



ORDEM DE SERVIÇO Nº 02/2017

Dispõe sobre a adequação do credenciamento de estabelecimentos que disponibilizem tratamentos ambulatoriais com potencial risco de intercorrências ao sistema IPE-Saúde

O DIRETOR DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 12.395, de 15 de dezembro de 2005, regulamentada pelo Decreto nº 47.420, de 19 de agosto de 2010;

CONSIDERANDO a edição da Ordem de Serviço nº 01/2017, que dispõe sobre a normatização do credenciamento de estabelecimentos que disponibilizem tratamentos ambulatoriais com potencial risco de intercorrências ao sistema IPE-Saúde;

CONSIDERANDO o tratamento igualitário que deve permear as relações deste Instituto com as entidades credenciadas ao sistema IPE-Saúde;

RESOLVE:

Art. 1º - As entidades credenciadas ao sistema IPE-Saúde antes da edição da Ordem de Serviço nº 01/2017 que disponibilizem tratamentos com potencial risco de intercorrências, especialmente radioterápicos, quimioterápicos e imunobiológicos, mesmo quando realizados em nível ambulatorial, deverão apresentar Termo firmado por entidade hospitalar credenciada ao IPE-Saúde onde a mesma garanta a oferta de leitos hospitalares e UTI, se necessário, aos pacientes submetidos a tratamentos ambulatoriais no estabelecimento credenciado.

Art. 2º - O referido Termo seguirá o modelo do ANEXO I e será apresentado no prazo de 90 (noventa) dias, sob pena de descredenciamento.



Art. 3º - A presente Ordem de Serviço não isenta o estabelecimento da observância dos instrumentos normativos já editados pelo Instituto, inclusive os que se referem ao tema credenciamento.

Art. 4º - Esta Ordem de Serviço entra em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 24 de abril de 2017.

ALEXANDRE GUIMARÃES ESCOBAR

Diretor de Saúde – IPERGS



ANEXO I

TERMO DE RESPONSABILIDADE

(ENTIDADE HOSPITALAR CREDENCIADA AO IPE-SAÚDE), pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. XXXXXXXXXXXX, com sede na (endereço completo), neste ato representado por seu (administrador, diretor médico, diretor técnico, etc.) Sr(a) (nome, nacionalidade, estado civil, portador(a) da Carteira de Identidade nº XXXXXXXXXXXX, inscrito(a) no CPF sob o nº. XXXXXXXXXXXX, residente e domiciliado(a) na (endereço completo), pelo presente Termo de Responsabilidade, garante a oferta de leitos hospitalares e UTI, se necessário, aos pacientes submetidos a tratamentos ambulatoriais no(a) (ENTIDADE QUE SOLICITA ADEQUAÇÃO DO CREDENCIAMENTO), pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. XXXXXXXXXXXX, com sede (endereço completo), nos termos das Ordens de Serviço nºs 01/2017 e 02/2017.

CIDADE, DIA de MÊS de 2017

ENTIDADE HOSPITALAR CREDENCIADA AO IPE-SAÚDE