

TELEMEDICINA PROVET

ANEXO - 2

TELE ELETROCARDIOGRAFIA

O plano corresponde a cobrança do serviço de Tele Eletrocardiografia, pelo número de exames encaminhados, ao longo do período de 30 dias (mês cheio).

O valor estabelecido para cada exame, corresponde aos exames realizados dentro do horário de funcionamento do Contratado, das 08:00 às 20:00 horas, de segunda a sextas-feiras e das 08:00 às 16:00 horas aos sábados, tendo um prazo de entrega dos resultados rotineiro de 12 horas.

Este prazo começará a vigorar após o upload dos traçados nos respectivos portais de Eletrocardiografia, juntamente e após o envio do e-mail com todos os dados do paciente e cliente ao endereço eletrônico tele.eleetro@provet.com.br do CONTRATADO.

O CONTRATADO tem o direito de solicitar novos traçados do mesmo paciente, para complementar o diagnóstico, sem acréscimo de custo para o CONTRATANTE.
O CONTRATADO tem o direito de recusar o traçado caso julgue que não atenda um padrão mínimo necessário para a correta interpretação eletrocardiográfica.

Traçados Eletrocardiográficos do mesmo paciente que sejam encaminhados, mas numa outra ocasião, ou seja, um novo atendimento, serão considerados um novo exame e caberá cobrança adicional de um novo exame.

As informações dos pacientes, como nome, raça, sexo e idade, são fundamentais para a correta interpretação do exame.

As informações de anamnese do paciente, assim como especificar a suspeita clínica, são fundamentais para a correta interpretação.

Especificações técnicas necessárias do CONTRATANTE:

- ✓ Equipamento Eletrocardiográfico (InPulse, Delta Life ou TEB)
- ✓ Processador Intel I3 ou equivalente
- ✓ 4GB memória Ram
- ✓ HD 250GB disponíveis
- ✓ Compatível com os sistemas operacionais:
- ✓ Windows 7 ou mais recente (64 bits)
- ✓ Internet 10MB

Treinamento da equipe da CONTRATANTE:

Devido a variedade de equipamentos de Eletrocardiografia, caberá a empresa fornecedora dos respectivos equipamentos, o treinamento de manuseio de cada equipamento.

O CONTRATANTE disponibilizará ao CONTRATADO o acompanhamento da sua rotina de Eletrocardiografia por um período de um a dois dias, sem custo adicional.

Sem mais,

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

CIENTE E DE ACORDO (NOME DO CLIENTE):