|  |
| --- |
| **I - IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARCEIRA** |
| RAZÃO SOCIAL (COMPLETA): | CNPJ: |
| NOME FANTASIA: | CNES: |
| ENDEREÇO: | Nº | BAIRRO: |
| MUNICÍPIO: | CEP: | UF: |
| TELEFONE: | E-MAIL: |
| **II – DESCRIÇÃO DO SERVIÇO** |
| **TIPO DE ATENDIMENTO:** | **SERVIÇOS DISPONÍVEIS:**  |
| ( ) GERAL | ( ) AMBULATÓRIO  |
| ( ) ESPECIALIZADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) PRONTO SOCORRO/EMERGÊNCIA  |
| **LEITOS:**  | ( ) PEDIATRIA |
| TOTAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) CENTRO CIRÚRGICO  |
| SUS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) CENTRO OBSTÉTRICO  |
| NÃO-SUS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) SERVIÇO DE HEMATOLOGIA  |
| **LEITOS COMPLEMENTARES UTI:**  | ( ) AGÊNCIA TRANSFUSIONAL  |
| TOTAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI  |
| SUS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS |
| NÃO-SUS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) OUTRO. ESPECIFICAR:  |
| **III – RESPONSÁVEIS** |
| **PELA ASSINATURA DO INSTRUMENTO LEGAL** |
| NOME: |
| RG: | CPF: |  |
| **PELO SETOR DE CONTAS MÉDICAS/FATURAMENTO OU SIMILAR** |
| NOME: |
| SETOR: | TELEFONE: |   |   |   |
| EMAIL: |
| **PELO ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO** |
| NOME: |
| SETOR: | TELEFONE: |   |   |   |
| EMAIL: |
| **IV. LISTAR PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE PRÓPRIOS E/OU DE TERCEIROS (SE HOUVER)** |
|  |
|   |

|  |
| --- |
| **ÁREA DE PREENCHIMENTO DO HEMOCE**  |
| DATA DE RECEBIMENTO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  | RESPONSÁVEL: |
| MÉDIA ESTIMADA DE TRANSFUSÕES: | TIPO HOSPITALAR:  |
| ESTABELECIMENTO  | ( ) CREDENCIADO | ( ) NÃO CREDENCIADO |
| QUANTO AO TIPO DE SERVIÇO | QUANTO AO GERENCIAMENTO | QUANTO AO ATENDIMENTO |
| ( ) AT  | AGÊNCIA TRANSFUSIONAL | ( )  | AT HEMOCE | ( )  | SUS |
| ( ) AH | ASSISTÊNCIA HEMOTERÁPICA | ( )  | AT HOSPITAL | ( )  | NÃO-SUS |
|   | ( )  | SEM AT | ( )  | SUS E NÃO-SUS |
| **DIRETORIA TÉCNICA HEMOCE**  |
| DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | APROVAÇÃO: |
| COMENTÁRIOS: |
|  |