



CFM

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CREMAM

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAZONAS

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO / RENOVAÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

CLASSIFICAÇÃO:

- | | |
|---|--|
| ☐ Ambulatório (Policlínica/Centro Médico/Centro de Especialidades) | ☐ Funerária |
| ☐ Ambulatório de Assistência Médica Patronal | ☐ Regulação de Serviços de Saúde ☐ Tipo1 ☐ Tipo2 |
| ☐ Assessoria e Consultoria de Serviços Médicos | ☐ Secretarias de Saúde |
| ☐ Banco de Sangue, Olhos, Órgãos, Leite e Outras Secreções | ☐ Serviço de Diagnostico por Imagem |
| ☐ Casa/Clinica de Repouso | ☐ Serviços de Auditoria |
| ☐ Central de Transplantes | ☐ Serviços de Cuidados Domiciliares - HOME CARE |
| ☐ Centro de Atenção Psicossocial ☐ Caps1 ☐ Caps2 ☐ AD. | ☐ Serviços de Hemoterapia e/ou Hematologia |
| ☐ Centro de Estudos e Pesquisas | ☐ Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência |
| ☐ Centro de Saúde | ☐ Telessaúde |
| ☐ Clínica de Vacinação | ☐ Unidade Básica de Saúde / Posto de Saúde |
| ☐ Clínica Especializada/Ambulatório Especializado | ☐ Unidade de Apoio de Diagnose e Terapia |
| ☐ Clínica Geral | ☐ Unidade de Atenção à Saúde Indígena |
| ☐ Consultório Médico ☐ Geral ☐ Especializado | ☐ Unidade Mista |
| ☐ Cooperativa | ☐ Unidade Médica Pericial |
| ☐ Hospital Especializado - Porte ☐ Grande ☐ Médio ☐ Pequeno | ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ Tipo 3 ☐ Tipo 4 ☐ Tipo 5. |
| ☐ Hospital Geral - Porte ☐ Grande ☐ Médio ☐ Pequeno | ☐ Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência |
| ☐ Hospital/Dia-Isolado | ☐ Unidade Móvel Fluvial |
| ☐ Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN | ☐ Unidade Móvel Terrestre |
| ☐ Laboratórios em Geral | ☐ UPAS/PRONTO ATENDIMENTO: |
| ☐ Laboratórios Especializados | ☐ Porte 1 ☐ Porte 2 ☐ Porte 3. |
| ☐ Operadora de Planos de Saúde | ☐ _____ |
| ☐ Outros a Definir | ☐ _____ |
| ☐ Prestação de Serviços Médicos Terceirizados | |

OBS.: ASSINALAR APENAS 01 DOS ITENS ACIMA

TIPO DE INSTALAÇÕES:

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ PRÓPRIAS | ☐ ALUGADAS | ☐ CEDIDAS |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|

RECURSOS MATERIAS:

NÚMERO DE LEITOS:

CLÍNICOS: _____	PEDIÁTRICOS: _____	ONCOLÓGICOS: _____	CURÚRGICOS: _____
U.T.I.: _____	U.C.I.: _____	OBSTÉTRICOS: _____	ISOLAMENTO: _____
BERÇOS: _____	ALCONS: _____	PRÉ-PARTO: _____	OUTROS: _____

NÚMERO DE SALAS:

CONSULTÓRIOS: _____ RAIO-X: _____ CIRURGIAS: _____ OUTROS: _____ ESCRITÓRIO: _____ TOTAL DE SALAS: _____

RECURSOS HUMANOS:

CORPO SOCIETÁRIO

** MÉDICO (M) / OUTRAS PESSOAS FÍSICAS (PF)

NOME:

TIPO **:

NOME:

TIPO **:

NOME:

TIPO **:



