

	<b>FICHA DE CADASTRO</b>	FORM.FAT 01
		REV: 00
		FL 1 de 03

**I – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE**

DATA:		
NOME FANTASIA:		
RAZÃO SOCIAL (COMPLETA):		
ENDEREÇO:		
Nº	BAIRRO:	
CIDADE:	ESTADO:	CEP:
TELEFONE:		FAX:
CNPJ:		CNES:
E-MAIL:		
INSCRIÇÃO MUNICIPAL:		INSCRIÇÃO ESTADUAL:
PÚBLICO:	<input type="checkbox"/> FEDERAL <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL	PRIVADO: <input type="checkbox"/> COM FINS LUCRATIVOS <input type="checkbox"/> SEM FINS LUCRATIVOS
TIPO DE ATENDIMENTO: <input type="checkbox"/> PACIENTE SUS <input type="checkbox"/> LEITO SUS CONTRATADO <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> PLANO DE SAÚDE		

**II – AGÊNCIA TRANSFUSIONAL**

1. POSSUI AGENCIA TRANSFUSIONAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
2. TIPO DE ATENDIMENTO:	ESTRUTURA:	
<input type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> ESPECIALIZADO _____ (especificar)	<input type="checkbox"/> AMBULATÓRIO <input type="checkbox"/> PRONTO SOCORRRO <input type="checkbox"/> CENTRO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> CENTRO OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLINICAS <input type="checkbox"/> PEDIATRIA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> OUTROS _____	
3. LEITOS EXISTENTES:	TOTAL:	SUS:
4. MÉDIA MENSAL DE TRANSFUSÕES:		
RESPONSÁVEL PELO CONTATO:		

**III – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

1. REAGENTES FORNECIDOS PELO HEMOCENTRO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2. TREINAMENTO DISPONIBILIZADO PELO HEMOCENTRO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>3. EQUIPAMENTOS:</b>		
3.1. EQUIPAMENTOS TOTALMENTE DO HEMOCENTRO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
3.2. EQUIPAMENTOS TOTALMENTE DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
3.3. EQUIPAMENTOS PERTENCENTES AO HEMOCENTRO E A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

	<b>FICHA DE CADASTRO</b>	FORM.FAT 01
		REV: 00
		FL 2 de 03

<b>4. PESSOAL</b>		
4.1. PESSOAL TOTALMENTE DO HEMOCENTRO	( ) SIM	( ) NÃO
4.2. PESSOAL TOTALMENTE DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	( ) SIM	( ) NÃO
4.3. PESSOAL DO HEMOCENTRO E DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	( ) SIM	( ) NÃO
<b>5. MATERIAIS</b>		
5.1. MATERIAL FORNECIDO PELO HEMOCENTRO	( ) SIM	( ) NÃO
5.2. MATERIAL FORNECIDO PELA DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	( ) SIM	( ) NÃO
5.3. MATERIAL FORNECIDO PELO HEMOCENTRO E PELA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	( ) SIM	( ) NÃO
<b>6. ENERGIA FORNECIDA PELA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE</b>	( X ) SIM	( ) NÃO
<b>7. AGUA FORNECIDA PELA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE</b>	( X ) SIM	( ) NÃO
<b>8. TELEFONE FORNECIDO PELA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE</b>	( X ) SIM	( ) NÃO
<b>9. ALIMENTAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS FORNECIDA PELA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE</b>	( X ) SIM	( ) NÃO
<b>10. INFORMATIZAÇÃO FORNECIDA PELA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE</b>	( X ) SIM	( ) NÃO

<b>IV – RESPONSÁVEIS PELA INSTITUIÇÃO</b>		
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL PELA INSTITUIÇÃO PARA A ASSINATURA DO CONTRATO</b>		
NOME COMPLETO:		
RG Nº:	CPF Nº:	
<b>DADOS DO PROFISSIONAL MÉDICO RESPONSÁVEL PELA HEMOTERAPIA ( SE A INSTITUIÇÃO POSSUIR AGÊNCIA TRANSFUSIONAL )</b>		
NOME COMPLETO:		
RG Nº:	CPF Nº:	CRM:
<b>DADOS DO DIRETOR CLÍNICO ( SE A INSTITUIÇÃO NÃO POSSUIR AGÊNCIA TRANSFUSIONAL )</b>		
NOME COMPLETO:		
RG Nº:	CPF Nº:	CRM:

