



**Secretaria da
Saúde**

REQUERIMENTO

À
Secretaria Municipal de Saúde / Fundo Municipal de Saúde de Joinville
NESTA

Prezados Senhores:

EDITAL DE INSCRIÇÃO Nº 002/2000 – CREDENCIAMENTO UNIVERSAL

Pelo presente, atendendo ao Edital nº 002/2000, de 06/09/2000, vimos oferecer aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS/Joinville, nossos serviços especializados em Exames complementares de Auxílio Diagnóstico, em Grupos e procedimentos.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Radiodiagnóstico | <input type="checkbox"/> Eletroneuromiografia | <input type="checkbox"/> Hemodiálise |
| <input type="checkbox"/> Mamografia | <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Diálise Peritoneal |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiografia | <input type="checkbox"/> Esofagoscopia | <input type="checkbox"/> Medicina Nuclear |
| <input type="checkbox"/> Eco-doppler | <input type="checkbox"/> Gastro-duodenoscopia | <input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada |
| <input type="checkbox"/> Ultrassonografia | <input type="checkbox"/> Ileoscopia | |
| <input type="checkbox"/> Eletroencefalografia | <input type="checkbox"/> Retosigmoidoscopia | |

Declaramos, desde já, que o atendimento será realizado conforme a determinação da Divisão de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde.

Declaramos outrossim, que aceitamos a remuneração proposta, a qual será feita exclusivamente com base na Tabela de Valores e Procedimentos do SIA/SUS, da qual temos pleno conhecimento.

OBSERVAÇÃO: A documentação necessária para o processo de Credenciamento, consta relacionada no Edital nº 002/2000.

Para fins de pagamento, informamos abaixo nossos dados bancários:

Banco do Brasil S.A.

Agência nº: _____

Conta nº: _____

Joinville, _____ de _____ de _____

Atenciosamente,

Carimbo e Assinatura (com identificação do responsável)