CFM

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CREMAM

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAZONAS

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO / RENOVAÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS PELA EMPRESA:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Agência Transfusional | ☐ Hemodiálise | ☐ Unidade Coronariana |
| ☐ Alergia e Imunologia | ☐ Home Care | ☐ Unidade Móvel de Atendimento |
| ☐ Ambulatório | ☐ Internação | ☐ Unidade de Recuperação Anestésica |
| ☐ Anatomia Patológica | ☐ Laboratório | ☐ Outros: _____ |
| ☐ Anestesia Geral p/ Odontologia | ☐ Litotripsia | |
| ☐ Banco de Sangue e Hemoderivados | ☐ Mamografia | |
| ☐ Cancerologia | ☐ Maternidade | |
| ☐ Centro Cirúrgico | ☐ Medicina Comunitária | |
| ☐ Centro Obstétrico | ☐ Medicina do Trabalho e Consultoria à Empresas | |
| ☐ Clínica Médica | ☐ Medicina Nuclear | |
| ☐ Consultas Médicas | ☐ Médico da Família | |
| ☐ Consultoria Médica | ☐ Nutrição Parenteral / Enteral | |
| ☐ Densitometria Óssea | ☐ Obtenção de CNH | |
| ☐ Diálise Peritoneal | ☐ Ortopedia e Traumatologia | |
| ☐ Ecocardiografia | ☐ Outros | |
| ☐ Eletrocardiografia - ECG | ☐ Quimioterapia | |
| ☐ Eletroencefalografia - EEG | ☐ Radiologia Clínica | |
| ☐ Emagrecimento e Estética | ☐ Radiologia de Diagnóstico ou Intervencionista | |
| ☐ Emergência | ☐ Radioterapia | |
| ☐ Endoscopia Digestiva | ☐ Reabilitação | |
| ☐ Ergometria | ☐ Sala de Vacinação | |
| ☐ Estudos Genéticos | ☐ Tomografia Computadorizada | |
| ☐ Exames Cardiológicos | ☐ Transplante | |
| ☐ Farmácia/Dispensa de Medicamentos | ☐ Transporte Aeromédico | |
| ☐ Formolização e embalsamamento de cadáveres | ☐ U.T.I. | |
| ☐ Embalsamamento de Cadáveres | ☐ U.T.I. Móvel de Atendimento | |
| ☐ Hemodinâmica | ☐ Ultrassom | |

OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

ATENDENTE / RECEPCIONISTA: _____	BIÓLOGO: _____	ENFERMEIRO: _____	DENTISTA: _____
AUXILIAR DE ENFERMAGEM: _____	FISIOTERAPEUTA: _____	ASSIT. SOCIAL: _____	OUTROS: _____
TÉCNICO EM ENFERMAGEM: _____	NUTRICIONISTA: _____	PSICÓLOGO: _____	
FARMACÊUTICO/BIOQUÍMICO: _____	FONOAUDIÓLOGO: _____	MÉDICOS RESIDENTES: _____	

DIRETORIA MÉDICA:

DIRETOR CLÍNICO: _____

CREMAM Nº.: _____

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

DIRETOR TÉCNICO (NOME LEGÍVEL): _____

CREMAM Nº.: _____

_____, _____ DE _____ DE _____

ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR TÉCNICO



CFM

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CREMAM

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAZONAS

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO / RENOVAÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

