# ANEXO I

# MODELO DE CARTA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

Ao Gerente-Coordenador da CLDF Saúde/Fascal,

A empresa (nome /razão social), , CNPJ n° , com logradouro na \_\_\_\_\_(endereço completo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fones de contato n°s / , por intermédio de seu representante legal, Sr(a) \_\_\_\_, portador(a) do RG n° , expedida pelo , e do CPF n° , vem por meio desta, solicitar o credenciamento desta empresa para prestação dos seguintes serviços: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ESPECIFICAR OS SERVIÇOS médico-hospitalares, exames complementares, de diagnósticos, tratamentos e serviços especiais)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Apresentar, em anexo, todos os documentos exigidos, concordando com as condições previstas no edital de credenciamento.

Atenciosamente,

Em\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Local, data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nome por extenso e assinatura do representante legal

# ANEXO II

# MODELO DE CARTA-PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO

Conforme requerido na Carta de solicitação de credenciamento (Anexo II), o interessado abaixo identificado encaminha ao CLDF Saúde/Fascal a documentação exigida no Termo de Referência, neste Edital e na minuta de contrato de credenciamento, devidamente autenticada por cartório competente ou por servidor da administração ou, ainda, por publicação em órgão de imprensa oficial objetivando o seu credenciamento pelo CLDF Saúde/Fascal.

|  |  |
| --- | --- |
| Razão Social: | CNPJ: |
| Nome Fantasia: | Telefone: |
| Endereço: | Cidade: |
| CEP: | Site: |
| E-mail da empresa: |
| Área de Atuação: | Especialidade: |
| Representante Legal (conforme contrato social): | Telefone |
| CPF: | RG: | Órgão Emissor: |
| E-mail: |

Os documentos encontram-se anexados na seguinte ordem:

1. Relação do corpo clínico:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome | Especialidade | Registro no Conselho | CPF |
|  |  |  |  |

1. Relação dos serviços a serem prestados, os dias e horários de atendimento:

|  |
| --- |
|  |

1. Tabelas adotadas pelo FASCAL (marque "X")

|  |  |
| --- | --- |
|  | Tabela de Referência para Convênios e Credenciamentos do FASCAL |
|  | Tabela de taxas, diárias e demais serviços hospitalares - TABCLDF |
|  | Tabela de medicamentos – BRASÍNDICE e/ou SIMPRO |
|  | Tabela de materiais descartáveis - SIMPRO |
|  | Outras formas de pagamento pelos serviços prestados (DISCRIMINAR) |
| Observações: |

Observação: no caso de serem propostas condições diferenciadas daquelas constantes das tabelas adotadas pelo Plano de Saúde, a empresa deverá apresentar planilha com preços unitários e totais, ou por pacotes especiais, para análise pelo FASCAL.

1. Relação de equipamentos para exames complementares:

|  |
| --- |
|  |

1. Dados Bancários para crédito dos pagamentos pelo FASCAL:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Banco: | Agência: | Conta Corrente: |

1. Habilitação Jurídica:

|  |  |
| --- | --- |
|  | cópia do Registro Comercial, no caso de empresa individual |
|  | cópia do ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado no Órgão competente, em se tratando de sociedades por ações, acompanhada de cópia de documentos de eleição de seusadministradores e procurações que substabeleçam poderes a terceiros |
|  | cópia da inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova da diretoria em exercício |
|  | cópia do Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda - CPF e da cédula de identidade dos representantes legais da pessoa jurídica, conforme o contrato social, as quais constarão do contrato e assinarão o mesmo |

1. Regularidade Fiscal e Trabalhista:

|  |  |
| --- | --- |
|  | prova de inscrição no CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do MF -Ministério da Fazenda |
|  | prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes estadual e municipal, ou do Distrito Federal |
|  | prova de regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, mediante a apresentação da Certidão de Regularidade do FGTS (CRF) |
|  | prova de regularidade com o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, mediante a apresentação da Certidão Negativa de Débitos (CND) |
|  | Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, expedida pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional conjuntamente com a Secretaria da Receita Federal |
|  | Certidão Negativa de Débitos com a Fazenda do Distrito Federal ou estadual, expedida pela Secretaria da Fazenda |
|  | Certidão Negativa de Débitos com a Fazenda municipal, expedida pela Secretaria da Fazenda |
|  | Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas - CNDT |

