

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS



RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA REGISTRO DE OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE CREMEGO

- 1) *Cópia do Contrato Social e Alterações Contratuais, devidamente registrados na JUCEG; Estatuto Social ou qualquer documento que devidamente registrado no órgão competente, comprove a existência legal da empresa, entidade ou instituição;*
- 2) *Cópia do cartão do CNPJ;*
- 3) *Cópia dos Alvarás da Vigilância Sanitária (se dispor de ambulatório médico) e Alvará da Prefeitura Local, onde a empresa é estabelecida;*
- 4) *Relação dos profissionais médicos que prestam serviços para o estabelecimento e compõem o corpo clínico do mesmo, com seus respectivos números de CRM e suas especialidades médicas;*
- 5) *Relação das empresas contratadas; prestadoras de serviços médicos ao estabelecimento (hospitais, clínicas, laboratórios);*
- 6) *Cópia do contrato PADRÃO entre a empresa e cada médico seja ele empregado, cadastrado, credenciado ou outro, junto ao estabelecimento;*
- 7) *Cópia do contrato PADRÃO entre a empresa, entidade ou instituição e as empresas contratadas por ela, prestadoras de serviços médicos;*
- 8) *Cópia dos contratos oferecidos pelo plano ao usuário;*
- 9) *Declaração de responsabilidade Técnica. (modelo fornecido pelo CRM);*
- 10) *Termo de Compromisso assinado pelo Diretor Técnico. (modelo fornecido pelo CRM);*
- 11) *Preencher formulário fornecido pelo CRM. **(NÃO SERÁ ACEITO FORMULÁRIO QUE Ñ ESTIVER PREENCHIDO ADEQUADAMENTE).***

OBS: Todos os documentos não ORIUNDOS do CRM/GO, deverão estar legíveis, sem rasuras, em papel timbrado da empresa ou com carimbo de CNPJ e devidamente vistas e/ou assinadas pelo RESPONSÁVEL TÉCNICO.

Ilm^{o(a)} Sr.(a) Presidente(a) do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás

inscrita no CNPJ sob o nº _____ / _____ - _____, situada à
_____, no
município de _____ Estado de Goiás, vem, através de seu
responsável técnico, Dr(a). _____,
CRM/GO nº _____, de acordo com o disposto na Lei nº 6.839/80 e Resolução
CFM N.º 1716/2004, requerer a V.S^a sua inscrição no CREMEGO.

- Registro
- Cadastro
- Atualização de dados

N. Termos

P. Deferimento

Local/Data

Responsável Técnico

DECLARAÇÃO

Eu, Dr(a). _____,
CRM/GO N.º _____, declaro para os devidos fins junto ao **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS**, que sou o **RESPONSÁVEL TÉCNICO**, pelo estabelecimento de saúde denominado _____
sito à _____ em
_____ e neste ato, me comprometo a comunicar de imediato ao CRM/GO, quando ocorrer o meu desligamento da empresa, e informar também ao novo Diretor Técnico da necessidade de encaminhar nova declaração no prazo de 24 (vinte e quatro) horas. Estou ciente ainda que deverei informar ao CRM de qualquer mudança que ocorrer no quadro funcional da unidade, de acordo com o artigo 11 da Resolução CFM N.º 1716/2004.

Por ser verdade, firmo a presente,

_____ de _____ de 20____.

DIRETOR TÉCNICO

TERMO DE COMPROMISSO

A empresa _____ inscrita no CNPJ (CGC) sob o nº _____ / _____ - _____ se compromete a incluir em sua próxima alteração contratual ou estatuto, a seguinte cláusula:

“OS HONORÁRIOS MÉDICOS ESTÃO INTEGRALMENTE DESVINCULADOS DE QUALQUER TIPO DE TAXA, DO CAPITAL SOCIAL E OU CAIXA DO ESTABELECIMENTO MESMO COM A AUTORIZAÇÃO DO MÉDICO, AINDA QUE ELE TENHA VÍNCULO EMPREGATÍCIO COM O ESTABELECIMENTO OU ATÉ MESMO QUE EXISTA DISPOSIÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO DO LUCRO NO FINAL DO EXERCÍCIO FISCAL”.

