



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

Procedimentos para Cadastro ou Registro de Pessoa Jurídica no CREMERN.

São duas as modalidades de inscrição: REGISTRO E CADASTRO

Cadastro

Os estabelecimentos hospitalares e de saúde, mantidos pela **União, estados-membros, municípios, bem como suas autarquias e fundações públicas**, deverão se **cadastrar** nos Conselhos Regionais de Medicina de sua respectiva jurisdição territorial, consoante a Resolução CFM n.º 997, de 23 de maio de 1980.

As empresas e/ou instituições prestadoras de serviços exclusivos médico-hospitalares mantidos por associações de pais e amigos de excepcionais e deficientes, devidamente reconhecidas como de **utilidade pública**, nos termos da lei, devem **cadastrar-se** nos Conselhos Regionais de Medicina da respectiva jurisdição territorial. São isentos do recolhimento de anuidades e taxas de registros (Artigo 13 da Resolução CFM N.º. 1.971/2011).

Registro

As empresas, instituições, entidades ou estabelecimentos prestadores e/ou intermediadores de assistência à saúde **com personalidade jurídica de direito privado** deverão ser **registrados** nos Conselhos Regionais de Medicina da jurisdição em que atuarem, nos termos da Lei n.º 6.839, de 30 de outubro de 1980, e Lei n.º 9.656, de 3 de julho de 1998.

Estão enquadrados:

- a) As empresas prestadoras de serviços médico-hospitalares de diagnóstico e/ou tratamento;
- b) As empresas, entidades e órgãos mantenedores de ambulatórios para assistência médica a seus funcionários, afiliados e familiares;



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

- c) As cooperativas de trabalho e serviço médico;
- d) As operadoras de planos de saúde, de medicina de grupo e de planos de autogestão e as seguradoras especializadas em seguro-saúde;
- e) As organizações sociais que atuam na prestação e/ou intermediação de serviços de assistência à saúde;
- f) Serviços de remoção, atendimento pré-hospitalar e domiciliar;
- g) Empresas de assessoria na área da saúde;
- h) Centros de pesquisa na área médica;
- i) Empresas que comercializam serviços na modalidade de administradoras de atividades médicas.

Condições essenciais para a inscrição de pessoas jurídicas nos CRMs:

1. Exercer atividade cuja finalidade básica seja a prestação direta ou indireta de promoção, prevenção, tratamento, pesquisa ou reabilitação do ser humano através da Medicina.
2. Contrato social em conformidade com os preceitos éticos da Medicina.
3. O responsável técnico médico deverá ter registro no CRM onde a pessoa jurídica está atuando ou irá atuar.
4. O Corpo Clínico deverá estar plenamente definido quando a pessoa jurídica já estiver em funcionamento; nos casos em que a pessoa jurídica estiver iniciando suas atividades, o Corpo Clínico deverá ser apresentado em até 30 (trinta) dias.
5. As estruturas físicas, organizacionais e os equipamentos devem ser compatíveis com a finalidade da entidade, e garantir condições de trabalho e remuneração dentro dos preceitos éticos.
6. Quitação das taxas de inscrição e anuidades
7. Não será aceito assinaturas nos formulários sem seus devidos **carimbos**.
8. Caso o estabelecimento de saúde seja classificado como 14. Clínicas Especializadas/Ambulatórios Especializados (Clínica especializada destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência [centro psicossocial/reabilitação, etc] e/ou executem procedimentos sob sedação), fica estabelecido que o Diretor Técnico deverá ter ao menos um título de especialista registrado no CRM.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

CADASTRO

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA:

- Comprovação de publicação, em Diário Oficial, nomeação do diretor técnico e das chefias de serviços especializados, ou declaração devidamente assinada por autoridade competente.
- Termo de Responsabilidade Técnica;
- Requerimento de inscrição **DEVIDAMENTE PREENCHIDO**, onde constem os nomes do diretor técnico e diretor clínico (quando for o caso), devidamente assinado pelo diretor técnico;
- Os diretores técnicos e clínicos devem estar quites com suas respectivas anuidades.
- Relação dos médicos que prestam atendimento, constando nome, número do CRM, especialidade e vínculo com a empresa, devidamente assinado pelo diretor técnico.
- Ficha de informações complementares.
- Original e cópia do documento de constituição (contrato social, estatuto, ata de fundação, Lei, decreto, portaria) com o inteiro teor atualizado, consolidado e acorde com o Código Civil (Lei 10.246/02) e demais alterações registradas no órgão competente (cartório/junta comercial);
- Ata da eleição do diretor clínico e Comissão de Ética (quando for o caso);
- Se organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), apresentar prova de outorga de títulos de utilidade pública ou de qualificação como Oscip;
- Alvará da Vigilância Sanitária;
- Alvará de funcionamento expedido pela Prefeitura do Municipal ou administração regional (caso do DF).
- Original e cópia do cartão de CNPJ.
- Caso o corpo clínico seja composto por mais de 15 médicos, deve ser anexado o Regimento Interno do corpo clínico, assinado pelo diretor técnico.

DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR:

Quando corpo clínico for composto por mais de 15 médicos é NECESSÁRIO TRAZER:

- Cópia do Regimento Interno do corpo clínico e cópia da ata de aprovação pelo corpo clínico, (Resolução CFM nº 1481/1997);
- Cópia da ata de eleição e do documento de homologação do diretor clínico.
- Cópia da ata de eleição da comissão de ética médica (Resolução CFM nº 1657/2002);
- Cópia do documento de constituição da comissão de revisão de prontuários (Resolução CFM nº 1638/2002;)
- Cópia do documento de constituição da comissão de controle de infecções hospitalares, se for o caso.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

REGISTRO

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA:

- Termo de Responsabilidade Técnica.
- Cópia dos comprovantes de pagamento das taxas de inscrição. (As taxas de inscrição são emitidas quando a empresa requer a inscrição junto ao CRM-RN, não inclui o pagamento proporcional da anuidade).
- Requerimento de inscrição **DEVIDAMENTE PREENCHIDO**, constando os nomes dos diretores técnicos e clínicos, devidamente assinado pelo diretor técnico.
- Os diretores técnicos e clínicos devem estar quites com suas respectivas anuidades.
- Relação dos médicos que prestam atendimento, constando nome, número do CRM, especialidade e vínculo com a empresa, devidamente assinado pelo diretor técnico.
- Original e cópia do documento de constituição (contrato social, estatuto, ata de fundação, Lei, decreto, portaria) com o inteiro teor atualizado, consolidado e acorde com o Código Civil (Lei 10.246/02) e demais alterações registradas no órgão competente (cartório/junta comercial);
- Ata da eleição do diretor clínico e Comissão de Ética (Quando corpo clínico for composto por mais de 15 médicos).
- Se organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), apresentar prova de outorga de títulos de utilidade pública ou de qualificação como Oscip.
- Alvará da Vigilância Sanitária.
- Alvará de funcionamento expedido pela Prefeitura do Municipal ou administração regional (caso do DF).
- Cópia do cartão de inscrição no CNPJ do Ministério da Fazenda.
- Caso o corpo clínico seja composto por mais de 15 médicos, deve ser anexado o Regimento Interno do corpo clínico, assinado pelo diretor técnico.

DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR:

Quando corpo clínico for composto por mais de 15 médicos é NECESSÁRIO TRAZER:

- Cópia do Regimento Interno do corpo clínico e cópia da ata de aprovação pelo corpo clínico, (Resolução CFM nº 1481/1997);
- Cópia da ata de eleição e do documento de homologação do diretor clínico.
- Cópia da ata de eleição da comissão de ética médica (Resolução CFM nº 1657/2002);
- Cópia do documento de constituição da comissão de revisão de prontuários (Resolução CFM nº 1638/2002);
- Cópia do documento de constituição da comissão de controle de infecções hospitalares;

Obs.: Para operadoras de plano de saúde é necessário trazer cópia do registro na ANS.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

