

ERRATA
Credenciamento nº 001/2021

A presente ERRATA é ora levada a efeito, para atualizar o edital de Credenciamento de empresas prestadoras de serviços para Coleta de secreção em nasofaringe e orofaringe, o que torna público a seguinte retificação:

1. INCLUIR

Incluir no escopo dos serviços constante no REGULAMENTO PARA CREDENCIAMENTO Nº 001/2021/SESI-SST, no 2.0 ESCOPO, o subitem 2.3:

2.3. A coleta deverá ser realizada com a utilização de 2 swabs, sendo 1 com amostras das 2 narinas e outro com amostra da orofaringe.

2. INCLUIR

Incluir no anexo ANEXO VI – TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO, na Cláusula Quarta - Das Obrigações da CREDENCIADA, o subitem 4.1.1, constando:

4.1.1 A coleta deverá ser realizada com a utilização de 2 swabs, sendo 1 com amostras das 2 narinas e outro com amostra da orofaringe.

3. SUBSTITUIR

O Anexo VIII – Dados da coleta para constar o documento a ser emitido físico ou eletronicamente:

ANEXO VIII – DADOS DA COLETA

DADOS DO PACIENTE					
Nome Completo: _____					
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino				
Data de nascimento: _____ / _____ / _____ Idade: _____ anos					
Raça/cor: <input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Ignorado
CPF: _____	Nome da mãe: _____				
Endereço: _____	Bairro: _____				

SISTEMA FIEMS

Av. Afonso Pena, 1.206 | Bairro Amambaí
79.005-901 | Campo Grande/MS | Brasil
www.fiems.com.br/sesi

CEP: _____ Município: _____ Estado: _____

Celular (com DDD): _____ Número possui WhatsApp: ()Sim ()Não

E-mail: _____ Empresa: _____

É profissional da Saúde: () Sim () Não É profissional de Segurança: () Sim () Não

1 - Esteve em contato com alguém com suspeita ou com diagnóstico de Covid-19 confirmado? ()Sim ()Não

2 - Teve algum sintoma relacionado à Covid-19?

() Assintomático

() Febre () Tosse () Dor de garganta () Dispneia () Dor de cabeça () Distúrbios Gustativos () Coriza

Data do início dos sintomas: _____ / _____ / _____ Temperatura: _____ °C

3 - Tem alguma doença crônica?

() Não

() Doenças respiratórias crônicas descompensadas () Doenças cardíacas crônicas () Imunossupressão

() Doenças renais crônicas em estágio avançado (grau 3,4,5) () Diabetes () Gestante () Portador de doença cromossômica ou estado de fragilidade () Puérpera(até 45 dias do parto) () Obesidade

4- O paciente concorda com o compartilhamento de seus dados ao sistema e-SUS do governo, ou qualquer outro que venha a substituir, bem como que serão utilizados, preservados e conservados pelo SESI-MS, ou por empresa terceirizada especialmente para esse fim.

5 - Aceita ser notificado pelo Celular (informado no cadastro) via WhatsApp, sobre o resultado do exame, bem como valida o sistema eletrônico originário da assinatura digital.

Nome paciente

Assinado eletronicamente/Assinatura

DADOS RESPONSÁVEL DA COLETA

Responsável pela coleta: _____

Local da coleta: _____

Data: _____ / _____ / _____ Hora da coleta: _____ : _____

Carimbo e assinatura do Resp. pela coleta



4. ALTERAR

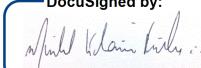
Alterar o valor do anexo X – Tabela de preço de serviços, para constar

ANEXO X - TABELA DE PREÇO DE SERVIÇOS

Serviço	Coleta Município	Valor Unitário*	Endereço de Entrega
Coleta de secreção em nasofaringe ou orofaringe	Três Lagoas	R\$45,00	R. Angelina Tebet, 777 - Santa Luzia, Três Lagoas - MS, CEP: 79640-250
Coleta de secreção em nasofaringe ou orofaringe	Campo Grande	R\$45,00	Av. Afonso Pena, 3123, Centro, Campo Grande CEP: 79002-072

*Coleta, insumos, armazenamento, entrega.

Campo Grande/MS, 16 de abril de 2021.

DocuSigned by:

4EFA1A8B99254ED..

MICHEL KLAIME FILHO

PRESIDENTE DA COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

