

ANEXO IV – REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRUSQUE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CREDENCIAMENTO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO
DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO HUMANIZADA (VOLUNTÁRIA E
INVOLUNTÁRIA), REMUNERADOS POR MENSALIDADE, NO ÂMBITO DO
PROGRAMA MUNICIPAL DE INTERNAÇÃO HUMANIZADA (PMIH)

MODELO — a ser reproduzido em papel timbrado do interessado.

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Brusque/SC

Processo administrativo nº _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO

Razão social: _____

Nome fantasia: _____

CNPJ: _____

Natureza jurídica: _____

- ☐ Sociedade empresária ☐ Empresário individual ☐ Sociedade simples
☐ Associação / fundação sem fins lucrativos ☐ Entidade filantrópica
☐ Sociedade cooperativa ☐ Pessoa jurídica de direito público

Endereço da sede: _____

Município/UF: _____

CEP: _____

Telefone: _____

E-mail institucional (para atos oficiais):

2. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO

2.1. Local de efetiva execução dos serviços, obrigatoriamente situado no Estado de Santa Catarina (item 7.4.1 do Termo de Referência). Havendo mais de uma unidade, preencher um requerimento por unidade.

Endereço da unidade: _____

Município/UF: _____

Distância aproximada de Brusque (km): _____

Nº do CNES (quando exigível): _____

Nº da licença/alvará sanitário: _____

Validade: _____

3. TIPOLOGIA DO ESTABELECIMENTO

() Clínica especializada com corpo clínico

() Hospital geral

() Outro: _____

4. MODALIDADES DE INTERNAÇÃO QUE O ESTABELECIMENTO SE HABILITA A RECEBER

() Acolhimento/internação VOLUNTÁRIA

() Internação INVOLUNTÁRIA — declarando dispor de corpo clínico e de condições técnicas e sanitárias para tanto, na forma da Lei Federal nº 10.216/2001

A modalidade efetivamente habilitada será definida no parecer da Comissão Técnica (seção 6 do Anexo II), com registro vinculante para a Central de Regulação. Registre-se que a internação involuntária depende de laudo médico circunstanciado e de retaguarda clínica compatível (arts. 6º e 8º da Lei Federal nº 10.216/2001).

5. CAPACIDADE

Capacidade máxima autorizada na licença sanitária (nº de acolhidos): _____

Nº de vagas disponibilizadas ao Município de Brusque: _____

Declaro estar ciente de que a disponibilização de vagas NÃO assegura demanda mínima nem direito subjetivo a qualquer quantitativo de mensalidades.

6. RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome: _____

Profissão: _____

Conselho/nº de inscrição: _____

Natureza do vínculo: _____

7. REPRESENTANTE LEGAL

Nome: _____

CPF: _____

Cargo: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

8. DECLARAÇÕES E REQUERIMENTO

O interessado acima identificado REQUER o seu credenciamento para a prestação dos serviços objeto do chamamento público, e DECLARA que:

- aceita integralmente as condições padronizadas do Edital, do Termo de Referência e de seus anexos, inclusive o valor de mensalidade previamente fixado pela Administração, que reconhece como suficiente à integral execução do objeto;
- está ciente de que o credenciamento não gera direito adquirido à contratação, à manutenção de vagas ou a quantitativo mínimo, e de que a demanda será distribuída segundo os critérios objetivos do item 7.2 do Termo de Referência;
- obriga-se a manter, durante toda a vigência, as condições de habilitação exigidas, comunicando imediatamente qualquer alteração;
- está ciente da VEDAÇÃO ABSOLUTA de cobrança de qualquer valor do paciente, de seus familiares ou de terceiros, a qualquer título;
- autoriza a realização de visita técnica de verificação e de visitas de fiscalização a qualquer tempo, independentemente de aviso prévio;
- apresenta, em anexo, a documentação relacionada no Anexo II – Critérios de Habilitação Técnica e Sanitária.

Declara, por fim, sob as penas da lei, a veracidade de todas as informações prestadas.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do representante legal

Nome: _____

Cargo: _____

CPF: _____