|  |  |
| --- | --- |
|  **FICHA DE CADASTRO HOSPITALAR** | CCD: \* |
| **MODALIDADE DO CONTRATO: ( ) AT ( ) AH ( )AHI ( ) SERV. LABORATORIAIS ( ) SERV. AMBULATORIAL****AT – Agência Transfusional****AH- Assistência Hemoterápica****AHI – Assistência Hemoterápica com interveniente** |
| **I - IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO** |
| RAZÃO SOCIAL (COMPLETA): |
| NOME FANTASIA: | CNPJ: |
| ENDEREÇO: | Nº: | BAIRRO: |
| MUNICÍPIO: | CEP: | UF: |
| TELEFONE: | Nº CNES: | E-MAIL: |
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL: | INSCRIÇÃO ESTADUAL: |
| **NATUREZA DA INSTITUIÇÃO:**[ ]  **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA -** Estabelecimento público federal[ ]  **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA -** Estabelecimento público estadual [ ]  **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** - Estabelecimento público municipal [ ]  **ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS** - Estabelecimento privado sem fins lucrativos (deverá anexar CEBAS)[ ]  **ENTIDADES EMPRESARIAIS** - Estabelecimento privado com fins lucrativos |
| **TIPO DE ATENDIMENTO:** ( ) GERAL ( ) ESPECIALIZADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (especificar) | **ESTRUTURA (CNES): (** ) PEDIATRIA( ) AMBULATÓRIO ( ) PRONTO SOCORRO( ) UTI ( ) CENTRO CIRÚRGICO( ) CENTRO OBSTÉTRICO ( ) AG.TRANSFUSIONAL( ) LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS |
| LEITOS EXISTENTES: **TOTAL: \_\_\_\_\_\_ SUS: \_\_\_\_\_\_** |
| **II – RESPONSÁVEIS PELA INSTITUIÇÃO** |
| **REPRESENTANTE LEGAL PARA ASSINATURA DO CONTRATO****NOME:** |
| CPF: | Identidade: |
| E-mail: |
| **DIRETOR TÉCNICO****NOME:** |
| CPF: | CRM:  |
| **MÉDICO RESPONSÁVEL PELA HEMOTERAPIA***(Conforme Portaria de Consolidação nº 5, este profissional deverá ter especialização em Hematologia ou Hemoterapia, caso não tenha, deverá se inscrever para treinamento, item III deste formulário, ou apresentar certificado de treinamento)* **NOME:** |
| CPF:  | CRM:  |
| Especialidade médica: |
| **III- TREINAMENTO** **Deverá ser informado, obrigatoriamente, pelo menos um profissional das seguintes categorias para participarem do treinamento. A Fundação Hemominas entrará em contato para agendar o evento.**1. **MÉDICO**
2. **PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM**
3. **PROFISSIONAL DE LABORATÓRIO (Necessário apenas para as agências)**
4. **CAPTADOR**
5. **FATURISTA**
 |
| **CATEGORIA PROFISSIONAL**  | **NOME TREINANDO** | **Inicial ou reciclagem (assinalar a opção)** |
|  |  | **Inicial**[ ]  **Reciclagem**[ ]  |
|  |  | **Inicial**[ ]  **Reciclagem**[ ]  |
|  |  | **Inicial**[ ]  **Reciclagem**[ ]  |
|  |  | **Inicial**[ ]  **Reciclagem**[ ]  |
|  |  | **Inicial**[ ]  **Reciclagem**[ ]  |
|  |  | **Inicial**[ ]  **Reciclagem**[ ]  |
|  |  | **Inicial**[ ]  **Reciclagem**[ ]  |
|  |  | **Inicial**[ ]  **Reciclagem**[ ]  |
|  |  | **Inicial**[ ]  **Reciclagem**[ ]  |
|  |  | **Inicial**[ ]  **Reciclagem**[ ]  |
| **IV – EMAILS DAS REFERÊNCIAS DO ESTABELECIMENTO**  |
| **CATEGORIA PROFISSIONAL** | **NOME**  | **E-MAIL PARA CONTATO** **(PREFERENCIALMENTE INSTITUCIONAL)** |
| E-MAIL ENVIO DAS NOTAS FISCAIS |  |  |
| PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM |  |  |
| CAPTADOR |  |  |
| MÉDICO RT |  |  |
| PROFISSIONAL DE LABORATÓRIO (no caso de AT) |  |  |
| Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, podendo ser averiguadas a qualquer momento pela Fundação Hemominas. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ **Responsável pelas informações****A FICHA DE CADASTRO HOSPITALAR DEVERÁ SER REENVIADA PARA A UNIDADE DA FUNDAÇÃO HEMOMINAS SEMPRE QUE HOUVER ALTERAÇÃO DAS INFORMAÇÕES. CASO SEJA ALTERADO O REPRESENTANTE LEGAL, JUNTO DA FICHA TAMBÉM DEVERÁ SER ENCAMINHADO DOCUMENTO DE IDENTIDADE E DOCUMENTO QUE LHE CONFERE PODERES PARA ASSINAR PELO ESTABELECIMENTO** |

**\*Classificação feita pela Hemominas conforme natureza jurídica do EAS.**

**.**