**Para uso exclusivo do SNA-DICQ. Não preencher.**

|  |
| --- |
| **Número do Processo** |
|  |

**Para uso exclusivo do Laboratório Clínico. Preencher eletronicamente.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A - Identificação do Laboratório Clínico** | | | |
| Contrato: PÚBLICO ( ) PRIVADO ( ) | | | |
| Razão Social: | | | |
| Nome Fantasia: | | | |
| Selecionar o nome que constará no certificado de acreditação: RAZÃO SOCIAL ( ) NOME FANTASIA ( ) | | | |
| CNPJ: | | | |
| Nº de Cadastro no CNES: | | | |
| Endereço: | | Complemento: | |
| Bairro: | | Cidade: | |
| Estado: | | CEP: | |
| Telefone 1: ( ) | | Telefone 2: ( ) | |
| E-mail 1: | | E-mail 2: | |
| **Convênio:** PNCQ Gestor? Não ( ) Sim ( ) Em caso afirmativo, indique data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e local do curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Encaminhar certificado de realização do Curso PNCQ Gestor com a documentação e evidenciar vínculo do participante com o Laboratório)  **SBAC ( ) SEBRAE ( ) MULTI CENTRAIS ( ) LAS ( ) GIPLAB ( ) LABFORTE ( ) AMAC ( ) NENHUM ( )** | | | |
| **B - Dados Financeiros** | | | |
| Forma de recolhimento do Laboratório: SIMPLES ( ) LUCRO PRESUMIDO ( ) LUCRO REAL ( ) | | | |
| Forma de pagamento da auditoria: À VISTA ( ) PARCELADO ( ) QUANTIDADE DE PARCELAS (máximo 5 vezes) ( ) | | | |
| Nome do Responsável pelo setor: | | | |
| Telefone 1: ( ) | | Telefone 2: ( ) | |
| E-mail 1: | | E-mail 2: | |
| **C - Tipo de Unidade** | | | |
| ( ) MATRIZ  ( ) BANCO DE SANGUE  ( ) HOSPITALAR | | ( ) FILIAL - Unidade (o cadastro da filial deve ser feito em formulário separadamente da matriz).  ( ) POSTO DE COLETA (o cadastro de postos de coleta deve ser feito em formulário separadamente da matriz). | |
| **D - Escopo Clínico/Selecionar apenas os serviços realizados nas dependências do laboratório destinado à Acreditação** (este campo não se aplica a Postos de Coleta e setores terceirizados) | | | |
| ( ) BIOLOGIA MOLECULAR  ( ) BIOQUÍMICA  ( ) CITOLOGIA  ( ) HEMATOLOGIA  ( ) MICROSCOPIA | ( ) IMUNOLOGIA  ( ) DOENÇAS INFECCIOSAS  ( ) HORMÔNIOS  ( ) DROGAS TERAPÊUTICAS  ( ) MARCADORES TUMORAIS | ( ) AUTOIMUNIDADE  ( ) MICOLOGIA  ( ) MICROBIOLOGIA  ( ) PARASITOLOGIA  ( ) ANATOMIA PATOLÓGICA | ( ) TOXICOLOGIA  ( ) DROGAS DE ABUSO  ( ) MEDICINA DO TRABALHO  ( ) URINÁLISE  ( ) OUTRA(S), descrever: |
| **E - Setores de Suporte/Selecionar apenas os serviços presentes nas dependências do laboratório destinado à Acreditação:** | | | |
| ( ) COLETA  ( ) RECEPÇÃO  ( ) TI  ( ) ADMINISTRAÇÃO  ( ) RECURSOS HUMANOS (RH) | ( ) COMPRAS/ ALMOXARIFADO  ( ) TRIAGEM  ( ) DIREÇÃO  ( ) GARANTIA DA QUALIDADE | ( ) LAVAGEM  ( ) DESCARTE  ( ) OUTRA(S), descrever: | |
| **F - Objeto da Solicitação** | | | |
| ( ) AUDITORIA INICIAL PARA ACREDITAÇÃO  ( ) ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO **(a documentação solicitada no item G deste formulário não é necessária para atualização de cadastro).** | | ( ) EXTENSÃO DA ACREDITAÇÃO (inclusão de postos de coleta, filiais e/ou setores). | |
| **G - Anexar a este formulário** | | | |
| **1-** Manual da Qualidade; **2-** Contrato com o patrocinador do Programa de Controle Externo da Qualidade; **3-** Certificado anual do Programa de Controle Externo da Qualidade; **4-** Última avaliação mensal do Programa de Controle Externo da Qualidade; **5-** Cópia do contrato social do Laboratório Clínico na alteração vigente; **6-** *Curriculum Vitae* do Responsável Técnico e do Diretor do Laboratório; **7-** Relação dos Equipamentos do Laboratório (listar todos que de modo direto ou indireto são utilizados para a realização dos exames laboratoriais: analisadores, equipamentos de suporte, instrumentos de medição e outros);  **8-** Relação dos exames próprios das diferentes especialidades/serviços; **9-** Relação dos exames terceirizados das diferentes especialidades/serviços; **10-** Caso tenha participado do curso PNCQ Gestor dentro do prazo de 60 dias, anexar a cópia do certificado; **11-** Alvará de funcionamento. | | | |
