

ANEXO I

Assinale abaixo todas as especialidades atendidas e os procedimentos realizados dentro da tabela acordada para a inclusão no sistema e divulgação para os beneficiários 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"/> ORTOPIEDIA / 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 |
| <input type="checkbox"/> CIR. GERAL | <input type="checkbox"/> MASTOLOGIA | <input type="checkbox"/> UROLOGIA |
| <input type="checkbox"/> CIR. ONCOLOGICA | <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| <input type="checkbox"/> CIR. PEDIATRICA | <input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA | |
| <input type="checkbox"/> CIR. PLASTICA REPARADORA | <input type="checkbox"/> NEUROLOGIA | |
| <input type="checkbox"/> CIR. TORACICA | <input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA | |

Outras especialidades e procedimentos não discriminados acima:

Terapias

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA | <input type="checkbox"/> PSICOLOGIA | <input type="checkbox"/> RPG |
| <input type="checkbox"/> FONOAUDIOLOGIA | <input type="checkbox"/> QUIMIOTERAPIA | <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO |
| <input type="checkbox"/> LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA | <input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA | |

Outras especialidades e procedimentos não discriminados acima:

Serviços Diagnósticos

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ANALISES CLINICAS | <input type="checkbox"/> ECOCARDIOGRAFIA | <input type="checkbox"/> MEDICINA INTENSIVA |
| <input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA | <input type="checkbox"/> ECODOPPLER | <input type="checkbox"/> MEDICINA NUCLEAR |
| <input type="checkbox"/> ANGIOGRAFIA DIGITAL | <input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAFIA | <input type="checkbox"/> PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR |
| <input type="checkbox"/> ARTROSCOPIA | <input type="checkbox"/> ELETROENCEFOLOGRAFIA | <input type="checkbox"/> RADIOLOGIA |
| <input type="checkbox"/> AUDIOMETRIA | <input type="checkbox"/> ELETROMIOGRAFIA | <input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA MAGNÉTICA |
| <input type="checkbox"/> BRONCOSCOPIA | <input type="checkbox"/> ELETRONEUROMIOGRAFIA | <input type="checkbox"/> TESTE ERGOMÉTRICO |
| <input type="checkbox"/> CARDIOTOCOGRAFIA | <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA DIGESTIVA | <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA COMPUT. |
| <input type="checkbox"/> COLONOSCOPIA | <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA PERORAL | <input type="checkbox"/> ULTRASONOGRAFIA |
| <input type="checkbox"/> COLPOSCOPIA | <input type="checkbox"/> HISTEROSCOPIA | <input type="checkbox"/> VIDEO LAPAROSCOPIA GERAL |
| <input type="checkbox"/> DENSITOMETRIA ÓSSEA | <input type="checkbox"/> LAPAROSCOPIA | <input type="checkbox"/> VIDEO LAPAROSCOPIA GINEC. |
| <input type="checkbox"/> DOPPLER | <input type="checkbox"/> MAMOGRAFIA | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| <input type="checkbox"/> DOPPLER COLORIDO | <input type="checkbox"/> MAPA | |

Outras especialidades e procedimentos não discriminados acima:

Hospital / Maternidade

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ATENDIMENTO 24 H | <input type="checkbox"/> HOSPITAL ESPECIALIZADO | <input type="checkbox"/> P.S. GERAL |
| <input type="checkbox"/> HOSPITAL GERAL | <input type="checkbox"/> MATERNIDADE | <input type="checkbox"/> P.S. ESPECIALIZADO |

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

ATENÇÃO!

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

Central de Relacionamento MULTICARE: 4004-0176

Favor preencher a Ficha Cadastral e encaminhar juntamente com cópia dos documentos solicitados a:

MULTICARE CREDENCIAMENTO

Caixa Postal 30248 - São Paulo - SP - CEP: 08471-970

_____ / _____
Local

_____ / _____
Data

Assinatura do Responsável