



## 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

### REQUERIMENTO DE SERVIÇOS DIVERSOS - PESSOA JURÍDICA - CRM-DF

Nº DO REGISTRO NO CRM/DF \_\_\_\_\_

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

**TRANSFORMAÇÃO DE REGISTRO PROVISÓRIO EM DEFINITIVO**

Apresentar originais e cópias dos documentos faltantes para conclusão do processo, caso necessário fazer contato telefônico prévio com o departamento de registro para saber qual a documentação necessária.

**CANCELAMENTO**

Apresentar original e cópia de documento emitido por órgão oficial que comprove o encerramento da atividade da empresa podendo ser: Distrato Social devidamente registrado na JCDF / Cartório; ou Alteração Contratual, contendo o fim da atividade médica, devidamente registrada na JCDF/ Cartório; e comprovante da baixa da Receita Federal ou do GDF.

**SUSPENSÃO DA INSCRIÇÃO**

Apresentar original e cópia de comprovante da inatividade da empresa perante a Secretaria da Receita Federal / Secretaria de Estado de Fazenda do Distrito Federal ou comprovante do processo de dissolução definitiva perante os órgãos competentes.

**REINSCRIÇÃO DE INSCRIÇÃO CANCELADA OU SUSPensa**

Apresentar justificativa e fazer contato telefônico prévio com o departamento de registro para saber qual a documentação necessária e/ou faltante na pasta da empresa.

**ALTERAÇÃO CONTRATUAL nº \_\_\_\_\_ ou de Ata com data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**2ª VIA DO CERTIFICADO DE INSCRIÇÃO DE EMPRESA**

**ATUALIZAÇÃO DE TELEFONE**

**ATUALIZAÇÃO DE E-MAIL**

**OUTRAS SOLICITAÇÕES \_\_\_\_\_**

**\*Será cobrada taxa referente aos seguintes serviços: Alteração Contratual e Reinscrição, que deverá estar paga no ato da apresentação do pedido.**

Brasília-DF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura e nº CRM-DF do Responsável Técnico

Retirei em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Certificado  Certidão de Cancelamento/Suspensão

Certidão de Alteração

Nome e Cargo na empresa: \_\_\_\_\_



**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

## FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

### DADOS GERAIS

<b>Razão Social:</b>	<b>Nº CRM:</b>
<b>Nome Fantasia:</b>	
<b>Nome Usual</b>	
<b>Diretor Técnico</b>	
Nº CRM:	Nome:

### ENDEREÇO

<b>Endereço Físico</b>
Endereço: _____
Bairro: _____ Município: Brasília-DF CEP: _____ - _____
Instalações: ( ) Próprias ( ) Alugadas ( ) Cedidas
Telefones: _____
<b>Endereço Eletrônico</b>
E-mail: _____
Página na Internet: _____

### PRESTAÇÃO SERVIÇO

<b>PRESTA SERVIÇO EM LOCAL DE TERCEIROS:</b> ( ) SIM ( ) NÃO
Se <b>SIM</b> , informe nome e CNPJ da empresa para a qual presta o serviço: _____

### COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Eleição realizada pelo CRM, obrigatória a partir de 30 médicos no corpo clínico.
<b>A empresa possui Comissão de Ética Médica?</b> ( ) SIM ( ) NÃO
Se <b>SIM</b> , informe o dia do término da gestão: ____/____/____



## 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

### **CLASSIFICAÇÃO** (marque apenas UMA opção)

- )Ambulatório de assistência médica patronal
- )Ambulatório (policlínica/centro médico/centro de especialidades)
- )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 - (  ) Pequeno Porte (  ) Médio Porte (  ) Grande Porte
- )Hospital geral - (  ) Pequeno Porte (  ) Médio Porte (  ) Grande Porte
- )Hospital Dia – Isolado
- )Laboratório central de saúde pública - Lacen
- )Laboratório em geral
- )Laboratório especializado
- )Operadora de plano de saúde
- )Ouros a definir \_\_\_\_\_
- )Prestação de serviços médicos terceirizados
- )Regulação de serviços de saúde
- )Reservado ao sistema
- )Secretaria de saúde
- )Serviço 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 / Centro de saúde
- )Unidade de apoio de diagnose e terapia
- )Unidade de atenção à saúde indígena
- )Unidade médica pericial
- )Unidade mista
- )Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência
- )Unidade móvel fluvial
- )Unidade móvel terrestre
- )UPAS / Pronto atendimento

### **CATEGORIA** (marque apenas UMA opção)

- )Civil
- )Civil S/A
- )Eireli
- )Civil LTDA
- )Militar



## 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

**ÚNICO/MATRIZ/FILIAL** (marque apenas UMA opção)

- Único  Filial com capital social  
 Matriz  Filial com matriz em outra UF  
 Filial sem capital social

