

ANEXO “ A ”



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL GERAL DE CURITIBA

SEÇÃO SAMMED / FUNDO DE SAÚDE DO EXÉRCITO - FuSEx
e-mail: hgecfusexcontratos@gmail.com

EDITAL DE CREDENCIAMENTO – INEXIGIBILIDADE Nº 009/2019.
(Processo Administrativo nº 64578.001333/2019-12)

MODELOS DE DOCUMENTOS PARA PREENCHIMENTO

Os modelos de documentos abaixo relacionados fazem parte do processo de credenciamento de Organizações Civas de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomo (PSA) interessadas na prestação de serviços complementares de assistência médico-hospitalar, ambulatorial, atendimento de emergência/urgência em regime de 24 (vinte e quatro) horas diárias, atenção domiciliar, odontológica e de reabilitação aos beneficiários do Sistema de Assistência Médico Hospitalar (SAMEx).

OBS: ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO: Por meio do correio eletrônico hgecfusexcontratos@gmail.com a OCS e/ou PSA **deverá solicitar o agendamento** da data e do horário para a entrega dos documentos necessários para o credenciamento, previstos no Edital.

Modelo nº 01 - Requerimento para Credenciamento;

Modelo nº 02 - Ficha Cadastro;

Modelo nº 03 - Declaração de ausência de servidor no quadro funcional;

Modelo nº 04 - Modelo de Carta Proposta;

Modelo nº 05 - Declaração do Trabalho do Menor;

Modelo nº 06 - Carta de Interesse;

Modelo nº 07 - Termo de Ajuste Prévio;

Modelo nº 08 - Declaração de Fatos Impeditivos;

Modelo nº 09 - Capa de Fatura;

Modelo nº 10 - Pedido de Internação;

Modelo nº 11 - Declaração de trabalho forçado ou degradante e reserva de cargos para pessoa com deficiência ou para reabilitado da previdência social e que atendam às regras de acessibilidade;

Modelo nº 12 – Modelo de Declaração de Sustentabilidade Ambiental.

MODELO nº 01
Requerimento para Credenciamento OCS

(Timbre ou dados OCS/PSA)

Ao Sr Diretor do Hospital Geral de Curitiba

1. (Razão Social da empresa/nome do PSA), estabelecido à (rua) (nº), (complemento), (bairro), (CEP), (cidade), (telefones), inscrito no CNPJ/CPF sob o nº _____, na condição de Organização Civil de Saúde (OCS) ou Profissionais de Saúde Autônomo (PSA), inscrito no Conselho Fiscalizador/Entidade de Classe (nome) sob o nº de registro _____, vem requerer o Credenciamento para prestar serviços na área de Saúde, com especialidade principal em _____, aos beneficiários do Sistema de Assistência Médico Hospitalar (SAMEx), constituído para atender aos ex-combatentes, seus dependentes e pensionistas, Fundo de Saúde do Exército (SAMMED/FuSEx), aos usuários do Fator de Custo e aos servidores beneficiários da Prestação de Assistência à Saúde Suplementar dos Servidores Civis do Exército Brasileiro (PASS), e seus dependentes,

2. Para efeito deste requerimento, seguem anexos os documentos especificados no **Edital de Credenciamento nº 09/2019**, do Hospital Geral de Curitiba, com o qual **DECLARO estar de pleno acordo** em todas as suas cláusulas e condições.

3. Disponibilizo para prestar quaisquer esclarecimentos relativos a esta proposta, bem como para agendamento da vistoria técnica: (nome do contato, função e telefone).

3.1. Informo, ainda, que está designado a representar legalmente e intervir pelo(a) (nome da OCS/PSA), o Sr(a) (nome do representante), (nº documento de identidade).

Curitiba/PR, ____ de _____ de 20____.

