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

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

**Para uso exclusivo do Laboratório Clínico. Preencher eletronicamente todos os campos abaixo. Este é um documento interno e controlado pelo SNA-DICQ, peço a gentileza de não adicionar ou alterar campos.**

|  |
| --- |
| **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( ) ALAP( ) 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** |
| ( ) SOLICITAÇÃO 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 (ANEXAR SOMENTE EM CASO DE SOLICITAÇÃO DE ACREDITAÇÃO INICIAL)** |
| **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** |
|
| **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 |