Por ser verdade, firmo a presente,

_____ de _____ de 20____.

DIRETOR TÉCNICO



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS
FICHA DE DECLARAÇÃO DE DADOS DE OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA DE SAÚDE

I	SOLICITAÇÃO DE:		INSCRIÇÃO	
<input type="checkbox"/> Registro <input type="checkbox"/> Cadastro <input type="checkbox"/> Atualização de Dados		N° (a cargo do CRM)		
II	IDENTIFICAÇÃO			
1-Razão Social 2-Nome de Fantasia 3-Endereço 4-Município 5 - UF 6 - CEP 7 - Telefone 8-Insc. No CNPJ/.....-..... 9 - Lic. de Func/SES e SMS Validade..... 10-Instrumento de Constituição 11-N°..... Liv..... Folha..... 12 - Data 13-Estabelecimento <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Filial <input type="checkbox"/> Matriz 14-Nome da Entidade Mantenedora Natureza Jurídica 15- Endereço 16-Município..... 17 - UF..... 18 - CEP..... 19 - Telefone.....				
III	CARACTERÍSTICAS DO ESTABELECIMENTO			
1 - <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Sem fins lucrativos <input type="checkbox"/> Com fins lucrativos 2 - <input type="checkbox"/> Inst. P/ poder Público <input type="checkbox"/> Fundo <input type="checkbox"/> Instituto <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Federal 3 - Categoria <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Comercial				
IV	MODALIDADE DA OPERADORA			
1 - <input type="checkbox"/> Administradora 4 - <input type="checkbox"/> Cooperativa 7 - <input type="checkbox"/> Auto Gestão 2 - <input type="checkbox"/> Seguradora 5 - <input type="checkbox"/> Medicina de Grupo 8 - <input type="checkbox"/> Outros.....				
V	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS			
1 - <input type="checkbox"/> Prevenção 4 - <input type="checkbox"/> Complem. Diagnóstica 7 - <input type="checkbox"/> Transporte 2 - <input type="checkbox"/> Terapêutica 5 - <input type="checkbox"/> Pesquisa 8 - <input type="checkbox"/> 3 - <input type="checkbox"/> Reabilitação 6 - <input type="checkbox"/> Ensino 9 - <input type="checkbox"/>				
VI	CARTEIRA DE PLANOS			
1 - <input type="checkbox"/> Plano de Referência 3 - <input type="checkbox"/> Plano Hospitalar 5 - <input type="checkbox"/> Plano Odontológico 2 - <input type="checkbox"/> Plano Ambulatorial 4 - <input type="checkbox"/> Plano Obstétrico 6 - <input type="checkbox"/> Misto qual(is):.....				
VII	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
1 - : Serviços prestados <input type="checkbox"/> Próprios <input type="checkbox"/> Credenciados				
VIII	INSTALAÇÕES			
1 - <input type="checkbox"/> Próprias <input type="checkbox"/> Alugadas <input type="checkbox"/> Construídas para finalidade atual 2 - <input type="checkbox"/> Adaptadas <input type="checkbox"/> Cedidas				
IX	RECURSOS HUMANOS			
1 - Área médica: sócios Médicos Empregados..... Conveniados Cooperados Credenciados Total de médicos 2 - Relação de trabalho (nº de médicos) Com Vinc. Empregaticio Sem Vinc. Empregaticio 3 - Remuneração: <input type="checkbox"/> Honorários pela tabela da AMB integral <input type="checkbox"/> Honorários acima da tabela da AMB..... <input type="checkbox"/> C.H. do dia do pagamento <input type="checkbox"/> C.H. do dia do ato médico Prazo de pagamento após entrega da fatura				
X	RESPONSABILIDADE TÉCNICA			
Nome CRM N°				
XI	CAPITAL SOCIAL R\$			
Cidade: Data de de 20.....				
_____ Assinatura do Diretor Técnico				