



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

Q. 01 – Centro Empresarial Parque Brasília – 2º andar – salas 201/202 - Setor de Indústrias Gráficas 70610-410 –
Brasília – DF Tel.: (61) 3322-0001 - Fax: (61) 3226-1312 - Endereço eletrônico: crmdf@crmdf.org.br

RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO DE INSCRIÇÃO DE EMPRESA

O abaixo assinado, Diretor Técnico do estabelecimento especificado abaixo, vem requerer ao CRM-DF a RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO DE INSCRIÇÃO DE EMPRESA (CIE).

DIRETOR TÉCNICO		CRM-DF nº
RAZÃO SOCIAL		Nº DO REGISTRO-CRM
CNPJ		
ENDEREÇO		
CIDADE	CEP	
TEL	E-MAIL	
ÚLTIMA ALTERAÇÃO CONTRATUAL	DATA: / /	Nº.: _____
CONTADOR		TEL

ANEXAR: ORIGINAIS E CÓPIAS DOS SEGUINTES DOCUMENTOS:

- Licença Sanitária (exercício do ano atual - Emitido pela Vigilância Sanitária
- Termo de Responsabilidade Técnica - Emitido pela Vigilância Sanitária
- Relação do Corpo Clínico atualizado - acima de 15 médicos, enviar lista em Excel, para o e-mail: dereg@crmdf.org.br informando nome e número de CRM
- Alteração contratual - se houver e não tiver sido apresentada ao Conselho
- Regimento interno do corpo clínico - à partir de 16 médicos no corpo clínico

Brasília-DF, ____/____/____

Assinatura do(a) Médico(a) Responsável Técnico(a)

OBS: CONDIÇÕES PARA DEFERIMENTO DO PEDIDO: A Empresa e o Responsável Técnico, deverão estar quites com a tesouraria deste CRM-DF.

A(s) taxa(s) de, **emissão de certificado, alteração contratual ou de diretor técnico**, deverão ser retirada(s) e paga(s) com um dia de antecedência à apresentação de documentos para renovação. Os comprovantes de pagamento deverão ser apresentados, juntamente com os documentos acima mencionados.

Retirei em: ____/____/____

R.G. nº _____

Nome: _____

Cargo na empresa: _____

Assinatura



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

Q. 01 – Centro Empresarial Parque Brasília – 2º andar – salas 201/202 - Setor de Indústrias Gráficas 70610-410 –
Brasília – DF Tel.: (61) 3322-0001 - Fax: (61) 3226-1312 - Endereço eletrônico: crmdf@crmdf.org.br

CORPO CLÍNICO

*Enviar listagem em ordem alfabética, sem repetições e somente dos MÉDICOS que atuam na empresa

CRM nº	Nome do Médico
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

Acima de 15 médicos, enviar lista em Excel no formato CSV, para o e-mail dereg@crmdf.org.br informando SOMENTE número do CRM sem pontuações e nome do médico sem abreviações, conforme modelo abaixo:

8564	Antônio da Silva Chaves
12345	Cláudia Pereira
205	Jose Maria da Silva

Brasília-DF, ____/____/____

Assinatura do(a) Responsável Técnico(a)



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

Q. 01 – Centro Empresarial Parque Brasília – 2º andar – salas 201/202 - Setor de Indústrias Gráficas 70610-410 –
Brasília – DF Tel.: (61) 3322-0001 - Fax: (61) 3226-1312 - Endereço eletrônico: crmdf@crmdf.org.br

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA PELO SERVIÇO OU SETOR

Tendo em vista, que os serviços a seguir relacionados exigem a **obrigatoriedade de titulação** em especialidade médica registrada no CRM-DF, nomeio o referido médico como Responsável pelo(s) serviço(s) prestado(s) na empresa:

SERVIÇOS	EXIGÊNCIA DE ESPECIALIDADE	MÉDICO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO Nº CRM E ASSINATURA
Agência Transfusional	Hematologia e hemoterapia	nº _____ Ass.:
Alergia e imunologia	Alergia e imunopatologia	nº _____ Ass.:
Anatomia patológica	Patologia	nº _____ Ass.:
Anestesia geral para odontologia	Anestesiologia	nº _____ Ass.:
Banco de sangue Hemoderivados	Hematologia e Hemoterapia	nº _____ Ass.:
Cancerologia	Cancerologia (cirúrgica, clínica e pediátrica) e Oncologia	nº _____ Ass.:
Centro cirúrgico	Cirurgia geral	nº _____ Ass.:
Centro obstétrico	Ginecologia e Obstetrícia	nº _____ Ass.:
Cirurgia bariátrica	Cirurgia do aparelho digestivo, Cirurgia Geral	nº _____ Ass.:
Clínica médica	Clínica médica	nº _____ Ass.:
Densitometria óssea	Endocrinologia, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Nuclear, Ortopedia e Traumatologia e Reumatologia	nº _____ Ass.:

Diálise peritoneal	Nefrologia	nº _____ Ass.:
Doenças raras	Qualquer Especialidade	nº _____ Ass.:
Eletrocardiografia	Cardiologia	nº _____ Ass.:
Endoscopia Digestiva	Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Geral, Coloproctologia, Endoscopia e Gastroenterologia	nº _____ Ass.:
Ergometria	Cardiologia	nº _____ Ass.:
Estudos Genéticos	Genética Médica	nº _____ Ass.:
Exames Cardiológicos	Cardiologia	nº _____ Ass.:
Formolização e embalsamamento de cadáveres	Medicina Legal, Patologia (clínica e medicina laboratorial) e Perícia Médica	nº _____ Ass.:
Hemodiálise (terapia renal substitutiva)	Nefrologia	nº _____ Ass.:
Hemodinâmica	Cardiologia	nº _____ Ass.:
Litotripsia	Nefrologia	nº _____ Ass.:
Mamografia	Ginecologia e Obstetrícia, Mastologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem	nº _____ Ass.:
Maternidade	Ginecologia e Obstetrícia	nº _____ Ass.:
Medicina do Trabalho e consultoria à empresa	Medicina do Trabalho	nº _____ Ass.:
Medicina Nuclear	Medicina Nuclear	nº _____ Ass.:

Nutrição parenteral/enteral	Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Geral, Gastroenterologia, Medicina Intensiva, Nutrologia, Pediatria	nº _____ Ass.:
Obtenção de CNH	Medicina do Tráfego	nº _____ Ass.:
Ortopedia e Traumatologia	Ortopedia e Traumatologia	nº _____ Ass.:
Quimioterapia	Cancerologia	nº _____ Ass.:
Radiologia Clínica	Radiologia e Diagnóstico por Imagem	nº _____ Ass.:
Radiologia de Diagnóstico ou Intervencionista	Radiologia e Diagnóstico por Imagem	nº _____ Ass.:
Radioterapia	Radioterapia	nº _____ Ass.:
Reabilitação	Medicina Física e Reabilitação	nº _____ Ass.:
Tomografia Computadorizada	Radiologia e Diagnóstico por Imagem	nº _____ Ass.:
Transporte Aeromédico	Medicina de Tráfego	nº _____ Ass.:
Unidade Coronariana	Cardiologia	nº _____ Ass.:
Unidade de Recuperação Anestésica	Anestesiologia	nº _____ Ass.:
UTI adulto e pediátrico	Terapia intensiva	nº _____ Ass.:
UTI Móvel adulto e pediátrico	Terapia intensiva	nº _____ Ass.:

Brasília-DF, _____ de _____ de _____.

Ass. do Responsável Técnico da Empresa