MT qualquer alteração que houver quanto à condição de Diretor(a) Técnico(a).

***Art. 9º** - O Diretor Técnico responde eticamente por todas as informações prestadas perante o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina.*

***Art. 10º** - A responsabilidade técnica médica de que trata o artigo anterior somente cessará quando o Conselho Regional de Medicina tomar conhecimento do afastamento do médico responsável técnico, mediante sua própria comunicação escrita, através da empresa ou instituição onde exercia a função.*

Art. 11º - A empresa, instituição, entidade ou estabelecimento promoverá a substituição do diretor técnico no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, contadas a partir do impedimento, suspensão ou demissão, comunicando este fato ao Conselho Regional de Medicina em idêntico prazo, através do requerimento próprio assinado pelo profissional médico substituto, sob pena de suspensão da inscrição e, ainda, denúncia à Vigilância Sanitária e demais órgãos públicos e privados envolvidos na assistência pertinente."

(Resolução CFM 1.980/2011)

_____ - MT em ____/____/2025.

Assinatura do Diretor Técnico

Assinatura do Gestor Proprietário



CRM-MT
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

ANEXO V

TERMO DE COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE DE DIREÇÃO TÉCNICA

Eu, Doutor(a) _____, CRM-MT nº _____, declaro que sou o(a) Diretor Técnico pela empresa _____, inscrição no CNPJ/MF sob nº _____, comprometendo-me a comunicar ao CRM-MT qualquer alteração que houver quanto à condição de Diretor(a) Técnico(a).

“Art. 9º - O Diretor Técnico responde eticamente por todas as informações prestadas perante o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 10º - A responsabilidade técnica médica de que trata o artigo anterior somente cessará quando o Conselho Regional de Medicina tomar conhecimento do afastamento do médico responsável técnico, mediante sua própria comunicação escrita, através da empresa ou instituição onde exercia a função.

Art. 11º - A empresa, instituição, entidade ou estabelecimento promoverá a substituição do diretor técnico no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, contadas a partir do impedimento, suspensão ou demissão, comunicando este fato ao Conselho Regional de Medicina em idêntico prazo, através do requerimento próprio assinado pelo profissional médico substituto, sob pena de suspensão da inscrição e, ainda, denúncia à Vigilância Sanitária e demais órgãos públicos e privados envolvidos na assistência pertinente.”

(Resolução CFM 1.980/2011)

_____ - MT em ____/____/2025.

Assinatura do Diretor Técnico

Assinatura do Gestor Proprietário



CRM-MT
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

ANEXO VI



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA – MT

Termo de Indicação do Direção Técnica

Declaro ao Conselhos Regional de Medicina - MT que indicamos o(a) Dr.(a) **<NOME DO DIRETOR TÉCNICO>** inscrito neste Conselho Regional sob o nº **<0000000-UF>** para assumir a Direção Técnica do estabelecimento de saúde **<RAZÃO SOCIAL>** CNPJ **<00.000.000/0001-00>** em cumprimento ao disposto pelo Decreto 20.931/32 e as Resoluções CFM vigentes.

<Cidade – UF>, <dia> <mês> de <ano>

Responsável ou Representante Legal

(Sócio/Diretor Presidente/Secretário de Saúde do Estabelecimento)