



## FICHA CADASTRAL PARA LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Termo de Inspeção n.º \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nº Processo:

Profissional: \_\_\_\_\_

Estabelecimento: \_\_\_\_\_

### 1. Dados Gerais:

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_

Razão Social: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Diretor Técnico: \_\_\_\_\_ CRF \_\_\_\_\_

### 2. Condições Gerais e Legais:

2.1 – O laboratório está situado em município com população: (em habitantes)?

( ) inferior 5.000 ( ) 5.000 à 20.000 ( ) 20.000 à 70.000 ( ) 70.000 à 150.000 ( ) acima 150.000

2.2 – Possui Certificado de Regularidade atualizado junto ao CRF-PR? ( ) Sim ( ) Não

2.3 – Possui Licença Sanitária atualizada? ( ) Sim ( ) Não

2.4 – Possui postos de coleta? ( ) Sim ( ) Não

2.4.1 – Caso afirmativo, quantas unidades: CRF-PR \_\_\_\_\_? Outro Conselho \_\_\_\_\_?

Obs: Anotar os endereços, cidades e responsável técnico de todos os postos de coleta em folha complementar.

2.4.2 – Os postos de coleta citados estão registrados e com RT junto ao CRF-PR ou outro Conselho?

( ) Sim ( ) Não ( ) Registrado(s) em Outro Conselho

2.5 - O laboratório é vinculado ou atende a hospital? ( ) Sim ( ) Não

2.5.1 – Em caso afirmativo, o LAC presta serviço exclusivamente a hospital? ( ) Sim ( ) Não

2.5.2 – Qual(is) hospital(is): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.6 – Qual o número médio de exames/dia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### 3. Condições de Assistência

3.1 – Qual o horário de funcionamento do laboratório?

---

---

3.2 – O laboratório mantém serviço de plantão (após as 20 horas, feriados e finais de semanas)?

( ) Sim ( ) Não

3.3 – O laboratório possui outros farmacêuticos, além do diretor técnico, como assistentes/substituto/DAP com carga horária declarada ao CRF-PR? ( ) Sim ( ) Não

3.4 – Qual o horário de assistência do(s) farmacêutico(s) (diretor, assistente, substituto/DAP)?

Nome: \_\_\_\_\_ CRF-PR: \_\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ CRF-PR: \_\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ CRF-PR: \_\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_

Obs: Em caso de mais farmacêuticos, descrever em folha complementar.

3.5 – O laboratório possui outros profissionais de nível superior? Quais as funções desenvolvidas por esses profissionais e em qual horário e se os mesmos estão inscritos nos respectivos conselhos?

---

---

---

---

---

---

3.6 – Considerando que o município em questão faça divisa ou próximo a outro Estado, algum(ns) do(s) farmacêutico(s) possui (em) inscrição no outro estado ou secundária? ( ) Sim ( ) Não

3.7 – O(s) farmacêutico(s) diretor técnico e/ou assistente/substituto/DAP possuem outras atividades?

( ) Sim ( ) Não

3.7.1 – Em caso afirmativo, descrever: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