1. Qualificação Técnica da Instituição:

|  |  |
| --- | --- |
|  | cópia do Certificado de Inscrição da Pessoa Jurídica no Conselho Regional de Classe respectivo |
|  | cópia do Alvará de funcionamento válido |
|  | cópia do Termo de responsabilidade técnica válido, do médico responsável, para os estabelecimentos da área médica |
|  | cópia do Termo de responsabilidade técnica válido, para cada área de atuação, expedido por órgão competente, ressalvados os casos de dispensa de apresentação, por ato normativo do órgão emissor |
|  | cópia do Termo de responsabilidade técnica poderá ser apresentado em nome da matriz ou da filial, com o respectivo número do CNPJ, em caso de faturamento centralizado |
|  | cópia do documento de identificação e cadastro de pessoa física - CPF, do(s)  responsável(is)  técnico(s) |
|  | cópia do certidão de inscrição do(s) responsável(is) técnico(s) no conselho regional de classe, dentro da validade |
|  | currículo assinado do(s) responsável(is) técnico(s) |
|  | cópia do Autorização para operação, emitida pela Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEM, para os serviços de natureza radiativa; |
|  | cópia da Certidão de inscrição no conselho regional de classe, dentro da validade, para os membros do corpo clínico |
|  | currículo profissional para a área de Psicologia |
|  | para as demais áreas, cópia do certificado do curso realizado |

1. Habilitação Econômico-Financeira e Outros Documentos:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Certidão negativa de falência ou concordata expedidapelo distribuidor da sede da pessoa jurídica |
|  | Balanço patrimonial e demonstrações contábeis dos 2 (dois) últimos exercícios sociais, contendo assinatura do contador e do responsável legal, com firmas reconhecidas ou assinatura eletrônica, por meio de certificados e chaves emitidos pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP - Brasil; ou mediante registro na Junta Comercial; ou mediante recibo eletrônico de envio à Receita Federal; |

1. Declarações:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Declaração de Cumprimento no art. 7º da Constituição Federal de 1988 |
|  | Declaração de Inexistência de Fato Superveniente |
|  | Declaração de Inexistência de Nepotismo |
|  | Declaração de Inexistência de Vínculo com a CLDF |
|  | Modelo de Declaração de Reserva de Cargos Prevista em Lei para Pessoa com Deficiência ou para Reabilitado da Previdência Social |
|  | Declaração de Concordância com os Termos do Edital e de seus Anexos |
|  | Ficha Cadastral do Credenciado |

Por fim, declaramos expressamente concordância com:

1. as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº 1/2023 e seus anexos;
2. o Regulamento do CLDF Saúde/Fascal;
3. a Tabela de Referência para Convênios e Credenciamentos do CLDF Saúde/Fascal – TABELA DO FASCAL.

Esta proposta tem prazo de validade por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) dias, contados de sua apresentação na Seção de Apoio Administrativo – SAA do FASCAL.

Em\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Local, data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Responsável técnico, registro no Conselho Regional de Classe)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Responsável Legal)

# ANEXO III

# MODELO DE DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO INCISO XXXIII DO ART. 7O DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL (EMPREGADO MENOR)

A empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome / razão social)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, localizada na \_\_\_\_\_ (endereço completo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por intermédio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

portador do RG n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedida pela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e do CPF n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARA, para fins do disposto no inciso XXXIII do art. 7o da Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988, e no inciso VI do Art. 68 da Lei n° 14.133, de 1º de abril de 2021, que não possui em seu quadro de pessoal, empregado(s) com menos de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, bem como de 14 anos em qualquer trabalho.

Em\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Local, data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nome por extenso e assinatura do representante legal

OBS: Se a empresa possuir menores de 16 anos na condição de aprendizes, deverá constar a informação nesta declaração, para análise da situação pelo CLDF Saúde/Fascal.

# ANEXO IV

# MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS SUPERVENIENTES

A empresa (nome/ razão social), CNPJ n° , com logradouro à (endereço completo), por intermédio de seu representante legal, Sr(a) \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_, portador do RG n°\_\_\_\_ , expedida pelo , e do CPF n° , DECLARA  que não existem fatos supervenientes à data da entrega dos documentos exigidos para fins de credenciamento, nem tampouco impeditivos de sua participação na préqualificação para o Credenciamento, e se compromete a comunicar à CLDF Saúde/Fascal qualquer fato que venha a prejudicar, inclusive durante sua possível atuação com o Credenciante.