| **Favor encaminhar o formulário preenchido eletronicamente e a documentação solicitada (em formato PDF) via e-mail para: acreditaca**[**o@acreditacao.org.br**](mailto:o@acreditacao.org.br) | | | |
|
| **1 - Organização** | | | |
| **1.1 - Pessoal** (ignorar os campos que não se aplicam a Postos de Coleta) | | | |
| Número de pessoas de nível superior envolvidos nos setores técnicos | |  | |
| Número de pessoas de nível médio envolvidas nos setores técnicos | |  | |
| Número de pessoas envolvidas na administração | |  | |
| Número de pessoas na limpeza e na manutenção das instalações | |  | |
| Total de colaboradores | |  | |
| **1.2 - Garantia da Qualidade** (pessoa de contato para agendamento e envio de relatórios) | | | |
| Nome: | | | |
| Profissão: | Conselho Regional: | UF: | Nº: |
| E-mail: | | CPF: | |
| Experiência: | | | |
| **1.3 - Diretor do Laboratório** | | | |
| Nome do Responsável: | | | |
| Profissão: | Conselho Regional: | UF: | Nº: |
| E-mail: | | CPF: | |
| **1.4 - Responsável Técnico** | | | |
| Nome do Responsável: | | | |
| Profissão: | Conselho Regional: | UF: | Nº: |
| E-mail: | | CPF: | |
| **1.5 - Supervisor Técnico** | | | |
| Nome do Responsável: | | | |
| Profissão: | Conselho Regional: | UF: | Nº: |
| E-mail: | | CPF: | |
| **1.6 - Dados do Contrato** | | | |
| **Responsável Legal/Signatário** (pessoa que assinará o contrato) Nome: | | | |
| E-mail: | | CPF: | |
| **Testemunha** Nome: | | | |
| E-mail: | | CPF: | |
| **2 - Horário de Funcionamento** | | | |
| 1. O laboratório funciona 24 horas? SIM ( ) NÃO ( ) 2. Qual é o horário de funcionamento do laboratório?  **SEGUNDA À SEXTA-FEIRA:**  **SÁBADO:** | | | |
| **3 - Pacientes Atendidos** | | | |
| 1- Número médio de pacientes atendidos por dia: | | | |
| **4 - Média de Exames** (este campo não se aplica a Postos de Coleta e Exames Terceirizados) | | | |
| **Informar a média anual de exames das especialidades/serviços realizados nas dependências do laboratório** | | | |
| **Especialidade/Serviço** | **Média Anual** | **Especialidade/Serviço** | **Média Anual** |
| Biologia Molecular |  | Microbiologia |  |
| Bioquímica |  | Parasitologia |  |
| Citotologia |  | Toxicologia |  |
| Hematologia |  | Drogas de Abuso |  |
| Hormônios |  | Medicina do Trabalho |  |
| Imunologia |  | Urinálise |  |
| Autoimunidade |  | Anatomia Patológica |  |
| Doenças Infecciosas |  | Marcadores Tumorais |  |
| Drogas Terapêuticas |  | Microscopia |  |
| Micologia |  | Outros |  |
|  | | | |
| **5 - Declaração** (esta declaração deve ser feita pelo Diretor do Laboratório ou Responsável Técnico pelo Laboratório) | | | |
| 1. O Laboratório Clínico concorda em cumprir e manter o atendimento aos requisitos do Regulamento do SNA-DICQ - Sistema Nacional de Acreditação, constantes no MANUAL DE ACREDITAÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE DE LABORATÓRIOS CLÍNICOS DO SNA-DICQ; 2. Declaro que tenho conhecimento e que estou de acordo com o Sistema de Acreditação adotado pelo SNA-DICQ, e que as informações contidas neste formulário de SOLICITAÇÃO DE ACREDITAÇÃO DE LABORATÓRIO CLÍNICO são verdadeiras.   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (LOCAL/DATA)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASSINATURA DO DIRETOR DO LABORATÓRIO/RESPONSÁVEL | | | |