# ANEXO II

# 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 3.1.1 do Termo de Referência, anexo I do Edital).

**ÁREAS DE INTERESSE / PROFISSIONAIS**

**LINHA DE CUIDADO GESTANTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| QUALIFICAÇÃO | PROFISSIONAL INDICADO | INSCRIÇÃO Nº |
| Médico Obstetra |  |  |
| Médico Endocrinologista |  |  |
| Farmacêutico |  |  |
| Psicólogo |  |  |
| Nutricionista |  |  |
| Assistente Social |  |  |
| Enfermeiro |  |  |

**LINHA DE CUIDADO CRIANÇA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| QUALIFICAÇÃO | PROFISSIONAL INDICADO | INSCRIÇÃO Nº |
| Médico Pediatra |  |  |
| Nutricionista |  |  |
| Assistente Social |  |  |
| Enfermeiro |  |  |
| Psicólogo  |  |  |
| Farmacêutico |  |  |

**LINHA DE CUIDADO HIPERTENSO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| QUALIFICAÇÃO | PROFISSIONAL INDICADO | INSCRIÇÃO Nº |
| Médico Cardiologista |  |  |
| Médico Endocrinologista |  |  |
| Nutricionista |  |  |
| Psicólogo |  |  |
| Enfermeiro |  |  |
| Farmacêutico |  |  |
| Assistente Social |  |  |

**LINHA DE CUIDADO DIABÉTICO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| QUALIFICAÇÃO | PROFISSIONAL INDICADO | INSCRIÇÃO Nº |
| Médico Endocrinologista |  |  |
| Enfermeiro |  |  |
| Nutricionista |  |  |
| Psicólogo |  |  |
| Farmacêutico |  |  |
| Assistente Social |  |  |

**LINHA DE CUIDADO IDOSO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| QUALIFICAÇÃO | PROFISSIONAL INDICADO | INSCRIÇÃO Nº |
| Médico 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 |  |  |
| Nutricionista |  |  |
| Terapeuta Ocupacional |  |  |

**QUANTIDADE MENSAL/ANUAL DE CAPACIDADE DE ATENDIMENTO DO PRESTADOR**

Autorizamos a liberação de agenda para atendimento mensal em até XXX (quantidade por extenso) atendimentos, totalizando XXX (quantidade por extenso) anuais.

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

**ESPECIALIDADES PRI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| QUALIFICAÇÃO | PROFISSIONAL INDICADO | INSCRIÇÃO Nº | QUANTIDADEMENSAL |
| Médico Cardiologista |  |  |  |
| Médico Hematologista |  |  |  |
| Médico Neurologista |  |  |  |
| Médico Cirurgião Vascular |  |  |  |
| Médico Oftalmologista |  |  |  |

**EXAMES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| EXAME | PROFISSIONAL RESPONSÁVEL | INSCRIÇÃO Nº | QUANTIDADE MENSAL |
| Tococardiografia anteparto com laudo |  |  |  |
| Ecocardiografia fetal |  |  |  |
| Potencial evocado auditivo curta, média e longa latência (bera/peate) |  |  |  |
| Eletroencefalograma quantitativo com mapeamento (eeg) |  |  |  |
| Eletrocardiograma com laudo |  |  |  |
| Ecocardiografia transtorácica |  |  |  |
| Monitoramento pelo sistema holter 24h (3 canais) |  |  |  |
| Teste de esforço/ergométrico |  |  |  |
| Ecocardiografia de estresse |  |  |  |
| Monitorização ambulatorial de pressão arterial (mapa) |  |  |  |
| Ecocardiograma transesofágico |  |  |  |
| Eletroneuromiografia 1 ou 2 membros (enmg) |  |  |  |
| Eletroneuromiografia 3 ou 4 membros (enmg) |  |  |  |
| Tomografia computadorizada de coluna cervical/lombo-sacra/torácica |  |  |  |
| Tomografia computadorizada face/seios da face/articulações temporo-mandibulares |  |  |  |
| Tomografia computadoriza de pescoço/sela túrcica/cranio |  |  |  |
| Tomografia de articulações de membro superior |  |  |  |
| Tomografia computadorizada desegmentos apendiculares (braços, antebraços, mão, coxa, perna, pe) |  |  |  |
| Tomografia computadorizada de tórax |  |  |  |
| Tomografia computadorizada de abdômen superior |  |  |  |
| Tomografia computadorizada de articulacoes de membro inferior |  |  |  |
| Tomografia computadorizada de pelve/bacia/abdômen inferior |  |  |  |
| Tomografia de coerencia óptica |  |  |  |
| Ultrassonografia doppler colorido de vasos (qualquer região anatomica) por membro |  |  |  |
| Ultrassonografia abdômen superior |  |  |  |
| Ultrassonografia abdômen total |  |  |  |
| Ultrassonografia aparelho urinário |  |  |  |
| Ultrassonografia articulação |  |  |  |
| Ultrassonografia bolsa escrotal |  |  |  |
| Ultrassonografia globo ocular (monocular) |  |  |  |
| Ultrassonografia mamária bilateral |  |  |  |
| Ultrassonografia próstata (via abdominal) |  |  |  |
| Ultrassonografia tireoide |  |  |  |
| Ultrassonografia obstétrica |  |  |  |
| Ultrassonografia obstétrica com doppler colorido e pulsado |  |  |  |
| Ultrassonografia pélvica |  |  |  |
| Ultrassonografia transvaginal |  |  |  |
| Ultrassonografia transfontanela |  |  |  |
| Ultrassonografia de estruturas superficiais (parede abdominal, região inguinal, cervical, axilas, músculo, tendão, partes moles) |  |  |  |
| Ultrassonografia obstétrica com translucência nucal |  |  |  |
| Ultrassonografia obstétrica morfológica |  |  |  |
| Ultrassonografia transvaginal com doppler |  |  |  |
| Ressonância magnética |  |  |  |
| Angiorressonância |  |  |  |
| Angiotomografia |  |  |  |
| Densitometria óssea |  |  |  |
| Angiotomografia coronariana |  |  |  |
| Colonoscopia (coloscopia) |  |  |  |
| Esofagogastroduodenoscopia (eda) |  |  |  |
| Prova de função pulmonar completa (espirometria) |  |  |  |

**PONTO DE APOIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Serviço** | **Profissional Indicado** | **Inscrição nº** |
| Ponto de Apoio |  |  |

**Local, data**

**Nome e Assinatura do Representante Legal.**