|  |
| --- |
| **CARTA-PROPOSTA PARA CREDENCIAMENTO - PLANO GDF SAÚDE (INAS) - Edital de Credenciamento nº 01/2024** |
| **1. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA** |
| Razão Social: |   |
| Nome Fantasia: |   |
| CNPJ: |   |
| Inscrição no CNES (se houver): |   |
| **2. ENDEREÇOS**  |
| MATRIZ |
| Endereço: |   |
| Bairro: |   | Cidade/Estado: |   |
| CEP: |   | Telefones: |   |
| E-mail: |   | Site: |   |
| FILIAL 1 |
| Endereço: |   |
| Bairro: |   | Cidade/Estado: |   |
| CEP: |   | Telefones: |   |
| E-mail: |   | Site: |   |
| FILIAL 2 |
| Endereço: |   |
| Bairro: |   | Cidade/Estado: |   |
| CEP: |   | Telefones: |   |
| E-mail: |   | Site: |   |
| **3. DADOS BANCÁRIOS** |
| Conta financeira para recebimento de créditos (deve estar em nome da Pessoa Jurídica que solicita o credenciamento) |
| Banco (nome e código): |   |
| Agência (código e endereço): |   |
| Conta corrente: |   |
| **4. DADOS TRIBUTÁRIOS** |
|   | IRPJ - Geral |   | IRPJ - Associação |   | IRPJ - Cooperativa |
|   | IRPJ - Hospitais |   | IRPJ - Isento |   | Outro |
|   |
|   | Regra Geral |   | Regra Específica |   |   |
|   |
|   | ISS - Recolhimento Normal |   | Alíquota |   |   |
|   | ISS - Recolhimento Isento |   | Alíquota de internação |   |   |
| **5. DADOS DO(S) RESPONSÁVEL(IS) LEGAL (IS)** |
| Nome: |   |
| Cargo/Função: |   |
| RG / Órgão emissor/UF: |   | CPF: |   |
| Telefone(s): |   | E-mail: |   |
|   |
| Nome: |   |
| Cargo/Função: |   |
| RG / Órgão emissor/UF: |   | CPF: |   |
| Telefone(s): |   | E-mail: |   |

|  |
| --- |
| **6. CONTATOS** |
| Responsável pelo credenciamento |
| Nome: |   |
| Cargo/Função: |   |
| Telefone: |   | E-mail: |   |
| Responsável pelo comercial / concierge |
| Nome: |   |
| Cargo/Função: |   |
| Telefone: |   | E-mail: |   |
| Responsável pela regulação e auditoria |
| Nome: |   |
| Cargo/Função: |   |
| Telefone: |   | E-mail: |   |
| Responsável pelo faturamento |
| Nome: |   |
| Cargo/Função: |   |
| Telefone: |   | E-mail: |   |
| **7. IDENTIFICAÇÃO DO(S) RESPONSÁVEL(IS) TÉCNICO(S) (separar por unidade de atendimento, caso haja)** |
| **NOME** | **REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL** | **DATA DE VALIDADE** |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
| **8. REGIME DE ATENDIMENTO (assinalar com "X")** |
|   | Ambulatorial |   | Hospitalar |  | Ambos |
| **9. MODALIDADE DE ATENDIMENTO (assinalar com "X")** |
|   | Eletivo |   | Eletivo / Urgência / Emergência |   |
|  | Urgência / Emergência |  | Telemedicina |
| **10. TIPO DE ESTABELECIMENTO (assinalar com "X")** |
|   | Hospital Geral |   | Clínica / Centro de Especialidade |   |
|   | Hospital Especializado |   | Policlínica |   |
|   | Hospital de Transição |   | Medicina Laboratorial |   |
|   | Hospital-Dia |   | Unidade de Apoio ao Diagnóstico |   |
|   | Associação Médica |    | Outra categoria não especificada:   |
|   | Cooperativa Médica |
| **11. TIPO DE INTERNAÇÃO  - quantidade de leitos (somente assinalar se hospital ou clínica que atue com internação)** |
|   | Clínica |   | Pediátrica  |
|   | Cirúrgica |   | Psiquiátrica  |
|   | Obstétrica |   | Outra:  |
|   |
|   | UTI Geral |   | UTI Neonatal  |
|   | UTI Pediátrica |   | UTI Coronariana  |

|  |
| --- |
| **12. ESPECIALIDADES MÉDICAS (assinalar S/N)** |
| **DESCRIÇÃO** | **AMBULATORIAL** | **HOSPITALAR** | **PEDIÁTRICO** | **PUBLICAR GUIA MÉDICO** | **DESCRIÇÃO** | **AMBULATORIAL** | **HOSPITALAR** | **PEDIÁTRICO** | **PUBLICAR GUIA MÉDICO** |
| Alergia e Imunologia |   |   |   |   | Ginecologia e Obstetrícia |   |   |   |   |
| Anestesiologia |   |   |   |   | Hematologia e Hemoterapia |   |   |   |   |
| Angiologia |   |   |   |   | Infectologia |   |   |   |   |
| Cancerologia/Oncologia |   |   |   |   | Mastologia |   |   |   |   |
