



CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL  
FUNDO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS DEPUTADOS DISTRITAIS E SERVIDORES  
DA CLDF – FASCAL

**MODELO DE CARTA-PROPOSTA  
CREDENCIAMENTO ODONTOLÓGICO**



**CREDENCIAMENTO ODONTOLÓGICO  
MODELO DE CARTA-PROPOSTA**

<b>Razão Social:</b>	<b>CNPJ:</b>
<b>Endereço</b>	<b>Telefone/Fax:</b>
<b>Área de Atuação:</b>	
<b>Representação legal:</b>	<b>CPF:</b>
<b>Responsável Técnico:</b>	<b>Nº de Registro no Conselho:</b>

O interessado acima identificado vem requerer ao Fundo de Assistência à Saúde dos Deputados Distritais e Servidores da Câmara Legislativa do Distrito Federal o respectivo credenciamento neste Fundo, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº \_\_\_\_\_, inclusive com os valores e instruções constantes das Listas Referenciais de Procedimentos \_\_\_\_\_ para credenciamentos do FASCAL.

Para tanto, foram devidamente anexadas às documentações exigidas, bem como passamos a prestar as informações a seguir:

<b>Relação do Corpo Clínico:</b>	
<b>Nome:</b>	<b>Registro no Conselho:</b>
<b>Relação dos serviços:</b>	
<b>Relação de equipamentos técnicos:</b>	

<b>Dias e Horários de Atendimento:</b>
<b>Declaração de aceitação de atendimento dos beneficiários da categoria "DESIGNADO ESPECIAL", conforme item _____ do Edital de Credenciamento nº ____/____.</b>
<b>( ) ACEITO      ( ) NÃO ACEITO</b>



CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL  
FUNDO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS DEPUTADOS DISTRITAIS E SERVIDORES  
DA CLDF – FASCAL

**MODELO DE CARTA-PROPOSTA  
CREDENCIAMENTO ODONTOLÓGICO**



**O Interessado declara, para efeitos legais, que possui e encontram-se válidos os documentos abaixo relacionados:**

**- Termo de Responsabilidade Técnica junto à Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.**

**- Documento comprobatório de responsabilidade técnica junto ao Conselho de Classe Respectivo.**

**Observação: O FASCAL se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, a comprovação dos referidos documentos durante a execução contratual.**

**Dados Bancários:**

**Banco:** ( ) BB ou  
( ) BRB

**Agência:**

**Conta-corrente:**

**Endereço eletrônico para recebimento de informações (e-mail):**

As documentações inerentes à habilitação encontram-se anexadas rigorosamente na seguinte ordem:

**REGULARIDADE FISCAL E JURÍDICA:**

- Cópia do ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado no Órgão competente, em se tratando de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores e procurações que substabeleçam poderes a terceiros.
- Cópia da Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- Cópia do Alvará de Funcionamento;
- Certidão quanto à Dívida Ativa do GDF. Certidão Negativa de Débito junto ao INSS;
- Certidão de Regularidade Fiscal (prova de regularidade relativa ao FGTS);
- Cópia do Documento de Identificação Fiscal – DIF;
- Cópia de Licença de Funcionamento e do Termo de Responsabilidade Técnica;
- Declaração informando percentual de ISS ou situação de isenção.

**QUALIFICAÇÕES TÉCNICAS DA PESSOA JURÍDICA**

Registro ou inscrição de Pessoa Jurídica pelo CRO, com os comprovantes de quitação de Pessoa Jurídica e de seus responsáveis técnicos.

O responsável técnico deverá apresentar a seguinte documentação:

- Cópia da Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Físicas (CPF) e Registro Geral (RG);
- Diploma de graduação, comprovando a conclusão do curso de odontologia;



CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL  
FUNDO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS DEPUTADOS DISTRITAIS E SERVIDORES  
DA CLDF – FASCAL



## MODELO DE CARTA-PROPOSTA CREDENCIAMENTO ODONTOLÓGICO

- Comprovante de que está inscrito no CRO, no mínimo 2 anos;
- Certidão ou atestado emitido pelo CRO de que o responsável técnico não está impedido do exercício de suas funções profissionais.

Para habilitação em especialidades odontológicas, devem ser juntadas provas de inscrição junto ao respectivo CRO na condição de especialista com tempo mínimo de 2 anos, bem como a comprovação de inscrição no CRO de no mínimo 2 anos para o Clínico Geral.

Indicação de instalações, do aparelhamento adequado e disponível para a realização do objeto e demais condições de atendimento. A esterilização de instrumentais deverá ser realizada, obrigatoriamente, pelo sistema de autoclave e deverá possuir aparelho de Raios-X e com barreiras adequadas de proteção, tanto do profissional e seus auxiliares, quanto do paciente.

A entidade deverá ter, além de pelo menos 1 (um) clínico geral e, pelo menos, mais um especialista na área de Periodontia ou Endodontia ou Odontopediatria.

Brasília-DF, ____/____/____	
	(Representante Legal)

<b>IDENTIFICAÇÃO:</b>	
<b>Empresa:</b>	<b>CNPJ:</b>
<b>Representante Legal:</b>	<b>CPF:</b>



CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL  
FUNDO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS DEPUTADOS DISTRITAIS E SERVIDORES  
DA CLDF – FASCAL

**MODELO DE CARTA-PROPOSTA  
CREDENCIAMENTO ODONTOLÓGICO**



**DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI EM SEUS QUADROS MENOR(ES)  
NAS CONDIÇÕES ESPECIFICADAS EM LEI**

Para fins de participação no Credenciamento n° \_\_\_\_\_, o interessado acima identificado **DECLARA:**

1. Consoante o disposto no Inciso V do Art. 27 da Lei n° 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei n° 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não possui em seu quadro de pessoal empregado(s) com menos de 18(dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e em qualquer trabalho menores de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze).

**Local/ Data/Assinatura:**

Brasília-DF, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_