**CAPITAL SOCIAL:** R\$

**MANTENEDORA** (quando houver)

Razão Social:

Natureza jurídica:  Público  Privado

## DOCUMENTOS

**CNPJ:**

**CNES:**

**Natureza jurídica:**  Público  Privado

- Lucrativo  Beneficente  Estadual  
 Filantrópico  Universitário  Federal

**Instituído por:**  Poder Público  Fundação  Autarquia  Sindicato  Outros

**Documento de constituição** (marque apenas uma opção)

- Ata de Assembléia  
 Ato de criação pela autoridade competente  
 Decreto Estadual  
 Decreto Federal  
 Decreto Municipal  
 Estatuto  
 Lei Estadual  
 Lei Federal  
 Lei Municipal  
 Portaria Estadual  
 Portaria Federal  
 Portaria Municipal  
 Ata de Assembléia  
 Contrato / Requerimento de Empresário

Nº do registro:

Nº livro:

Nº folha:

Data Registro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Natureza do Serviço**

Ensino:  Sim  Não

Tipo de Gestão:  Organização Social  Organização da Sociedade Civil de Interesse Público  
 Público  Privado



## 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

### Abrangência do Serviço

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nacional  | <input type="checkbox"/> Intermunicipal-Microregioal |
| <input type="checkbox"/> Estadual  | <input type="checkbox"/> Intermunicipal-Macroregioal |
| <input type="checkbox"/> Municipal | <input type="checkbox"/> Interestadual-Fronteiras    |

### CORPO SOCIETÁRIO

**Composição (incluir os não médicos)**

**Cargo: Sócio, Sócio majoritário, Administrador, Presidente, Diretor, etc.**

Nº CRM	NOME	CARGO

### ESPECIALIDADE

**Relacionar as especialidades atendidas na empresa**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### ATIVIDADES

**Atividades desenvolvidas**

- |  |                                      |                                       |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Complementação de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Ensino      | <input type="checkbox"/> Pesquisa     |
| <input type="checkbox"/> Prevenção                     | <input type="checkbox"/> Psicologia  | <input type="checkbox"/> Reabilitação |
| <input type="checkbox"/> Terapêutica                   | <input type="checkbox"/> Psicanálise |                                       |



## 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

Tipo: ( ) Aberto ( ) Fechado ( ) Misto

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

8564	Antonio da Silva Chaves
12345	Claudia Pereira
205	Jose Maria da Silva

	Nº CRM	NOME DO MÉDICO
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

### RECURSOS MATERIAIS

	Quantidade		Quantidade		Quantidade
Berços		Consultórios		Isolamento	
Cirúrgicos		De Cirurgia		Obstétrico	
Clínico		De Raio X		Oncológico	
outros		Pediátricos		Psiquiátrico	
UTI					



## 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

- Marque abaixo os serviços prestados na empresa.;
- Os serviços a seguir relacionados exigem a **obrigatoriedade de titulação** de especialidade médica **registrada** no CRM-DF. Solicitamos que o médico responsável pelo serviço prestado na empresa preencha a tabela abaixo com número de CRM e assinatura;
- **Cada médico só poderá ser responsável por até 2 serviços.**

SERVIÇOS	EXIGÊNCIA DE ESPECIALIDADE	MÉDICO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO Nº CRM E ASSINATURA
Agência Transfusional	Hematologia e hemoterapia	CRM-DF 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.:



## 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

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, Pediatria Medicina Intensiva, Nutrologia,	nº _____ Ass.:
Obtenção de CNH	Medicina do Tráfego <b><i>Exceto o disposto no § 1º do art. 18 da Resolução Contran 425/2012</i></b>	nº _____ Ass.:
Ortopedia e Traumatologia	Ortopedia e Traumatologia	nº _____ Ass.:
Quimioterapia	Cancerologia	nº _____ Ass.:
Radiologia Clínica	Radiologia e Diagnóstico por Imagem	nº _____ Ass.:





## 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

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.:

### RECURSOS HUMANOS

	Quantidade		Quantidade
ASSISTENTE SOCIAL		FARMACÊUTICO	
AUXILIAR DE ENFERMAGEM		FISIOTERAPEUTA/TO	
BIÓLOGO		FONOAUDIÓLOGO	
BIOQUÍMICO		NUTRICIONISTA	
DENTISTA		PSICÓLOGO	
ENFERMEIRO		TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
ESTAGIÁRIOS ESTRANGEIROS		TÉCNICO EM RADIOLOGIA	
ODONTÓLOGO		OUTROS	



## 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

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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo na empresa: \_\_\_\_\_

R.G. nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura