

(modelo timbrado da empresa)

REQUERIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

[Local, Data]

Ao Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Banco Central – PASBC.

A pessoa jurídica, abaixo identificada, vem requerer o credenciamento ao PASBC (BCSaude), declarando estar de acordo com o Edital de Credenciamento nº 274/2026 – Prestação de Serviços de Ortopedia, do Banco Central do Brasil e seus anexos.

IDENTIFICAÇÃO			
Razão Social			
Nome Fantasia			
CNPJ			
CNES			
Inscrição Estadual (se houver)		Inscrição Municipal (se houver)	
Número e conselho regional de inscrição da empresa			
Mantenho credenciamento com outras instituições de autogestão	<input type="checkbox"/>	Sim	Quais?
	<input type="checkbox"/>	Não	

Capítulos e Procedimentos Ambulatoriais a serem credenciados		Marcar X
1.01.01.03-9	Consulta em pronto socorro (incluindo taxas diversas)	<input type="checkbox"/>
1.01.01.32-2	Consulta com especialista em Ortopedia e Traumatologia	<input type="checkbox"/>
1.01.01.14-4	Consulta com especialista em Medicina Física e Reabilitação	<input type="checkbox"/>
1.01.02.01-9	Visita hospitalar (paciente internado)	<input type="checkbox"/>
3.07.13.13-7.01 3.07.13.14-5.01	Punções Articulares e Extra Articulares (Infiltrações)	<input type="checkbox"/>
3.07.30.12-0 3.07.30.13-9 3.07.32.05-0 3.07.32.06-9	Terapias por Ondas de Choque	<input type="checkbox"/>
Capítulo 2 da CBHPM	Reabilitações	<input type="checkbox"/>

HORÁRIO DE ATENDIMENTO – se houver filial com horário distinto poderão duplicar a tabela ou anotar nas observações					
Dia	Manhã		Tarde		OBS.
	de	até	de	até	
2º feira					
3º feira					
4º feira					
5º feira					
6º feira					
Sábado					
Domingo					

DADOS BANCÁRIOS DA PESSOA JURÍDICA (enviar comprovante de CC)	
Banco	
Agência	
Conta	

INFORMAÇÕES ADICIONAIS		
Cooperativa	<input type="checkbox"/>	Observar o item 4.9.11 do Edital
Optante pelo Simples	<input type="checkbox"/>	Incluir declaração e cópia da consulta ao SIMPLES NACIONAL
Sociedade Uniprofissional	<input type="checkbox"/>	Anexar Declaração
Isenta ou imune à retenção dos tributos federais e/ou municipais	<input type="checkbox"/>	Anexar Declaração

DADOS DE TRIBUTAÇÃO			
Tabela IRRF			
IRPJ – Geral (6147)	<input type="checkbox"/>	IRPJ – Isento	<input type="checkbox"/>
IRPJ – Cooperativa	<input type="checkbox"/>	IRPJ – Associação	<input type="checkbox"/>
IRPJ – Geral (6190)	<input type="checkbox"/>	IRPJ - Hospitais	<input type="checkbox"/>

Autorizamos o PASBC a divulgar esta entidade na sua relação de instituições credenciadas, para fins de conhecimento dos beneficiários.

Declaramos que:

I. estamos cientes e concordamos com as condições contidas no edital e seus anexos;

II. que o valor da contraprestação compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data da apresentação do requerimento de participação;

III. cumprimos plenamente os requisitos de habilitação definidos no instrumento convocatório;

IV. não empregamos menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não empregamos menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º, XXXIII, da Constituição;

IV. não possuímos empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal; e

V. (Caso tenha mais de 100 empregados) cumprimos as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas;

VI. (Caso cooperativa) Declaramos que cumprimos os requisitos estabelecidos no artigo 16 da Lei nº 14.133, de 2021.

Declaramos, ainda, serem verdadeiras as informações fornecidas e nos comprometemos a informar ao BC Saude quaisquer alterações que vierem a ocorrer.

Nome e assinatura do responsável legal
