|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |