




| | | |
|---|---|-------------|
|  | FORMULÁRIO E INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO TERMO DE CONVÊNIO | Rev. 3 |
| FCP | FORMULÁRIO DE PRÉ-CONVÊNIO | Pág. 1/4 |


| | | | |
|---|---------------------------------|---|--|
| 1 - RAZÃO SOCIAL DO CONVENENTE (IGUAL AO REGISTRADO NA JUNTA COMERCIAL) *: | | | |
| 2 - ENDEREÇO DO CONVENENTE *: | | | |
| 3 - Nº * | 4- COMPLEMENTO *: | | |
| 5 - CIDADE *: | 6 - ESTADO *: | 7 - CEP *: | |
| 8 - TELEFONE *: | | | |
| 9 - CNPJ DO CONVENENTE *: | | 10 - INSCRIÇÃO ESTADUAL DO CONVENENTE *: | |
| 11 - E-MAIL DO CONVENENTE *: | | | |
| 12 - NOME(S) DO(S) RESPONSÁVEL(IS) LEGAL(IS) PELO CONVÊNIO *: | | | |
| 13 - RG *: | | 14 - CPF *: | |
| 15 - NOME DA UNIDADE DE SAÚDE *: | | 16 - CNES *: | |
| 17 - Nº DE LEITOS ENFERMARIA *: | 18 - Nº DE LEITOS UTI *: | 19 - Nº DE SALAS DE CIRURGIA *: | |
| 20 - ESPECIALIDADES ASSISTENCIAIS DA UNIDADE DE SAÚDE *: | | | |
| I | | VII | |
| II | | VIII | |
| III | | IX | |
| IV | | X | |
| V | | XI | |
| VI | | XII | |

| | | |
|--|---|----------|
|  | FORMULÁRIO E INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO TERMO DE CONVÊNIO | Rev. 3 |
| FCP | FORMULÁRIO DE PRÉ-CONVÊNIO | Pág. 2/4 |

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------|---------|-------------------------|--|
| TÉCNICO | 21 - EXECUTA CIRURGIAS CARDÍACAS? * | | () SIM | () NÃO | |
| | 22 - POSSUI <u>AGÊNCIA TRANSFUSIONAL</u> , CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE (PORTARIA GM/MS Nº 158/2016, ARTIGO 11 E RDC ANVISA Nº 34/2014)? * | | () SIM | () NÃO | |
| | 23 - POSSUI <u>EQUIPAMENTOS PARA ARMAZENAMENTO DOS HEMOCOMPONENTES</u> , CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE (PORTARIA GM/MS Nº 158/2016, Artigo 151 E RDC ANVISA Nº 34/2014)? * | | () SIM | () NÃO | |
| | 24 - ESTIMATIVA DE USO * | HEMOCOMPONENTE: | | QUANTIDADE / MÊS | |
| | | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS | | | |
| | | CONCENTRADO DE PLAQUETAS | | | |
| CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE | | | | | |
| CRIOPRECIPITADO | | | | | |
| PLASMA FRESCO | | | | | |
| OUTROS | 25 - INFORMAÇÕES ADICIONAIS *: | | | | |
| | 26 - DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA (CÓPIAS) | | | | |
| | I - CNPJ DA UNIDADE DE SAÚDE http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/CNPJ/cnpjreva/Cnpjreva_Solicitacao.asp | | | | |
| | II - ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE EMITIDO PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA | | | | |
| | III - LICENÇA DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE EMITIDA PELA PREFEITURA | | | | |
| | IV - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (CNES) EMITIDO PELO DATASUS http://cnes.datasus.gov.br/ | | | | |
| | V - TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA DA UNIDADE DE SAÚDE EMITIDO PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA | | | | |
| | VI - ATO CONSTITUTIVO DA UNIDADE GESTORA: <ul style="list-style-type: none"> • CONTRATO SOCIAL para Empresa Privada; • ESTATUTO SOCIAL para Instituições Filantrópicas. OBSERVAÇÕES: Quando houver alterações nos CONTRATOS SOCIAIS ou nos ESTATUTOS SOCIAIS, <u>acostar cópias com as respectivas alterações.</u> Para INSTITUIÇÕES PÚBLICAS, Diploma e Ata de Posse do Chefe do Executivo Municipal, Estadual ou representação quando se tratar de um Ente Federal. | | | | |

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

| | |
|--|--|
| VII - CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS (CND) PARA COM O FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO (FGTS) DA UNIDADE GESTORA 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 DA UNIDADE GESTORA http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATSPPO/Certidao/CndConjuntaInter/InformaNICertidao.asp?Tipo=1 | |
| IX - RG E CPF DO(S) RESPONSÁVEL (IS) LEGAL(IS) PELO CONVÊNIO: | |
| 27 – ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL LEGAL PELO CONVÊNIO: | |
| 28 - PARA USO DA HEMOBA | |
| DEFERIDO () INDEFERIDO () JUSTIFICATIVA (se necessário): | DEFERIDO () INDEFERIDO () JUSTIFICATIVA (se necessário): |
| Assinatura/Carimbo da Coordenação da Hemorrede – CHEM | Assinatura/Carimbo da Diretoria de Hemoterapia - DIHEMOT |
| UNIDADE DA HEMOBA DE REFERÊNCIA PARA FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES: | |
| Assinatura/Carimbo da Diretoria Geral - DIREG | |

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE PRÉ-CONVÊNIO

- *** Os campos 1 a 25** são de preenchimento **obrigatório**.
- **Os campos 1 a 11** deverão ser preenchidos com os dados de identificação do Conveniente (**Entidade que administra o HOSPITAL ou CLÍNICA**).
 - a) Quando se tratar de um Hospital ou Clínica municipal/estadual, terceirizado ou não, o Órgão Gestor do Convênio será sempre a Prefeitura Municipal ou o Governo do Estado.
- **Os campos 12 a 14** deverão ser preenchidos com os dados de identificação do Representante Legal do Convênio:
 - a) Unidade Municipal - o Representante Legal será sempre o Chefe do Executivo Municipal;
 - b) Unidade Estadual - o Representante Legal será sempre o Chefe do Executivo Estadual, representado pelo Secretário da Saúde;
 - c) Unidade Filantrópica - o Representante Legal será o Provedor;
 - d) Empresa Privada - o Representante Legal será o Dirigente que detenha poderes para assinar Contratos/Convênios, sendo essa informação integrante do Contrato Social.
- **Os campos 15 a 24** deverão ser preenchidos com dados da Unidade de Saúde, detalhando suas características, nível de complexidade e especialidades assistenciais ofertadas à população.
- **O campo 25** é complementar, devendo conter informações que permitam melhor compreensão, como, por exemplo, a necessidade de bolsas “aliquotadas”.
- **O campo 26** refere-se às cópias dos documentos comprobatórios da Unidade de Saúde e do Representante Legal pelo Convênio.
- **O campo 27** destina-se à assinatura e carimbo do Representante Legal pelo Convênio.
- **O campo 28** 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