



RELAÇÃO DE SERVIÇOS OFERECIDOS LABORATÓRIOS E POSTO DE COLETA LABORATORIAL

Razão social: _____
Nome fantasia: _____
CNPJ: _____
Endereço completo: _____
Representante Legal/Proprietário(a): _____
Responsável Técnico- RT: _____
Conselho de classe/UF: _____ N° _____

CNAEs QUE REALIZA E OUTRAS INFORMAÇÕES

A) ☐ CNAE 8640-2/02: Laboratórios de análises clínicas.

B) ☐ CNAE 8640-2/02: Posto de coleta de laboratórios de análises clínicas.

C) ☐ CNAE 8640-2/01: Laboratórios de anatomia patológica e citológica.

Material biológico coletado/recebido: ☐ sangue ☐ fezes ☐ urina ☐ saliva ☐ escarro ☐ suor
☐ esperma ☐ swab de orofaringe ☐ líquidos corporais (espinhal, pleural, amniótico)
☐ tecidos (biópsias, raspagens) ☐ secreção vaginal

Tipos de exames realizados:

- ☐ Hematologia
- ☐ Bioquímica
- ☐ Uroanálise
- ☐ Parasitologia
- ☐ Microbiologia
- ☐ Hormonais
- ☐ Imunológica
- ☐ Citologia, Citopatologia e Histopatologia
- ☐ Outros: _____

Faz coleta domiciliar: ☐ sim ☐ não

Faz Teste Laboratorial Remoto-TLR: ☐ sim ☐ não

Há envio de amostras para laboratórios: ☐ de RR ☐ de outros estados ☐ não há envio

Transporte de amostras (veículo):

☐ próprio ☐ terceirizado (empresa licenciada) ☐ transportador de passageiros e cargas

Declaro, no pleno exercício de minhas atividades que, como Responsável Técnico afirmo a veracidade das informações acima e comprometo-me a responder pelas ações e/ou omissões transgressoras das normas sanitárias que venham a ocorrer no estabelecimento, bem como fornecer às autoridades sanitárias 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 obter o documento de baixa de RT junto ao CRF-RR.

Nome completo, assinatura e carimbo do médico Responsável Técnico

_____ - RR, _____ de _____ de _____.