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

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

OBJETIVO DESTE 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"/> Clínica Geral	
<input type="checkbox"/> Ambulatório de Assistência Médica Especializada		<input type="checkbox"/> Clínica e Hospital de Grande Complexidade	
<input type="checkbox"/> Ambulatório de Assistência Médica Geral		<input type="checkbox"/> Clínica e Hospital de Média Complexidade	
<input type="checkbox"/> Ambulatório de Assistência Médica Patronal		<input type="checkbox"/> Clínica e Hospital de Pequena Complexidade	
<input type="checkbox"/> Assessoria e Consultoria de Serviços Médicos		<input type="checkbox"/> Consultório de Saúde da Família	
<input type="checkbox"/> Auditoria Médica		<input type="checkbox"/> Hospital Dia	
<input type="checkbox"/> Banco de Leite		<input type="checkbox"/> Instituição de Assistência a Deficientes Mentais e/ou Físicos	
<input type="checkbox"/> Banco de Olhos		<input type="checkbox"/> Instituição de Medicina do Trabalho	
<input type="checkbox"/> Banco de Sangue		<input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal	
<input type="checkbox"/> Banco de Sêmen		<input type="checkbox"/> Laboratório Especializado	
<input type="checkbox"/> Banco de Tecido		<input type="checkbox"/> Laboratório Geral	
<input type="checkbox"/> Casa de Repouso		<input type="checkbox"/> Maternidade	
<input type="checkbox"/> Centro de Diagnóstico por imagem		<input type="checkbox"/> Operadora de Planos de Saúde	
<input type="checkbox"/> Centro de Estudos e Pesquisas		<input type="checkbox"/> Prestador de Serviços	
<input type="checkbox"/> Centro de Habilitação e Reabilitação		<input type="checkbox"/> Prestação de Serviços Médicos através de Contratos/Convênios Terceiros	
<input type="checkbox"/> Centro de Investigações Clínicas		<input type="checkbox"/> Pronto Socorro Geral	
<input type="checkbox"/> Centro de Pesquisas		<input type="checkbox"/> Serviço de Verificação de Óbitos	
<input type="checkbox"/> Centro de Reabilitação		<input type="checkbox"/> Serviço de Apoio Diagnóstico	
<input type="checkbox"/> Centro de Transporte de Medula Óssea		<input type="checkbox"/> Serviço de Cuidados Domiciliares – Home Care	
<input type="checkbox"/> Clínica de Repouso		<input type="checkbox"/> Serviço de Remoção	
<input type="checkbox"/> Clínica de Vacinação		<input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde	
<input type="checkbox"/> Clínica Especializada		<input type="checkbox"/> Unidade Hospitalar Fluvial	
		<input type="checkbox"/> Outros	
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:			
<input type="checkbox"/> Complementação Diagnóstica	<input type="checkbox"/> Pesquisa	<input type="checkbox"/> Reabilitação	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Ensino	<input type="checkbox"/> Prevenção	<input type="checkbox"/> Terapêutica	



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

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. Dialise 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. 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. Ultrassom <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. Móvel de Atendimento <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: _____ Sala de Cirurgia: _____ Outros: _____ Total: _____		
RECURSOS HUMANOS:		
Área Médica? Médicos: _____ 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: _____	
<p>O MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO ABAIXO ASSINADO, ASSUME PERANTE O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO _____, A INTEIRA RESPONSABILIDADE PELOS DADOS DECLARADOS NESTE REQUERIMENTO, BEM COMO PELA PARTE TÉCNICA DO ESTABELECIMENTO.</p>		
Nome legível do Diretor Clínico: _____ CRM-UF: _____		
Local: _____ de _____ de _____		
Nome Legível do Responsável Técnico: _____ CRM-UF: _____		
_____ Assinatura do Responsável Técnico		



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

NOME DA EMPRESA: _____

Qual atividade abaixo relacionada à sua empresa desenvolve:

(ASSINALAR APENAS UMA ALTERNATIVA)

- Ambulatório (Policlínica/Centro Médico/Centro de Especialidades)
- Ambulatório de Assistência médica Patronal
- Assessoria e Consultoria de Serviços Médicos
- Banco de Sangue, Olhos, Órgãos, Leite e outras Secreções
- Casa/Clínica de Repouso
- Central de Transplantes
- Centro de Atenção Psicossocial
- Centro de Estudos e Pesquisas
- Centro de Saúde
- Clínica de Vacinação
- Clínica Especializada/Ambulatório Especializado
- Clínica Geral
- Consultório Médico
- Cooperativa
- Hospital Especializado
- Hospital Geral
- Hospital/Dia – Isolado
- Laboratório Central de Saúde Pública –Lacen
- Laboratórios em Geral
- Laboratórios Especializados
- Operadoras de Planos de Saúde
- Outros/A definir
- Prestação de Serviços Médicos Terceirizados
- Regulação de Serviços de Saúde
- Reservado ao Sistema



