CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Protocolo

(Uso do CREMESP)

REQUERIMENTO

Ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP
Assunto: Solicitação de Agendamento da Unidade Móvel de Atendimento

O (A) abaixo-assinado (a), Diretor (a) Técnico (a) da instituição identificada neste requerimento, vem, respeitosamente, solicitar o agendamento da Unidade Móvel de Atendimento do CREMESP, a fim de disponibilizar serviços cartoriais diretamente aos médicos vinculados ao corpo clínico desta instituição.

1. **Dados da Instituição Solicitante:**
Razão Social: _____
CNPJ: _____
Endereço completo: _____
Nº_____, Cidade_____CEP: _____
Telefone para contato: _____
E-mail institucional: _____
Diretor Técnico: _____
CRM do RT: _____
Número de médicos do corpo clínico: _____

2. **Serviço (s) solicitado (s) da Unidade Móvel: (assinale as opções necessárias e subitens correspondentes)**

☐ **Solicitação da Cédula de Identidade Médica (CRM Digital).**
☐ Implantação obrigatória de prontuário eletrônico. (Necessidade de certificação digital dos médicos para assinatura de documentos eletrônicos com validade jurídica).
☐ Obter de forma gratuita o certificado digital do tipo A3 em nuvem emitido pelo Conselho Federal de Medicina.
☐ Obter certificado digital para acesso a plataforma de Prescrição Médica / plataforma de telemedicina.
☐ Outros _____

☐ **Registro de Qualificação de Especialista (RQE): Regularização da especialidade sendo exigência legal e ética obrigatória para a divulgação do exercício profissional.**
☐ Registro do RQE após conclusão da residência médica.
☐ Atualização do registro para fins de divulgação correta da especialidade junto a hospitais, clínicas, convênios e plataformas de saúde.
☐ Outros _____

Complementarmente aos serviços listados, também estão disponíveis:

Averbação de Nome ou Naturalidade Garantia de consistência e atualização cadastral junto ao CREMESP e aos sistemas interligados, assegurando a integridade das informações profissionais, evitando divergências em registros públicos e preservando a regularidade documental.

Emissão da Segunda Via da Carteira Profissional Médica (CPM): Documento indispensável para a comprovação da identidade profissional em atos médicos, jurídicos e administrativos, permitindo o pleno exercício das atividades médicas e reforçando a segurança na identificação nas instituições e órgãos competentes.

3. **Forma de Comunicação da Instituição com o Corpo Clínico:**
Assinale a (s) forma (s) que a instituição informará seus médicos sobre a presença da Unidade Móvel

☐ Comunicação interna oficial (circulares, memorandos, murais, etc.)
☐ E-mail institucional direcionado ao corpo clínico
☐ Aplicativos ou grupos de mensagens da instituição
☐ Reunião informativa presencial ou virtual
☐ Outros: _____

_____- SP, _____ de_____de _____

Dr. (a) _____
Diretor (a). Técnico (a) da Instituição
CRM/SP nº _____

4. **USO EXCLUSIVO DO CREMESP**

	Data	**Assinatura**
Recebimento	____/____/_____	_____
Envio à Chefia	____/____/_____	_____
Envio à Coordenação	____/____/_____	_____

5. **STATUS DA SOLICITAÇÃO**

Situação	**Descrição**
☐ APROVADO	Instituição incluída no cronograma de atendimentos a ser realizado em ____/____/____
☐ NÃO APROVADO	