

	FORMULÁRIO E INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO TERMO DE CONVÊNIO	Rev. 4
FCP	FORMULÁRIO DE PRÉ-CONVÊNIO	Pág. 1/4

NOVO ()		RENOVAÇÃO ()	
1 - RAZÃO SOCIAL DO PROPONENTE (IGUAL AO CNPJ REGISTRADO NA RECEITA FEDERAL DO BRASIL-RFB) *:			
2 - NOME FANTASIA DO PROPONENTE (IGUAL AO CNPJ REGISTRADO NA RECEITA FEDERAL DO BRASIL-RFB) *:			
3 - CNPJ DO PROPONENTE *:		4 - INSCRIÇÃO ESTADUAL DO PROPONENTE*:	
5 - ENDEREÇO DO PROPONENTE *:			
6 - Nº *	7 - COMPLEMENTO *:		
8 - CIDADE *:		9 - ESTADO *:	10 - CEP *:
11 - E-MAIL DO PROPONENTE *:			
12 - TELEFONES PARA CONTATO *:			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL PELO CONVÊNIO *:			
14 - RG *:		15 - CPF *:	
16 - RG *:		17 - CPF *:	
18 - NOME DA UNIDADE DE SAÚDE *:		19 - CNES *:	
20 - ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE *:			
21 - NOME DO RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO PELA UNIDADE DE SAÚDE *:			
22 - RG *:		23 - CPF *:	
24 - NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA UNIDADE DE SAÚDE *:			
25 - RG *:		26 - CPF *:	
27 - TELEFONES PARA CONTATO *:			
28 - Nº DE LEITOS ENFERMARIA *:		29 - Nº DE LEITOS UTI *:	30 - Nº DE SALAS DE CIRURGIA *:
31 - ESPECIALIDADES ASSISTENCIAIS DA UNIDADE DE SAÚDE *:			
I		VII	

	FORMULÁRIO E INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO TERMO DE CONVÊNIO	Rev. 4
FCP	FORMULÁRIO DE PRÉ-CONVÊNIO	Pág. 2/4

	II		VIII	
	III		IX	
	IV		X	
	V		XI	
	VI		XII	

TÉCNICO	32 - EXECUTA CIRURGIAS CARDÍACAS? *		() SIM	() NÃO	
	POSSUI MATERNIDADE?		() SIM	() NÃO	
	33 - POSSUI <u>AGÊNCIA TRANSFUSIONAL</u>, CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE? (Portaria MS/GM de Consolidação nº 5, de 28/09/2017, Anexo IV, Art. 11, abaixo transcrito) *: “Art. 11. As instituições de assistência à saúde que realizem intervenções cirúrgicas de grande porte, atendimentos de urgência e emergência ou que efetuem mais de 60 (sessenta) transfusões por mês devem contar com, pelo menos, uma Agência Transfusional (AT). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 11) § 1º As instituições de assistência à saúde que não se enquadrem nos critérios estabelecidos no "caput", mas cujo tempo de viabilização do procedimento transfusional, a exemplo do tempo entre coleta de amostra, preparo e instalação do componente sanguíneo, comprometer a assistência ao paciente, deverão buscar alternativas para minimizar esse risco e garantir o suporte hemoterápico necessário. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 11, § 1º) § 2º A mesma conduta de que trata o § 1º deverá ser tomada em unidades de assistência à saúde que realizam procedimentos obstétricos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 11, § 2º) § 3º Toda instituição de assistência à saúde que possa, potencialmente, utilizar sangue e componentes sanguíneos terá convênio, contrato ou termo de compromisso formalizado com um serviço de hemoterapia de referência para assistência hemoterápica, conforme descrito no art. 272, sem prejuízo de outras normas aplicáveis. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 11, § 3º)” As Instituições de Saúde que não estiverem em conformidade com o retromencionado Art. 11 deverão se organizar para que no prazo de 180 (cento e oitenta dias) a Agência Transfusional (AT) esteja funcionando no seu estabelecimento. Após tal prazo, caso permaneça tal inconformidade, a HEMOBA emitirá Notificação à respectiva Unidade de Saúde e também à Vigilância Sanitária, e, posteriormente, o convênio será rescindido.		() SIM	() NÃO	
	34 - POSSUI <u>EQUIPAMENTOS PARA ARMAZENAMENTO DOS HEMOCOMPONENTES</u>, CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE? (Portaria MS/GM de Consolidação nº 5, de 28/09/2017, Anexo IV, Art. 11) *		() SIM	() NÃO	
	35 - ESTIMATIVA DE USO *	HEMOCOMPONENTE:		QUANTIDADE / MÊS	
		CONCENTRADO DE HEMÁCIAS			
CONCENTRADO DE PLAQUETAS					
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE					

	FORMULÁRIO E INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO TERMO DE CONVÊNIO	Rev. 4
FCP	FORMULÁRIO DE PRÉ-CONVÊNIO	Pág. 3/4

		CRIOPRECIPITADO	
		PLASMA FRESCO	
OUTROS	36 - INFORMAÇÕES ADICIONAIS *:		
	37 - DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA (CÓPIAS)		
	I – COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E SITUAÇÃO CADASTRAL DO CNPJ DA UNIDADE DE SAÚDE (http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/CNPJ/cnpjreva/Cnpjreva_Solicitacao.asp)		
	II – CÓPIA DO ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE EMITIDO PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
	III – CÓPIA DA LICENÇA DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE EMITIDA PELA PREFEITURA		
	IV – RELATÓRIO COMPLETO DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (CNES) EMITIDO PELO DATASUS (http://cnes.datasus.gov.br/)		
	V – CÓPIA DO TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA DA UNIDADE DE SAÚDE EMITIDO PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
	VI – CÓPIA DA ATA DE POSSE / ATO CONSTITUTIVO DO PROPONENTE		
	• INSTITUIÇÕES PÚBLICAS – Diploma e Ata de Posse do Chefe do Executivo Municipal, Estadual ou representação do Chefe do Executivo Federal, quando se tratar de ente da União. • INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS – Cópia do Estatuto Social e suas alterações, se houver; • EMPRESA PRIVADA – Cópia do Contrato Social e suas alterações, se houver.		
		VII - CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS (CND) PARA COM O FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO (FGTS) DO PROPONENTE (https://www.sifge.caixa.gov.br/Cidadao/Crf/FgeCfSCriteriosPesquisa.asp)	
VIII - CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS (CND) PARA COM OS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO DO PROPONENTE http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATSP0/Certidao/CndConjuntaInter/InformaNICertidao.asp?Tipo=1			
IX – CÓPIAS DO RG E CPF DO RESPONSÁVEL LEGAL PELO CONVÊNIO:			
38 – ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL LEGAL PELO CONVÊNIO:			
39 - PARA USO DA HEMOBA			
DEFERIDO () JUSTIFICATIVA (se necessário):		INDEFERIDO ()	DEFERIDO () JUSTIFICATIVA (se necessário):

	FORMULÁRIO E INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO TERMO DE CONVÊNIO	Rev. 4
FCP	FORMULÁRIO DE PRÉ-CONVÊNIO	Pág. 4/4

Assinatura/Carimbo da Coordenação da Hemorrede – CHREM	Assinatura/Carimbo da Diretoria de Hemoterapia - DIHEMOT
UNIDADE DA HEMOBA DE REFERÊNCIA PARA FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES:	
Assinatura/Carimbo da Diretoria Geral - DIREG	

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE PRÉ-CONVÊNIO
* Os campos 1 a 36 são de preenchimento obrigatório. Os campos 1 a 12 deverão ser preenchidos com os dados de identificação do Conveniente (Entidade que administra o HOSPITAL ou CLÍNICA). a) Quando se tratar de um <u>Hospital ou Clínica municipal/estadual</u>, terceirizado ou não, o Órgão Gestor do Convênio <u>será sempre a Prefeitura Municipal</u> ou o <u>Governo do Estado</u>. Os campos 13 a 17 deverão ser preenchidos com os dados de identificação do <u>Representante Legal do Convênio</u>: a) <u>Unidade Municipal</u> - o Representante Legal será sempre o <u>Chefe do Executivo Municipal</u>; b) <u>Unidade Estadual</u> - o Representante Legal será sempre o <u>Chefe do Executivo Estadual</u>, representado pelo <u>Secretário da Saúde</u>; c) <u>Unidade Filantrópica</u> - o Representante Legal será o <u>Provedor</u>; d) <u>Empresa Privada</u> - o Representante Legal será o <u>Dirigente que detenha poderes para assinar Contratos/Convênios</u>, sendo essa informação integrante do <u>Contrato Social</u>. Os campos 18 a 35 deverão ser preenchidos com dados da Unidade de Saúde, detalhando suas características, nível de complexidade e especialidades assistenciais ofertadas à população. O campo 36 é complementar, devendo conter informações que permitam melhor compreensão, como, por exemplo, a necessidade de bolsas “aliquotadas”, hemocomponente filtrados ou irradiados. O campo 37 refere-se às cópias dos documentos comprobatórios da Unidade de Saúde e do Representante Legal pelo Convênio. O campo 38 destina-se à assinatura e carimbo do Representante Legal pelo Convênio. O campo 39 é de uso exclusivo da HEMOBA. OBSERVAÇÃO: Este formulário deverá ser enviado à ASTEC/HEMOBA (2º andar) – Ladeira do Hospital Geral, s/n, Brotas, CEP 40.286-240, Salvador, Bahia. As demais cópias dos documentos, deverão ser digitalizadas e encaminhadas para o e-mail astec.planejamento@hemoba.ba.gov.br