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

- () - Secretarias de Saúde
- () - Serviços de Diagnóstico por Imagem
- () - Serviços de Auditoria
- () - Serviços de Cuidados Domiciliares – Home Care
- () - Serviços de Hemoterapia e/ou Hematologia
- () - Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência
- () - Telessaúde
- () - Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde
- () - Unidade de Apoio de Diagnose e Terapia
- () - Unidade de Atenção à Saúde Indígena
- () - Unidade Mista
- () - Unidade Médica Pericial
- () - Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência
- () - Unidade Móvel Fluvial
- () - Unidade Móvel Terrestre
- () - Upas/Pronto Atendimento

ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR TÉCNICO

(PJ Atividades)



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Por este TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA, fica designado perante este Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Norte, para desempenhar as funções de Diretor Técnico da empresa _____ nos termos do Art. 27, do Decreto N° 20.931/32, Art. 15, da Lei N/ 3.999/61, Art. 1°, da Lei n° _____ 6.839/80, _____ o(a) Dr.(a) _____, CRM N° _____.

O Diretor Técnico é responsável perante o CREMERN, na forma da Resolução CFM N° 1.342/91 por:

- a) - Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentos em vigor relacionados à assistência médica na instituição.
- b) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissional de saúde, em benefício da população usuária da instituição.
- c) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento, em qualquer organização hospitalar ou de assistência médica pública ou privada, das Comissões de Ética Médica, nas instituições hospitalares que possuem 15(quinze) ou mais médicos em seu corpo clínico e do Supervisor Ético em Instituições hospitalares com menos que 15 (quinze) médicos, na forma da Resolução CFM 1657/2003.
- d) Garantir nas Organizações Hospitalares a investidura nos cargos de Diretor Clínico e Vice Diretor Clínico, os médicos eleitos.
- e) Estimular todos os seus subordinados, de qualquer profissão, a atuar dentro de princípios éticos.
- f) Impedir que, por motivos ideológicos, políticos, econômicos ou qualquer outro, um médico seja proibido de utilizar as instalações e recursos da instituição, particularmente quando se trata da única na localidade.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

RESOLUÇÃO CFM nº. 2.007/2013

Art. 1º Para o médico exercer o cargo de diretor técnico ou de supervisão, coordenação, chefia ou responsabilidade médica pelos serviços assistenciais especializados é obrigatória a titulação em especialidade médica, registrada no Conselho Regional de Medicina (CRM), conforme os parâmetros instituídos pela Resolução CFM nº 2.005/2012.

Fica o médico ao deixar o cargo de Diretor Técnico, obrigado a comunicar imediatamente ao CREMERN o seu desligamento, permanecendo sua responsabilidade técnica sob a instituição de assistência médica/hospitalar até que seja substituído oficialmente ou que haja a extinção da Pessoa Jurídica.

Natal/RN ____/____/____.

ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR TÉCNICO

ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR CLÍNICO

ASSINATURA DO DIRETOR GERAL



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

QUALIFICAÇÃO DOS SÓCIOS

(Na falta de espaços, relacionar em folha à parte)

Nome:	
Profissão:	Nº CRM ou RG:
Endereço:	Telefone:
Cargo:	Estado Civil:

Nome:	
Profissão:	Nº CRM ou RG:
Endereço:	Telefone:
Cargo:	Estado Civil:

Nome:	
Profissão:	Nº CRM ou RG:
Endereço:	Telefone:
Cargo:	Estado Civil:

Nome:	
Profissão:	Nº CRM ou RG:
Endereço:	Telefone:
Cargo:	Estado Civil:

O MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO ABAIXO ASSINADO ASSUME PERANTE O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RN, A INTEIRA RESPONSABILIDADE PELOS DADOS DECLARADOS NESTE REQUERIMENTO, BEM COMO PELA PARTE TÉCNICA DO ESTABELECIMENTO (ARTIGOS 9º AO 12 DO ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM Nº. 1.716/2004).

ESTOU CIENTE DE QUE DEVEREI INFORMAR AO CONSELHO QUALQUER MUDANÇA QUE OCORRER NO QUADRO FUNCIONAL MÉDICO OU NA ESTRUTURA FÍSICA, NAS FINALIDADES E NAS ALTERAÇÕES CONTRATUAIS, ASSIM COMO A MUDANÇA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO PARA A QUAL ESTOU SOLICITANDO NESTA.

DATA O REGISTRO: ____/____/____ LOCAL: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO