

Nº Ref. SADCAS:										
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## CANDIDATURA PARA A ACREDITAÇÃO DE LABORATÓRIOS CLÍNICOS

### PARTE 1: INFORMAÇÃO GERAL

*Este formulário deverá ser preenchido na totalidade e devolvido a:*

**Serviços de Acreditação da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADCAS) Atenção:  
Director Técnico**

**Endereço Postal:**

Private Bag 00320  
Gaborone  
Botswana  
Tel: +267 3132909/ 3132910  
Fax: +263 3132922  
Email: [info@sadcas.org](mailto:info@sadcas.org)

**Endereço Físico:**

Plot 50369 Unit 3A, Second Floor  
Tholo Office Park, Fairgrounds  
Gaborone  
Botswana

**Por favor complete TODAS as secções aplicáveis do formulário em LETRA DE IMPRENSA ou à máquina.**

Este formulário está disponível em formato electrónico. Por favor, para além de o preencher nas secções disponibilizadas para o efeito, não modifique o formulário. Qualquer formulário modificado, não será aceite como candidatura válida. Se tiver dificuldades em completar o formulário, por favor contacte o SADCAS ou o escritório do Ponto Focal para a Acreditação, no seu país.

Se desejar completar e enviar o formulário por email, por favor note que o SADCAS não aceita responsabilidade por quebra de confidencialidade da informação ou pelo recebimento das candidaturas. **Todas as candidaturas submetidas por email devem ser reencaminhadas, devidamente assinadas, por via terrestre/correio especial.**

Antes do processamento da candidatura, é necessário o recibo de pagamento da taxa de candidatura.

**Nota:** Caso, no decurso de quatro (4) semanas após a expedição, não receba confirmação da recepção da sua candidatura por parte do SADCAS ou fax, deverá contactar o escritório do SADCAS. Esta candidatura é válida por um ano após a sua apresentação.

<b>Data de Candidatura</b>					
<b>Organização</b>					
<b>Nº de Registo IVA (onde aplicável)</b>					
<b>Pessoa de Contacto</b>				<b>Título</b>	
<b>Posição</b>					
<b>Endereço Postal</b>					
<b>Endereço Físico</b>					
<b>Telf Nº:</b>		<b>Tel Directo Nº:</b>		<b>Fax Nº:</b>	
<b>Telemóvel Nº:</b>		<b>Endereço Email::</b>			

<b>Campo de Operação</b>	
--------------------------	--

<b>Candidatura para:</b> <i>(Marque onde apropriado)</i>					
Acreditação Inicial <i>Prosseguir para completar Partes 2 – 5</i>		<input type="checkbox"/>	Extensão da Acreditação <i>Prossiga para completar</i>		
			<i>Parte 3 para pessoal novo</i> <input type="checkbox"/> <i>Parte 4 para novo método de ensaio</i> <i>Parte 5</i>		
Outro <input type="checkbox"/>	<i>(Por favor especifique)</i>				
Disciplina para a qual se procura a Acreditação <i>(Marque onde apropriado)</i>					
Patologia Clínica		Hematologia		Serologia	
Patologia Química		Microbiologia		Histopatologia	
Imunologia		Virologia		Citologia	
Radiologia					
Outra <i>(por favor especifique)</i>					
Norma da ISO para a qual se procura a acreditação					
ISO 15189			ISO/CEI 17025		
<b>Nota:</b> Para Laboratórios Clínicos cujo âmbito de actividade seja apenas clínico, recomenda-se que se aplique a ISO 15189. Em caso de dúvida procure o Director Técnico do SADCAS para clarificação e conselho.					
<b>PARTE 2: INFORMAÇÃO RELATIVA À ORGANIZAÇÃO</b>					
Descrição das actividades principais da organização candidata <i>(Por favor sublinhe as actividades para as quais procura a acreditação):</i>					

