

ANEXO - IV

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ao Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Município de Porto Velho – IPAM
Ref. Edital de Credenciamento nº. 001/2018/IPAM.

O estabelecido (a), (Nome do Prestador de Serviços) inscrito (a) no CNPJ sob o nº. _____/_____, para os fins de direito, _____, por meio de seu _____ (representante legal), e sob as penas da Lei, que funciona mediante autorização prévia do Ministério da Saúde ou a quem compete autorizar, na condição de Unidade Hospitalar de Urgência e Emergência, na forma da Legislação aplicável, bem como, declara ainda:

1. Que conhece as regras aplicáveis aos estabelecimentos hospitalares de urgência e emergência emitidas pelo Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Medicina e as demais pertinentes ao caso;
2. Que assegurará à cobertura integral dos procedimentos cuja não realização implique em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente beneficiário do IPAM – SAÚDE, inclusive quando se referirem a processo gestacional, caracterizado por declaração do médico assistente (quando for o caso), regendo-se o atendimento pela garantia de atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, desde admissão do paciente até a sua alta;
3. Que disponibilizará na forma do disposto no Regulamento do IPAM – SAÚDE, todos os médicos, materiais, exames, leitos de UTI e tudo quanto se fizer necessário para o atendimento dos beneficiários do IPAM – SAÚDE ou em sua impossibilidade, declara que possui meios de estabilizar e providenciar a transferência do paciente, na forma exigida na Resolução 2.077/2014 do CFM.

Por ser expressão de verdade, firmamos o presente.

Porto Velho, ____ de _____ de 2018

Assinatura CPF ou Carimbo CNPJ