

ANEXO I
CARTA DE APRESENTAÇÃO E CONCORDÂNCIA
(MODELO)

[*Local e Data*]

A Connectmed CRC, Consultoria, administração e Tecnologia em Saúde Ltda

A/C Credenciamento SERPRO

Ref.: Encaminhamento de documentos para credenciamento

Prezados Senhores,

[*FULANO DE TAL (QUALIFICAÇÃO COMPLETA, INCLUSIVE ENDEREÇO E TELEFONE)*], referindo ao credenciamento chamado pelo Serviço Federal de Processamento de Dados – SERPRO, por meio do Edital de Credenciamento XXXX/2016, comparece até Vossas Senhorias para apresentar a documentação exigida para credenciamento, com vista a análise e manifestação de atendimento.

No tocante a proposta de preços, informa que aceita os mesmos conforme definido no Edital.

Igualmente, informa que concorda com todas as condições estipuladas no Edital e que a especialidade pretendida é na área de [*INDICAR ESPECIALIDADE PRINCIPAL*], por meio da prestação dos serviços detalhados no caderno de serviços adiante discriminado, no regime de atendimento ali mencionado.

Atenciosamente,

[*NOME, ASSINATURA E CPF, SE PESSOA FÍSICA*]

Ou

[*NOME E ASSINATURA DA PESSOA JURÍDICA (COM CARIMBO PADRÃO E CNPJ)*]

Telefone de contato:

E-mail de contato:

ANEXO 1

Informar aqui, todas as especialidades atendidas e os procedimentos realizados dentro da tabela acordada, para a inclusão no sistema e divulgação no livreto do SERPRO:

CONSULTÓRIO MÉDICO

<input type="checkbox"/> ALERGOLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA
<input type="checkbox"/> ANGIOLOGIA	<input type="checkbox"/> CLINICA MEDICA	<input type="checkbox"/> ONCOLOGIA
<input type="checkbox"/> CARDIOLOGIA	<input type="checkbox"/> DERMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> ONCOLOGIA PEDIATRICA
<input type="checkbox"/> CARDIOLOGIA PEDIATRICA	<input type="checkbox"/> ENDOCRINOLOGIA	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
<input type="checkbox"/> CIR. BUCO MAXILO FACIAL	<input type="checkbox"/> FISIATRIA	<input type="checkbox"/> OTORRINOLARINGOLOGIA
<input type="checkbox"/> CIR. CARDIACA	<input type="checkbox"/> GASTROENTEROLOGIA	<input type="checkbox"/> PEDIATRIA
<input type="checkbox"/> CIR. CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/> GINECOLOGIA / OBSTETICIA	<input type="checkbox"/> PNEUMOLOGIA
<input type="checkbox"/> CIR. DE MÃO	<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> PNEUMOLOGIA INFANTIL
<input type="checkbox"/> CIR. DE CABEÇA E PESCOÇO	<input type="checkbox"/> HEPATOLOGIA	<input type="checkbox"/> PROCTOLOGIA
<input type="checkbox"/> CIR. DO APARELHO DIGESTIVO	<input type="checkbox"/> HOMEOPATIA	<input type="checkbox"/> PSIQUIATRIA
<input type="checkbox"/> CIR. ENDOCRINOLOGICA	<input type="checkbox"/> INFECTOLOGIA	<input type="checkbox"/> REUMATOLOGIA

Favor anotar abaixo todas as especialidades e / ou procedimentos não discriminados acima:

TERAPIAS:

Favor anotar abaixo todas as especialidades e / ou procedimentos não informados acima:

CONTINUAÇÃO DO ANEXO 1:

SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICOS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ANÁLISES CLÍNICAS | <input type="checkbox"/> ECOCARDIOGRAFIA |
| <input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA | <input type="checkbox"/> ECODOPPLER |
| <input type="checkbox"/> ANGIOGRAFIA DIGITAL | <input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAFIA |
| <input type="checkbox"/> ARTROSCOPIA | <input type="checkbox"/> ELETROENCEFALOGRAFIA |
| <input type="checkbox"/> AUDIOMETRIA | <input type="checkbox"/> ELETROMIOGRAFIA |
| <input type="checkbox"/> BRONCOSCOPIA | <input type="checkbox"/> ELETRONEUROMIOGRAFIA |
| <input type="checkbox"/> CARDIOTOCOGRAFIA | <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA DIGESTIVA |
| <input type="checkbox"/> COLONOSCOPIA | <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA PERORAL |
| <input type="checkbox"/> COLPOSCOPIA | <input type="checkbox"/> HISTEROSCOPIA |
| <input type="checkbox"/> DENSITOMETRIA ÓSSEA | <input type="checkbox"/> LAPAROSCOPIA |
| <input type="checkbox"/> DOPPLER | <input type="checkbox"/> MAMOGRAFIA |
| <input type="checkbox"/> DOPPLER COLORIDO | <input type="checkbox"/> MAPA |

**Favor anotar abaixo todas as especialidades e / ou procedimentos não informados acima:
(preenchimento obrigatório)**

HOSPITAL / MATERNIDADE _____

Informar abaixo observações a serem consideradas, como por exemplo endereço para correspondência:

PARA A REALIZAÇÃO DE ALGUNS PROCEDIMENTOS É NECESSÁRIO A OBTENÇÃO DE SENHA PRÉVIA À REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO E QUE DEVERÁ SER SOLICITADA JUNTO A CENTRAL DE ATENDIMENTO E REGULAÇÃO (CARE) ATRAVÉS DOS TELEFONES:

***4004-0176 (Central de Relacionamento SERPRO)
0800-770-0441 (Localidades não atendidas pelo número anterior).***

Favor, preencher a Ficha Cadastral e devolver-nos via e-mail junto com comprovante bancário.

PRESTADOR

Observações:

Todos os campos da Ficha Cadastral são de preenchimento obrigatório. O não preenchimento de algum campo poderá acarretar a desqualificação do requerente junto ao Edital de Credenciamento;

O preenchimento da Ficha Cadastral e da Ficha de Procedimentos que Realiza deve ser realizado de maneira legível, preferencialmente em letra de forma;

Havendo mais de um ponto de atendimento deve-se utilizar, para cada um dos endereços, uma Ficha Cadastral e uma Ficha de Procedimentos que Realiza;

Os procedimentos operacionais do SERPRO encontram-se detalhados no Manual de Orientações Técnicas e Administrativas para o Credenciado do Plano de Assistência à Saúde do SERPRO – PAS/SERPRO a ser encaminhado posteriormente, juntamente com o Termo de Credenciamento aos interessados que se enquadrarem nos pré-requisitos exigidos pelo SERPRO.