**LABORATÓRIOS E PÓSTO DE COLETA LABORATORIAL**

**Razão Social:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**CNPJ/ CPF:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Responsável Legal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Responsável Técnico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Conselho/RR:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**( ) Laboratório ( ) Posto de Coleta**

**ATIVIDADES LABORATORIAIS**

 ( ) **CNAE 8640-2/01 - Laboratório de anatomia patológia e citológia**

 ( ) **CNAE 8640-2/02 - Posto de coleta de laboratórios de análises clínicas**

 ( ) **CNAE 8640-2/02**  - **Laboratórios de análise clínica**

 **( ) CNAE 7120-1/00**  - **Testes e análises técnicas**

 **MATERIAL BIOLÓGICO COLETADO/RECEBIDO**

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) Esperma | ( ) Escarro |
| ( ) Fezes | ( ) Líquidos corporais (espinhal, pleural, amniótico |
| ( ) Saliva | ( ) Suor |
| ( ) Swab de orofaringe | ( ) Secreção Vagina |
| ( ) Sangue | ( ) Tecidos (biópsias, raspagens) |
| ( ) Urina |  |

**TIPOS DE EXAMES REALIZADOS:**

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) Bioquimica | ( ) Imunológia |
| ( ) Citologia, Citopatologia e Histopatologia | ( ) Microbiologia |
| ( ) Hematologia | ( ) Parasitologia |
| ( ) Hormonais | ( ) Uruoanálise |
| **Outros:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SERVIÇOS OFERTADOS** | **SIM** | **NÃO** |
| Faz Coleta Domiciliar | ( ) | ( ) |
| Faz Teste Laboratorial Remoto(TLR)  | ( ) | ( ) |
| Medição da pureza da água e do ar, da radioatividade, análise de contaminação por emissão de fumaça ou águas residuais | ( ) | ( ) |

**ENVIO DE AMOSTRAS PARA LABORATÓRIOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) De Roraima | ( ( ) De outros estados | ( ( ) Não há envio |

**TRANSPORTE DE AMOSTRA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) Próprio | ( ) Terceirizado | ( ) Não Tem Transporte |

**Declaro**, no pleno exercício de minhas atividades que, como Responsável Técnico, afirmo a veracidade das informações acima acima e comprometo-me a responder pelas ações e/ou omissões transgressoras das normas sanitárias que venha a ocorrer no estabelecimento, bem como, fornecer às autoridades todas as informações e solicitações relativas ao mesmo, Estou ciente de que devo comunicar à Vigilância Sanitária quando da cessação da responsabilidade técnica, imediatamente após o documento de baixa de RT junto ao Conselho de Classe ao qual estou vinculado.

Boa Vista-RR., \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

*Assinatura e carimbo*

 *Responsável Técnico*