| Cardiologia |   |   |   |   | Medicina Física e Reabilitação |   |   |   |   |
| Cirurgia cardiovascular |   |   |   |   | Medicina Intensiva |   |   |   |   |
| Cirurgia de mão |   |   |   |   | Medicina Nuclear |   |   |   |   |
| Cirurgia de cabeça e pescoço |   |   |   |   | Nefrologia |   |   |   |   |
| Cirurgia do aparelho digestivo |   |   |   |   | Neurocirurgia |   |   |   |   |
| Cirurgia geral |   |   |   |   | Neurologia |   |   |   |   |
| Cirurgia pediátrica |   |   |   |   | Nutrologia |   |   |   |   |
| Cirurgia plástica |   |   |   |   | Oftalmologia |   |   |   |   |
| Cirurgia torácica |   |   |   |   | Ortopedia e Traumatologia |   |   |   |   |
| Cirurgia vascular |   |   |   |   | Otorrinolaringologia |   |   |   |   |
| Clínica médica |   |   |   |   | Patologia Clínica/Medicina Laboratorial |   |   |   |   |
| Coloproctologia |   |   |   |   | Pediatria |   |   |   |   |
| Dermatologia |   |   |   |   | Pneumologia |   |   |   |   |
| Endocrinologia e metabologia |   |   |   |   | Psiquiatria |   |   |   |   |
| Endoscopia |   |   |   |   | Radiologia e Diagnóstico por Imagem |   |   |   |   |
| Gastrenterologia |   |   |   |   | Radioterapia |   |   |   |   |
| Genética Médica |   |   |   |   | Reumatologia |   |   |   |   |
| Geriatria |   |   |   |   | Urologia |   |   |   |   |
| **13. ÁREAS DE ATUAÇÃO / SERVIÇOS DE APOIO / EXAMES / TERAPIAS MÉDICAS (assinalar S/N)** |
| **DESCRIÇÃO** | **AMBULATORIAL** | **HOSPITALAR** | **DESCRIÇÃO** | **AMBULATORIAL** | **HOSPITALAR** |
| Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular |   |   | Medicina do sono |   |   |
| Atendimento ao queimado |   |   | Medicina fetal |   |   |
| Cirurgia crânio-maxilo-facial |   |   | Medicina paliativa |   |   |
| Cirurgia do Trauma |   |   | Nefrologia - diálise |   |   |
| Cirurgia Videolaparoscópica |   |   | Nefrologia - hemodiálise |   |   |
| Citopatologia |   |   | Neurofisiologia Clínica |   |   |
| Densitometria Óssea |   |   | Neurorradiologia |   |   |
| Ecocardiografia |   |   | Nutrição Parenteral e Enteral |   |   |
| Ecografia Vascular com Doppler |   |   | PET-CT |   |   |
| Eletrofisiologia Clínica Invasiva |   |   | Quimioterapia |   |   |
| Endoscopia Digestiva |   |   | Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia |   |   |
| Endoscopia Respiratória |   |   | Ressonância Magnética |   |   |
| Ergometria |   |   | Terapia Imunobiológica |   |   |
| Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista |   |   | Transplante de Medula Óssea |   |   |
| Hepatologia |   |   | Tomografia Computadorizada |   |   |
| Mamografia |   |   | Ultrassonografia  |   |   |
| Medicina do adolescente |   |   | Outras: |   |   |
| Medicina da dor |   |   |   |   |   |
| **14. SERVIÇOS DE APOIO - TERAPIAS POR PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS (​assinalar S/N)** |
| **DESCRIÇÃO** | **AMBULATORIAL** | **HOSPITALAR** | **CRIANÇA ADOLESCENTE** | **METODOLOGIAS E ABORDAGENS TERAPÊUTICAS** |
| Fonoaudiologia |   |   |   |   |
| Fisioterapia |   |   |   |   |
| Nutrição |   |   |   |   |
| Psicologia |   |   |   |   |
| Psicomotricidade |   |   |   |   |
| Terapia Ocupacional |   |   |   |   |
| Outra: |   |   |   |   |
| **15. CORPO CLÍNICO (Relacionar por unidade de atendimento. Dispensado quando se tratar de hospitais e associações profissionais)** |
| **NOME** | **ESPECIALIDADE** | **CBO**  | **REGISTRO CONSELHO**  | **CPF** | **RQE** |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| **16. OUTRAS INFORMAÇÕES** |
| Horário de funcionamento: |   |
| Quantidade de leitos: |   |
| Serviço de remoção (​assinalar S/N): |   |
| Outras informações relevantes: |   |
| **17. PACOTES PACTUADOS** |
| **CÓDIGO DO PACOTE** | **DESCRIÇÃO** | **VALOR DO PACOTE** | **OBSERVAÇÕES** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

|  |
| --- |
