# ANEXO IV – MODELO DE RELAÇÃO DE SERVIÇOS E PROFISSIONAIS

A empresa XXX, inscrita no CNPJ xxx , declara que possui profissionais habilitados para a realização dos serviços abaixo relacionados para atendimento ambulatoriais preconizados no PROGRAMA ESTADUAL DE QUALIFICAÇÃO DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE – QUALICIS.

(Assinalar a área de interesse e escrever o nome do profissional e o número do registro no conselho da categoria correspondente, de acordo com o descrito nas tabelas contidas no item 1.2 do Termo de Referência, anexo I do Edital).

**Áreas de interesse / Profissionais**

|  |
| --- |
| **LINHA DE CUIDADO GESTANTE** |
|  | Qualificação | Profissional Indicado | Inscrição nº |
| ( ) | Medico Obstetra  |  |  |
| ( ) | Médico Endocrinologista |  |  |
| ( ) | Farmacêutico |  |  |
| ( ) | Psicólogo  |  |  |
| ( ) | Nutricionista |  |  |
| ( ) | Assistente Social |  |  |
| ( ) | Enfermeiro |  |  |

|  |
| --- |
| **LINHA DE CUIDADO CRIANÇA** |
|  | Qualificação | Profissional Indicado | Inscrição nº |
| ( ) | Médico Pediatra |  |  |
| ( ) | Nutricionista |  |  |
| ( ) | Assistente Social |  |  |
| ( ) | Enfermeiro |  |  |

|  |
| --- |
| **LINHA DE CUIDADO HIPERTENSO**  |
|  | Qualificação | Profissional Indicado | Inscrição nº |
| ( ) | Médico Cardiologista  |  |  |
| ( ) | Médico Endocrinologista |  |  |
| ( ) | Nutricionista |  |  |
| ( ) | Psicólogo |  |  |
| ( ) | Enfermeiro |  |  |
| ( ) | Farmacêutico |  |  |

|  |
| --- |
| **LINHA DE CUIDADO DIABÉTICO** |
|  | Qualificação | Profissional Indicado | Inscrição nº |
| ( ) | Médico Endocrinologista |  |  |
| ( ) | Enfermeiro  |  |  |
| ( ) | Nutricionista |  |  |
| ( ) | Psicólogo |  |  |
| ( ) | Farmacêutico |  |  |

|  |
| --- |
| **LINHA DE CUIDADO IDOSO** |
|  | Qualificação | Profissional Indicado | Inscrição nº |
| ( ) | Medico Geriatra |  |  |
| ( ) | Médico da Família/Clínico Geral |  |  |
| ( ) | Farmacêutico |  |  |
| ( ) | Assistente Social |  |  |
| ( ) | Enfermeiro |  |  |
| ( ) | Psicólogo |  |  |
| ( ) | Nutricionista |  |  |

|  |
| --- |
| **LINHA DE CUIDADO SAÚDE MENTAL** |
|  | Qualificação | Profissional Indicado | Inscrição nº |
| ( ) | Médico Psiquiatra  |  |  |
| ( ) | Psicólogo |  |  |
| ( ) | Assistente Social |  |  |
| ( )  | Enfermeiro  |  |  |
| ( ) | Farmacêutico |  |  |
| ( ) | Terapeuta ocupacional |  |  |

**OBSERVAÇÃO: As horas de Reuniões Clínicas (profissionais médicos) e Reuniões Técnicas e Capacitações (profissionais não-médicos) previstas na TABELA serão inseridas em cada contrato, de acordo com a demanda de carga horária necessária para cada profissional).**

|  |
| --- |
| **ESPECIALIDADES PRI** |
|  | Qualificação | Profissional Indicado | Inscrição nº |
| ( ) | Médico Cardiologista |  |  |
| ( ) | Médico Hematologista |  |  |
| ( ) | Médico Neurologista |  |  |
| ( ) | Médico Cirurgião Vascular  |  |  |
| ( )  | Médico Oftalmologista |  |  |
| ( ) | Médico Nefrologista |  |  |

|  |
| --- |
| **EXAMES** |
|  | Exame | Profissional Responsável | Inscrição nº |
| ( ) | Ultrassom Obstétrico |  |  |
| ( ) | Ultrassonografia Obstétrica com Doppler Colorido e Pulsado |  |  |
| ( ) | Ultrassonografia Morfológica |  |  |
| ( ) | Tococardiografia  |  |  |
| ( ) | Eletrocardiograma |  |  |
| ( ) | Ecocardiografia Transtorácica |  |  |
| ( ) | Monitoramento pelo Sistema Holter (3 canais) |  |  |
| ( ) | Teste de Esforço/Ergométrico |  |  |
| ( ) | Eletroencefalograma Quantitativo com Mapeamento (EEG) |  |  |
| ( ) | Tomografia de Crânio sem Contraste |  |  |
| ( ) | Ultrassonografia Abdominal |  |  |
| ( ) | Densitometria óssea |  |  |
| ( ) | Ressonância |  |  |
| ( ) | Polissonografia |  |  |

|  |
| --- |
| **DEMAIS SERVIÇOS** |
|  |  | Profissional Indicado | Inscrição nº |
| ( ) | Ponto de Apoio  |  |  |

 **Local, data**

**Assinatura do Representante legal**.