Em\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Local, data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nome por extenso e assinatura do representante legal

# ANEXO V

# MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE NEPOTISMO

A empresa (nome/ razão social), CNPJ n° , com logradouro à (endereço completo), por intermédio de seu representante legal, Sr(a) \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_, portador do RG n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_ , expedida pelo , e do CPF n° , DECLARA   que não possui em seu quadro de pessoal empregado(s) cônjuge(s), companheiro(s) ou parente(s) em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, de ocupantes de cargos de direção e de assessoramento, de Deputados Distritais e servidores da CLDF.

Em\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Local, data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nome por extenso e assinatura do representante legal

**OBS:** Caso a empresa possua empregados na situação acima, deverá constar a informação nesta declaração, para análise da situação pela CLDF Saúde/Fascal.

# ANEXO VI

# DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO COM A CLDF

A empresa (nome/ razão social), CNPJ n° , com logradouro à (endereço completo), por intermédio de seu representante legal, Sr(a) \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_, portador do RG n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedida pelo , e do CPF n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com intuito de contratar com o poder público, o/a interessado(a) DECLARA, para fins do disposto no princípio constitucional da moralidade, que não possui em seu quadro de pessoal, servidor público da CLDF, como sócio, dirigente e/ou proprietário.

Em\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Local, data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nome por extenso e assinatura do representante legal

**OBS:** Caso a empresa possua empregados na situação acima, deverá constar a informação nesta declaração, para análise da situação pela CLDF Saúde/Fascal.

# ANEXO VII

# MODELO DE DECLARAÇÃO DE RESERVA DE CARGOS PREVISTA EM LEI PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA OU PARA REABILITADO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

A empresa (nome/ razão social), CNPJ n° , com logradouro à (endereço completo), por intermédio de seu representante legal, Sr(a) \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_, portador do RG n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedida pelo \_\_\_\_ , e do CPF n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARA  que atende à reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social e que atendam às regras de acessibilidade previstas na legislação, conforme disposto no art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991 e no inciso IV do Art. 67 da Lei n° 14.133, de 1º de abril de 2021.

Em\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Local, data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nome por extenso e assinatura do representante legal

# ANEXO VIII

# MODELO DE DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM OS TERMOS DO EDITAL E DE SEUS ANEXOS

A empresa (nome/razão social), CNPJ n° , com logradouro à (endereço completo), por intermédio de seu representante legal, Sr(a) , portador(a) do RG n°\_\_\_\_\_\_, expedida pelo , e do CPF n° , DECLARA que examinou criteriosamente os termos deste edital e de seus anexos e da minuta de credenciamento, e julgou-os suficientes para a elaboração da Carta-Proposta objeto do presente em todos os seus detalhamentos.

DECLARA, ainda, estar de acordo com as disposições da Lei n° 14.133, de 1º de abril de 2021 e das demais normas e regulamentos do Credenciante que regem o presente credenciamento.

Em\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Local, data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nome por extenso e assinatura do representante legal

# ANEXO IX

# FICHA CADASTRAL DO CREDENCIADO

ÁREA DE ATUAÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dados da Empresa:

Denominação

Endereço completo:

Complemento:

Bairro: . Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_

Estado: País: C EP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone (DDD): Fax (DDD):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inscrição Municipal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dados do(s) Representante(s)

1. Nome do(a) Representante legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de identidade (RG): , CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Endereço completo:

Complemento:

Bairro: . Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_

Estado: País: C EP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone (DDD): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fax (DDD):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Nome do(a) Representante legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de identidade (RG): , CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Endereço completo:

Complemento:

Bairro: . Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_

Estado: País: C EP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone (DDD): \_\_Fax (DDD):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro serem verdadeiras as informações fornecidas para o preenchimento deste cadastro e me comprometo a informar ao CLDF Saúde/Fascal, de imediato, as alterações que vierem a ocorrer nos dados cadastrais acima.

Em\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Local, data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nome por extenso e assinatura do representante legal