<p><i>Se a organização que procura a acreditação é propriedade de outra organização ou faz parte de uma organização maior ou tem filiais/divisões noutras locais, forneça os seguintes detalhes:</i></p>			
<p>Nome, endereço e informação de contacto (Telf, Fax, Email) de:</p>			
<b>Organização Principal</b>			
<b>Outras organizações em grupo/divisão</b>			
<b>Filiais e outras localizações</b>			
<p>Relacionamento e vínculos entre as organizações acima-mencionadas e a organização que procura a acreditação (<i>por favor descreva</i>)</p>			
<p>Qual é o estatuto legal da sua organização? Por ex: SARL/Lda, de propriedade privada ou outra</p>			
<p>Número de Registo da Empresa/Número de identificação do proprietário ou sócios.</p>			
<p>Número total de empregados em toda a organização ou grupo de organizações.</p>		<p>Número de empregados envolvidos em área (s) que procuram a acreditação.</p>	
<p><b>Por favor anexe um organograma da organização indicando a estrutura das secções/unidades/áreas a serem acreditadas e a sua relação com o resto da organização.</b></p>			
<p>A organização foi acreditada antes?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>Sim</p>	<p>Não</p>
<p>Se sim diga o nome do organismo de acreditação:</p>			
<p>A organização tem um sistema de gestão da qualidade formalmente estabelecido?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>Sim</p>	<p>Não</p>
<p>Se sim indique a norma em que se baseia este sistema:</p>			
<p>Há quanto tempo está este sistema em operação?</p>			

Que formação foi dada para a implementação e manutenção do sistema?	
A quem foi facultado treino?	
Em que esquemas de Ensaios de Aptidão (PT)/Comparações Interlaboratoriais (ILC) participa ou participou?	
<b>Nota:</b> Participação em esquemas de Aptidão (PT) ou comparações interlaboratoriais (ILC) é um pré-requisito para a acreditação.	
<b>Nome do Esquema</b>	<b>Parâmetros</b>

**PARTE 3: INFORMAÇÃO SOBRE PESSOAL SENIOR**

*Para cada membro do pessoal que tenha responsabilidade de um produto ou serviço para o qual se procure a acreditação, por favor dê os seguintes detalhes. Isto inclui o Gestor da Qualidade e o Director Técnico, onde aplicável.*

Nome		Posição	
Área de responsabilidade		Nº de pessoal supervisionado na área	
Qualificações, experiência e treino:			
Nome		Posição	
Área de responsabilidade		Nº de pessoal supervisionado na área	
Qualificações, experiência e treino:			
Nome		Posição	
Área de responsabilidade		Nº de pessoal supervisionado na área	

Qualificações, experiência e treino:			
Nome		Posição	
Área de responsabilidade		Nº de pessoal supervisionado na área	
Qualificações, experiência e treino:			

Nome		Posição	
Área de responsabilidade		Nº de pessoal supervisionado na área	
Qualificações, experiência e treino:			
Nome		Posição	
Área de responsabilidade		Nº de pessoal supervisionado na área	
Qualificações, experiência e treino:			

**PARTE 4: ÂMBITO DA CANDIDATURA**

*Liste todos os métodos de ensaio para os quais procura acreditação.*

Disciplina	Materiais Ensaitados	Tipos de Teste realizados	Normas para Métodos/ Técnicas usadas	Descrição do Equipamento Usado



Após a acreditação, a minha organização concorda em cumprir com os requisitos e procedimentos de acreditação do SADCAS.

Incluo uma cópia do Manual do Sistema de Gestão da Qualidade.

Incluo a taxa de **candidatura**. Compreendo que esta taxa não é reembolsável.

Compreendo a forma como o sistema de acreditação funciona e as suas funções. O SADCAS não assume qualquer responsabilidade pelas acções ou resultados de quaisquer acções de uma organização acreditada.

Eu, abaixo assinado, concordo, na qualidade de oficial autorizado da entidade independente requerente, que qualquer responsabilidade do SADCAS que possa surgir devido a negligência relacionada com qualquer acreditação é limitada a um reembolso da taxa anual devida pela organização.

Declaro que a informação fornecida nesta **candidatura** é correcta e exacta, tanto quanto é do meu conhecimento e convicção.

Comprometo-me a informar atempadamente o SADCAS de quaisquer mudanças respeitantes à candidatura, e aceito plena responsabilidade por quaisquer custos em que se incorra como resultado de quaisquer mudanças não reportadas atempadamente ao SADCAS.

<b>Assinatura e carimbo</b>	
<b>Nome</b> ( <i>letra de imprensa</i> )	
<b>Posição</b>	
<b>Data</b>	