



**CRM-MS**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

**DECLARAÇÃO PARA INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA NO CRM/MS:**

1.1- Nome: \_\_\_\_\_

1.2- Endereço: \_\_\_\_\_

1.3- Diretor Técnico: \_\_\_\_\_

2.1- Qual a motivo da solicitação do Registro:

**Prestação de Serviços: Informar se atenderá hospital, Rede Pública de Saúde?**

Empresas terceirizadas devem apresentar **cópia do contrato de prestação serviços entre as partes ou declaração assinada pelo diretor técnico da instituição a qual presta serviço**, informando os serviços prestados.

2.2- O(s) médico(s) que prestará (ão) Serviço(s) possui(em) Especialidade(s) registrada(s) no CRM/MS?

\_\_\_\_\_

2.3- Há algum tipo de Propaganda? Quais?

\_\_\_\_\_

2.4- Local (is) que será (ão) exercida (as) a (s) atividade (s)

\_\_\_\_\_

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO		
Tipos de atendimento		
Atende qual tipo de paciente		
<input type="checkbox"/> Adulto		
<input type="checkbox"/> Infantil		
<input type="checkbox"/> Adulto e Infantil		
SUS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Particular	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Convênios com operadoras de planos de saúde	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

Nome Legível do Diretor Técnico

\_\_\_\_\_

Local e Data