



REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

INSCRIÇÃO Nº _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA: _____

PROTOCOLO

OBJETIVO DESTE REQUERIMENTO <input type="checkbox"/> CADASTRO <input type="checkbox"/> REGISTRO		NÚMERO NO CNPJ: ____:____:____/____-____	
NÚMERO DE MÉDICOS QUE PRESTAM SERVIÇOS AO ESTABELECIMENTO: _____		ESTABELECIMENTO A QUE SE REFERE: [] ÚNICO [] MATRIZ [] FILIAL SEM CAPITAL [] FILIAL COM CAPITAL [] FILIAL COM MATRIZ EM OUTRA UF	POSSUI FILIAIS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
NATUREZA JURÍDICA: <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADO		Nº REGISTRO DA MATRIZ: _____	QUANTAS? _____
RAZÃO SOCIAL: 			
NOME FANTASIA / USUAL: 			
DOCUMENTO DE CONSTITUIÇÃO (CONTRATO/ESTATUTO) _____		DATA DO DOCUMENTO ____/____/____	DATA DA ÚLTIMA ALTERAÇÃO DOCTO. ____/____/____
CAPITAL SOCIAL ATUAL: R\$ _____			
ENDEREÇO: 			
BAIRRO:		CEP:	
CIDADE:		UF:	
DDD:	TELEFONE:	E-MAIL:	
NOME DA ENTIDADE MANTENEDORA: 			
ENDEREÇO ENTIDADE MANTENEDORA: 			
BAIRRO:		CEP:	
CIDADE:		UF:	
DDD:	TELEFONE:	E-MAIL:	
ESPECIALIDADES DESENVOLVIDAS: (EX.: PEDIATRIA, GINECOLOGIA, CARDIOLOGIA, ETC) _____			



REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

CLASSIFICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Administração de Serviços Médicos <input type="checkbox"/> Ambulat.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"/> Instit. de Assist.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 Planos de Saúde deSaúde <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
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 - Eletrocardiograma <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 - HomeCare <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 Consulta a Empresas <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 - Ultra-som <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 <input type="checkbox"/> 48 - Outros
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: _____ Salas de Cirurgia: _____ Outros: _____ Total: _____		
RECURSOS HUMANOS:		
Área Médica: Médicos: _____ Médicos Estagiários: _____ Médicos Residentes: _____ Estagiários Estrangeiros: _____ Total: _____		



CREMAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE ALAGOAS

Pág. 03 de 03

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Auxiliar de Enfermagem: _____ Enfermeiro: _____ Técnico em Enfermagem: _____
Assistente Social: _____ Fisioterapeuta/TO: _____ Farmacêutico / Bioquímico: _____
Psicólogo: _____ Fonoaudiólogo: _____ Nutricionista _____ Biólogo: _____

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

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

Local: _____, _____ de _____ de _____.

Nome legível do Responsável Técnico: _____ CRM-AL: _____

Assinatura do Responsável Técnico