

ANEXO I

CADERNO DE SERVIÇOS CONTRATADOS

ESPECIALIDADES DISPONÍVEIS PARA ATENDIMENTO:	AMBULATORIAL	INTERNAÇÃO	PRONTO SOCORRO
ALERGOLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ANDROLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ANESTESIOLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ANGIOLOGIA-CIRURGIA VASCULAR E LINFÁTICA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
CARDIOLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
CIRURGIA BUCO-MAXILOFACIAL	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
CIRURGIA DA MAMA / MASTOLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
CIRURGIA DA MÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
CIRURGIA ENDOCRINOLÓGICA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
CIRURGIA GERAL	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
CIRURGIA PEDIÁTRICA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
CIRURGIA PLÁSTICA RESTAURADORA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
CIRURGIA TORÁCICA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
CLÍNICA GERAL	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
DERMATOLÓGICA CLÍNICA-CIRÚRGICA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ENDOCRINOLOGIA E NUTRIÇÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
FISIATRIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
GASTROENTEROLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
GERIATRIA / GERONTOLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
HEMATOLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
HEPATOLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
HOMEOPATIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
HOMEOPATIA INFANTIL	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
IMUNOLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
INFECTOLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
MEDICINA DO TRABALHO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
MEDICINA FÍSICA E REAB. FISIOTERAPIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
MICROCIRURGIA RECONSTRUTIVA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
NEFROLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
NEFROLOGIA PEDIÁTRICA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
NEONATOLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
NEUROCIRURGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
NEUROLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
NEUROPEDIATRIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
OFTALMOLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ONCOLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
OTORRINOLARINGOLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
PEDIATRIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
PNEUMOLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
PROCTOLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
PSIQUIATRIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
REUMATOLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
TERAPIA INTENSIVA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
UROLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
UROLOGIA PEDIÁTRICA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
FAVOR ANOTAR ABAIXO TODAS AS ESPECIALIDADES NÃO INFORMADAS ACIMA:			
	AMBULATORIAL	INTERNAÇÃO	PRONTO SOCORRO
	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO

	AMBULATORIAL	INTERNAÇÃO	PRONTO SOCORRO
	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
SERVIÇOS DE DIAGNOSE E TERAPIA DISPONÍVEIS PARA ATENDIMENTO:	AMBULATORIAL	INTERNAÇÃO	PRONTO SOCORRO
ARTROSCOPIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
AUDIOMETRIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
COLONOSCOPIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
DOPPLER COLORIDO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ANATOMIA PATALÓGICA E CITOPATOLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
FONOAUDIOLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
PSICOLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
RPG - REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ANGIOGRAFIA DIGITAL	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
COLPOSCOPIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
DENSITOMETRIA ÓSSEA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
DOPPLERFLUXOMETRIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ECOCARDIOGRAFIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ECODOPPLER	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ELETROMIOGRAFIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ELETOENCEFALOGRAFIA E NEUROFISIOLOGIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ELETROCARDIOGRAFIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ELETOENCEFALOGRAFIA C/ MAPEAM. CEREBRAL	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ELETRONEUROMIOGRAFIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ENDOSCOPIA PERORAL / BRONCOSCOPIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ERGOMETRIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ESPIROMETRIA/PROVAS DE FUNÇÕES PULMONARES	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
HEMODIÁLISE	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
HEMODINÂMICA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
HEMOTERAPIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
HISTEROSCOPIA HOLTER	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
LAPAROSCOPIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
MAMOGRAFIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
LITOTRIPSIA EXTRA-CORPÓREA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
MEDICINA NUCLEAR	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
MONITORIZAÇÃO AMBULAT DA PRESSÃO ARTERIAL	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
PATOLOGIA CLÍNICA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
QUIMIOTERAPIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
RADIODIAGNÓSTICO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
RADIOIMUNSAIO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
RADIOTERAPIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
TOCOCARDIOGRAFIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ULTRASONOGRAFIA / ECOGRAFIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
VIDEO ARTROSCOPIA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
VIDEO CIRURGIA GERAL	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
VIDEO CIRURGIA GINECOLÓGICA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
VIDEO LAPAROSCOPIA GERAL	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
VIDEO LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
FAVOR ANOTAR ABAIXO TODAS OS PROCEDIMENTOS NÃO INFO RMADOS ACIMA:			
	AMBULATORIAL	INTERNAÇÃO	PRONTO SOCORRO
	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO

	AMBULATORIAL	INTERNAÇÃO	PRONTO SOCORRO
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

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:

4004-0178 (Central de Relacionamento GAMA)
0800-722-0178 (Localidades não atendidas pelo número anterior).

PERFIL ASSISTENCIAL:

<input type="checkbox"/>	HOSPITAL GERAL
<input type="checkbox"/>	PRONTO SOCORRO GERAL
<input type="checkbox"/>	MATERNIDADE
<input type="checkbox"/>	HOSPITAL ESPECIALIZADO EM:
<input type="checkbox"/>	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO EM:

Favor, preencher a Ficha Cadastral e devolver-nos via fax, e-mail ou correio, aos cuidados do (setor de Credenciamento Médico), segue abaixo:

Fax: (11) 4208-8457

(11) 4208-8018

E-mail: faleconoscogs@tempopar.com.br

Endereço: Alameda Tocantins, 525 – Rede Saúde (Térreo)

Centro Empresarial Alphaville – Barueri – SP

CEP: 06455-020

PRESTADOR