|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| 1. **Apêndice 1 - Ficha de Inscrição / Certificação da Qualidade – CofenInstituição de Saúde ou Formação Profissional (Para inscrição de serviços preencher formulário especifico, apresentado no Apêndice 2)**
 |
| Entidade Mantenedora/Instituição | Natureza( ) Pública ( ) Privada ( ) FilantrópicaCNPJ nº |
| **Características da Instituição:**( ) Hospital ( ) Pronto Atendimento/UPA ( ) Ambulatório ( ) Clinica ou Centro de Especialidade ( ) Hemodiálise ( ) Serviços de Apoio e Diagnóstico ( ) Home Care ( ) Instituição de Longa permanência ( ) Consultório Isolado ( )Atenção Primária ( ) Hemoterapia ( ) Unidades Especializadas ( ) **Formação Profissional** ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Endereço |
| Bairro  | Município | CEP  |  UF |
| Telefone () | Site |
| **2. Direção da Instituição** |
| Nome |
| Cargo | Telefone ( ) | E -mail |
| **3. Responsável Técnico – RT** |
| Nome | Registro COREN |
| E-mail | Telefone ()\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ramal:\_\_\_\_\_\_\_ | Celular () |
| Cargo | Tempo de atuação como RT na Instituição:( ) anos ( ) meses |
| Certidão de Responsabilidade Técnica nº | Tempo de formação: () anos |
| **Formação RT** |
| **Nível** | **Concluído** | **Ano** | **Área** |
| Doutorado | Sim ( ) Não ( ) |  |  |
| Mestrado | Sim ( ) Não ( ) |  |  |
| Especialização | Sim ( ) Não ( ) |  |  |
| **4. Aspectos Gerais da Instituição** |
| Total de profissionais de Enfermagem: \_\_\_\_\_\_\_profissionais |
| **Categoria Profissional** | **Manhã** | **Tarde** | **Noite1** | **Noite 2** | **Total** |
| Enfermeiro |  |  |  |  |  |
| Técnico |  |  |  |  |  |
| Auxiliar |  |  |  |  |  |
| Atendentes |  |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |  |
| **Data de Envio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_** | **Assinatura e carimbo do Responsável Técnico** |

**Apêndice 2 -Ficha de Inscrição de Serviço/ Unidade****OBS: Deverá ser preenchido para cada Serviço/Unidade**1. **Dados de Identificação**
 |
| Denominação Serviço/Unidade |
| Preencher os itens abaixo quando o Serviço/Unidade se localizar em endereço diferente do da Instituição.  |
| Endereço |  |
| Bairro  | Município | CEP  |  UF |
| Telefone ( ) | Site |
| **2. Responsável Técnico – RT ou Coordenador do Serviço/Unidade** |
| Nome | Registro COREN |
| E-mail | Telefone ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ramal:\_\_\_\_\_\_\_ | Celular ( ) |
| Cargo | Tempo de atuação como RT ou Coordenador do Serviço/Unidade:( ) anos ( ) meses |
| Certidão de Responsabilidade Técnica nº | Tempo de formação: ( ) anos |
| **Formação RT ou Coordenador do Serviço/Unidade** |
| **Nível** | **Concluído** | **Ano** | **Área** |
| Doutorado | Sim ( ) Não ( ) |  |  |
| Mestrado | Sim ( ) Não ( ) |  |  |
| Especialização | Sim ( ) Não ( ) |  |  |
| **3. Aspectos Gerais do Serviço/Unidade** |
| Número de leitos:  |
| Total de profissionais de Enfermagem: \_\_\_\_\_\_\_profissionais |
| **Categoria Profissional** | **Manhã** | **Tarde** | **Noite1** | **Noite 2** | **Total** |
| Enfermeiro |  |  |  |  |  |
| Técnico |  |  |  |  |  |
| Auxiliar |  |  |  |  |  |
| Atendentes |  |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |  |
| **Data de Envio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_** | **Assinatura e carimbo do Responsável Técnico ou Coordenador do Serviço** |