| **18. DECLARAÇÕES** |
| O proponente acima identificado vem requerer ao INAS, o credenciamento para prestação de serviços de saúde aos beneficiários do Plano GDF SAÚDE e, neste ato, para fins de participação no Credenciamento xx/2024, do Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal - INAS: |
| 1. DECLARA total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº 01/2024, inclusive com os valores e instruções gerais dos referenciais de custo operacional constantes do Edital e seus Anexos. |
| 2. DECLARA ciência e concordância com o Regulamento do GDF SAÚDE e normas complementares do Plano, disponíveis nos sítios eletrônicos oficiais  (www.inas.df.gov.br) e (www.gdfsaude.df.gov.br). |
| 3. DECLARA, para fins do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, ressalvado, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz. |
| 4. DECLARA, para fins do disposto no Decreto nº 32.751, de 4 de fevereiro de 2011, que não possui em seu quadro de pessoal empregado(s) cônjuges, companheiros ou parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, de ocupantes de cargo em comissão vinculados ao Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal - INAS. |
| 5. DECLARA, para os fins do disposto nas alíneas 'f' e 'g' do inciso I do art. 23 da Lei nº 7.549, de 30 de julho de 2024, esta empresa não possui em seu quadro societário, dirigentes, sócios ou proprietários que sejam servidores públicos do Governo do Distrito Federal, nem mantém vínculo direto, indireto ou ativo com o GDF. |
| 6. DECLARA, sob as penas da Lei, que não existem fatos supervenientes à data da entrega dos documentos exigidos para fins de credenciamento, nem tampouco impeditivos de sua participação na pré-qualificação para o Credenciamento, e se compromete a comunicar ao INAS qualquer fato que venha a prejudicar, inclusive durante sua possível atuação com o CREDENCIANTE. |
| 7. DECLARA que cumpre com os critérios de sustentabilidade ambiental na aquisição de bens e na contratação de obras e serviços pelo Distrito Federal, que sejam aplicáveis ao objeto deste credenciamento, conforme Lei Distrital nº. 4.770 de 22, de fevereiro de 2012. |
| 8. DECLARA que não incorre na vedação prevista no art. 14, da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, e no art. 1º do Decreto nº 39.860, de 30 de maio de 2019. |
| 9. DECLARA que cumpre a reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e que atende às regras de acessibilidade previstas na legislação, conforme disposto no art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991 e inciso IV do art. 63 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. |
| 10. DECLARA que não incorre nas vedações previstas no art. 5º do Decreto nº 39.978, de 25 de julho de 2019. |
| 11. DECLARA que atende aos requisitos estabelecidos no art. 3º da Lei nº 8.248, de 23 de outubro de 1991 e nos incisos I ou II ou III do artigo 5º do Decreto Federal nº 7.174, de 12 de maio de 2010. |
| 12. DECLARA que cumpre os requisitos estabelecidos no artigo 16 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, caso seja organizado em cooperativa. |
| 13. DECLARA que cumpre os requisitos estabelecidos no art. 3° da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, estando apto a usufruir do tratamento favorecido estabelecido em seus arts. 42 a 49, observado o disposto nos §§ 1º ao 3º do art. 4º, da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, caso se enquadro como microempresa, empresa de pequeno porte ou sociedade cooperativa. |
| **Local e Data:** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Responsável Legal** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Responsável Legal** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Responsável Técnico** |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Responsável Técnico** |