EMPRESAS PÚBLICAS

- () ORIGINAL E CÓPIA DA PORTARIA DE NOMEAÇÃO DO DIRETOR TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO - (MÉDICO, QUITE COM O CREMAM)
- () ORIGINAL E CÓPIA DA PORTARIA DE NOMEAÇÃO DO DIRETOR GERAL E GERENTE ADMINISTRATIVO
- () ORIGINAL E CÓPIA DO CONTRATO SOCIAL/ESTATUTO/DECRETO LEI E TODAS AS SUAS ALTERAÇÕES (COM O REGISTRO DA JUCEA LEGÍVEL NA CÓPIA)
- () CÓPIA **COMPLETA DA SITUAÇÃO CADASTRAL** DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - **CNES**
- () COMPROVANTE DO CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA - **CNPJ**
- () ORIGINAL E CÓPIA DO ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO DA PREFEITURA (E **COMPROVANTE DE PAGAMENTO ANUAL**)
- () ORIGINAL E CÓPIA DO ALVARÁ DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA
- () ORIGINAL E CÓPIA DO REGISTRO DA ANS (**SOMENTE PARA OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE**)
- () CÓPIA DO **IDENTIDADE MÉDICA** DO RESPONSÁVEL TÉCNICO
- () CERTIDÃO DE INSCRIÇÃO E QUITAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO EMITIDA ATRAVÉS DO SITE: WWW.PORTALMEDICO.ORG.BR - SERVIÇOS - SERVIÇOS AO MÉDICO - EMITIR CERTIDÃO DE QUITAÇÃO.
- () ORIGINAL E CÓPIA DE DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE ALTERAÇÃO CONTRATUAL **CASO HAJA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO, RAZÃO SOCIAL, RESPONSÁVEL TÉCNICO OU CLASSIFICAÇÃO DA EMPRESA.**
- () FORMULÁRIOS CORRETAMENTE PREENCHIDOS, DATADOS E ASSINADOS PELO RESPONSÁVEL TÉCNICO.
- () CÓPIAS DOS COMPROVANTES DE PAGAMENTOS REALIZADOS.

EMPRESAS PRIVADAS

- () ORIGINAL E CÓPIA DO CONTRATO SOCIAL/ESTATUTO/DECRETO LEI E TODAS AS SUAS ALTERAÇÕES (COM O REGISTRO DA JUCEA LEGÍVEL NA CÓPIA) (**MENOS PARA AS EMPRESAS DO POLO INDUSTRIAL**)
- () ORIGINAL E CÓPIA DO IMPOSTO DE RENDA DE PESSOA JURÍDICA OU BALANÇO PATRIMONIAL ANUAL (**ANO VIGENTE - COM VALOR DO CAPITAL SOCIAL REGISTRADO**)
- () CÓPIA **COMPLETA DA SITUAÇÃO CADASTRAL** DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - **CNES**
- () COMPROVANTE DO CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA - **CNPJ**
- () ORIGINAL E CÓPIA DO ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO DA PREFEITURA (E **COMPROVANTE DE PAGAMENTO ANUAL**)
- () ORIGINAL E CÓPIA DO ALVARÁ DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA
- () ORIGINAL E CÓPIA DO REGISTRO DA ANS (**SOMENTE PARA OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE**)
- () CÓPIA DO **IDENTIDADE MÉDICA** DO RESPONSÁVEL TÉCNICO
- () CERTIDÃO DE INSCRIÇÃO E QUITAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO EMITIDA ATRAVÉS DO SITE: WWW.PORTALMEDICO.ORG.BR - SERVIÇOS - SERVIÇOS AO MÉDICO - EMITIR CERTIDÃO DE QUITAÇÃO.
- () ORIGINAL E CÓPIA DE DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE ALTERAÇÃO CONTRATUAL **CASO HAJA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO, RAZÃO SOCIAL, RESPONSÁVEL TÉCNICO OU CLASSIFICAÇÃO DA EMPRESA.**
- () FORMULÁRIOS CORRETAMENTE PREENCHIDOS, DATADOS E ASSINADOS PELO RESPONSÁVEL TÉCNICO.
- () CÓPIAS DOS COMPROVANTES DE PAGAMENTOS REALIZADOS.

TODOS OS FORMULÁRIOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS, DATADOS E ASSINADOS PELO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA EMPRESA, QUE DEVE SER MÉDICO E ESTAR QUITE COM O CREMAM.

DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA OU COM PREENCHIMENTO INCOMPLETO NÃO SERÃO ACEITOS PELO PROTOCOLO DO CREMAM, OS MESMOS SERÃO DEVOLVIDOS PARA REGULARIZAÇÃO.

OBS1.:

OS MÉDICOS DEVEM ESTAR QUITES COM O CREMAM;

OBS2.:

SOMENTE SERÃO EMITIDAS TAXAS E ANUIDADES APÓS A REALIZAÇÃO DO REGISTRO;

OBS3.:

DOCUMENTOS SOLICITADOS AO CREMAM SERÃO EMITIDOS SOMENTE APÓS QUITAÇÃO DE DÉBITOS (MÉDICOS E EMPRESA) JUNTO AO CONSELHO.

Responsáveis Pelo Setor de Pessoa Jurídica:

Joane Hazaoka

Telefones: 3656-0531/0532/0536 – Fax: 3656-0537

Email Para Contato:

empresa.cremam@portalmedico.org.br

FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL
PELO CHECK-LIST /CREMAM



CFM

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CREMAM

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAZONAS

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO / RENOVAÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

OBJETIVO DESTES REQUERIMENTO:

☐ REGISTRO ☐ CADASTRO

☐ RENOVAÇÃO DA INSCRIÇÃO

PROTOCOLO Nº.: _____

DATA: _____ DE _____ DE _____

ASSINATURA: _____

Nº DO CREMAM PJ: _____

CNPJ: _____/_____-____

Nº. DA LICENÇA SANITÁRIA: _____

NÚMERO DE MÉDICOS QUE PRESTAM
SERVIÇO AO ESTABELECIMENTO

DATA DE VALIDADE DA LICENÇA: ____/____/____

NATUREZA JURÍDICA: ☐ PÚBLICA ☐ PRIVADA

() COM FINS LUCRATIVOS

() SEM FINS LUCRATIVOS

() FEDERAL () ESTADUAL () MUNICIPAL

CATEGORIA:

() CIVIL () CIVIL LTDA () EIRELI

() CIVIL S/A () MILITAR

ESTABELECIMENTO A QUE SE REFERE:

() MATRIZ

() FILIAL SEM CAPITAL

() FILIAL COM CAPITAL

() FILIAL COM MATRIZ EM OUTRA UF

Nº. DO REGISTRO DA MATRIZ: _____

REGIMENTO INTERNO:

☐ HOMOLOGADO

☐ NÃO HOMOLOGADO

☐ EM ANDAMENTO

POSSUI FILIAIS:

☐ SIM ☐ NÃO

QUANTAS? _____

RAZÃO SOCIAL:

NOME FANTASIA/USUAL:

DOCTO. DE CONSTITUIÇÃO:

☐ ESTATUTO ☐ DECRETO

☐ CONTRATO SOCIAL ☐ LEI

DATA DO DOCTO.
DE CONSTITUIÇÃO

____/____/____

ALTERAÇÕES CONTRATUAIS:

(QUANTIDADE DE ALTERAÇÕES)

ÚLTIMA ALTERAÇÃO EM:

____/____/____

CAPITAL SOCIAL ATUAL: R\$

DATA DE ATUALIZAÇÃO: ____/____/____

ENDEREÇO:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

CIDADE:

CEP:

UF:

TELEFONE: ()

EMAIL:

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA?

☐ SIM

☐ NÃO

ESPECIALIDADES MÉDICAS COM AS QUAIS A EMPRESA TRABALHA

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

☐ COMPLEMENTAÇÃO DIAGNÓSTICA

☐ PESQUISA

☐ REABILITAÇÃO

☐ ENSINO

☐ PREVENÇÃO

☐ TERAPÊUTICA

COMISSÕES EXISTENTES:

☐ REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS

☐ REVISÃO DE ÓBITOS

☐ CIPA

☐ REVISÃO DE ÉTICA MÉDICA

☐ NÃO POSSUI

☐ CCIH

☐ REVISÃO DE ÉTICA EM PESQUISA

☐ OUTROS

ASSINATURA DO DIRETOR
TÉCNICO