

**Dados da Organização de Saúde:**

Razão Social:		
Endereço:		Bairro:
CEP:	Município:	UF:
CNPJ:	Inscrição Estadual:	Tempo de constituição da empresa:
Nome do Contato Qualidade:		
Cadastro CNES:		
Número de Funcionários:		Número de Leitos:
<b>Selecionar o(s) tipo(s) de Serviço(s) prestado(s):</b> <input type="checkbox"/> Serviços Hospitalares <input type="checkbox"/> Hospital - Dia <input type="checkbox"/> Serviços Hemoterápicos <input type="checkbox"/> Serviços Laboratoriais – Análises Clínicas <input type="checkbox"/> Serviços Laboratoriais – Anatomia Patológica <input type="checkbox"/> Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva <input type="checkbox"/> Serviços de Diagnóstico por Imagem <input type="checkbox"/> Serviços Ambulatoriais <input type="checkbox"/> Serviços de Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Serviços de Atenção Domiciliar <input type="checkbox"/> Serviços de Atenção Domiciliar – Internação <input type="checkbox"/> Serviços Oncológicos <input type="checkbox"/> Serviços de Medicina Hiperbárica <input type="checkbox"/> Serviços de Oftalmologia <input type="checkbox"/> Serviços de Odontologia <input type="checkbox"/> Atenção Primária à Saúde (APS) <input type="checkbox"/> Serviços de Atendimento Pré Hospitalar e Remoção Inter Hospitalar <input type="checkbox"/> Serviços de Radioterapia <input type="checkbox"/> Serviços de Medicina Nuclear <input type="checkbox"/> Telemedicina		1.A Organização está constituída há pelo menos 1 (um) ano, considerando o CNPJ da Organização de Saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  2.Possui Alvará de Funcionamento válido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  3.Possui Licença Sanitária válida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  4.Possui Responsável Técnico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  Já possui acreditação ONA ou outras certificações? <input type="checkbox"/> Sim - IAC atual: <input type="checkbox"/> Não  Validade do Certificado:
<b>Descreva o tipo, perfil, complexidade e porte da sua empresa e principais serviços prestados:</b>  		
<b>Serviços críticos: Assinale se a sua OPSS possui alguma(s) dessa(s) subseções:</b> Emergência (   ) Pronto Atendimento (   ) Unidades de Internação críticas (   ) Centro Cirúrgico (   ) Outros Serviços Críticos (   )		
Deseja contratar Diagnóstico Organizacional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Informações para Certificação Única
Deseja realizar processo de <b>Certificação Única</b> ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se sim, qual a comprovação legal de vínculo entre as unidades (Matriz e Filiais)?
Quantidade de Unidades que pretendem certificar:
Número total de colaboradores efetivos:
Alguma atividade de prestação de serviços é terceirizada ou realizada em outro endereço? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se sim, quais atividades?
Quais endereço(s) ?
Quantidade de colaboradores terceirizados:
Os serviços terceirizados já são certificados pela ONA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Site	Endereço Completo	CNPJ	Tipo de Serviço	Nº Colaboradores Efetivos	Turnos
Função Central:					
Unidade 1:					
Unidade 2:					
Unidade 3:					
Unidade 4:					
Unidade 5:					

Favor incluir mais linhas, se necessário.

**Favor informar como conheceu o TÜV NORD Brasil.**

<input type="checkbox"/> Redes Sociais. <input type="checkbox"/> Pesquisa no Google. <input type="checkbox"/> Site TÜV NORD Brasil. <input type="checkbox"/> Outros. Especificar:
--

**Informações sobre Serviços de Consultoria.**

A sua Organização utilizou algum serviço de Consultoria para auxiliar no desenvolvimento e/ ou implementação de seu Sistema de Gestão?  SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se sim, completar a seção abaixo:  Empresa de Consultoria: _____ Consultor (es): _____
--

<b>Data da solicitação de proposta:</b>	<b>Nome do solicitante:</b>
---	-----------------------------

**Preencha o Formulário de Solicitação de Proposta Técnico-Comercial e encaminhe via e-mail para [DL-BR\\_proposta@tuev-nord.de](mailto:DL-BR_proposta@tuev-nord.de) aos cuidados da área comercial.**