(Nome do Representante Legal/OCS

(nº cédula de identidade e CPF)

MODELO nº 02

Ficha Cadastro de Organização Civil de Saúde (OCS) ou *Profissionais de Saúde Autônomo (PSA)*



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL GERAL DE CURITIBA

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 09/2019
(Processo Administrativo nº 64578.001333/2019-12)

Razão Social ou Nome:	(Ex: Modena & Modena Ltda)
Nome fantasia:	(Ex: Hospital Cardiológico Xxxxxx)
Especialidade principal:	(Ex: Cardiologia)
Diretor:	(Ex: Alberto Xxxxxx Xxxxxx)
CNP ou CPF:	(Ex: 99.999.999/0001-99)
Endereço sede:	(Ex: Av. XXXXXXXXXXX, nº xxx, Bairro, Curitiba-PR, CEP 99999-999)
Telefone geral:	(Ex: (41) 9999-9999 – para contato pelos pacientes)
FAX geral:	(Ex: (41) 8888-8888)
E-mail geral:	(Ex: xxxxxxxx@xxxxxxx.com.br)
Endereço Internet:	(Ex: Http://www.xxxxxxxxxxxxxx.com.br)
Domicílio bancário para pagamento:	(Ex: Conta: 9999 Agência: 99999-9 Banco: Banco do Brasil)
E-mail Institucional:	(este e-mail será usado para emitir NF e contatos em geral)

CONTATOS				
	Responsável	Telefone	FAX	e-mail
Direção:	Xxxxxx	(41) 9999-9999	(41) 9999-9999	xx@xx.com.br
Contratos:	Xxxxxx	(41) 9999-9999	(41) 9999-9999	xy@xx.com.br
Faturamento:	Xxxxxx	(41) 9999-9999	(41) 9999-9999	xw@xx.com.br
LOCAIS DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS				
SERVIÇOS	LOCAL			HORÁRIO DE ATENDIMENTO
Exames ambulatoriais	Rua Xxxxxx Xxxxx, nº 999, Bairro, Curitiba-PR, CEP 77777-777, Telefone: (41) 6666-6666			Das xxxx hs: às xxx hs
Atendimento emergencial	Rua Xxxxxx Xxxxx, nº 999, Bairro, Curitiba-PR, CEP 44444-444			24 horas
Agendamento de Internamento eletivo	Rua Xxxxx Xxxxx, nº 999, Bairro, Curitiba-PR, CEP 44444-444, Fone: (41) 6666-6666			Das xxxx hs: às xxxx hs e das xxxx hs às xxxxx hs

Curitiba/PR, de de 20

 (Nome do Representante Legal/OCS)

(nº cédula de identidade e CPF)

MODELO nº 03

Declaração de ausência de servidor no quadro funcional de Organização Civil de Saúde (OCS)

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE SERVIDOR NO
QUADRO FUNCIONAL DE ORGANIZAÇÕES CIVIS DE SAÚDE (OCS)**

(Razão Social da Empresa), inscrito no CNPJ sob o nº
....., com sede na (endereço completo)
....., **DECLARA**, sob as penas da Lei,
de QUE NÃO HÁ em seu quadro funcional, qualquer Servidor Civil ou Militar (da ativa,
reconvocados ou prestadores de tarefa por tempo certo) pertencentes ao Ministério da Defesa.

Curitiba/PR, de de 20.....

(Nome do Representante Legal/OCS)

(nº cédula de identidade e CPF)

MODELO nº 04
MODELO DE CARTA PROPOSTA



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL GERAL DE CURITIBA

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 09/2019
(Processo Administrativo nº 64578.001333/2019-12)

CARTA PROPOSTA

Razão Social ou Nome:		CNPJ ou CPF:
Endereço:		Telefone/fax:
Área de Atuação:	Especialidade:	
Representante Legal:		CPF:

1. O interessado acima identificado vem requerer à Comissão de credenciamento de Organização Civil de Saúde (OCS) ou **Profissionais de Saúde Autônomo (PSA)** do Hospital Geral de Curitiba a respectiva habilitação para contratação, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº 009/ 2019, e em seus anexos, inclusive com os valores e instruções constantes do REFERENCIAL DE CUSTOS /2019. **Para tanto, foram devidamente anexadas às documentações exigidas, bem como prestadas as informações a seguir:**

1) Relação do Corpo Clínico	
Nome	Registro Conselho

2) Relação de Serviços:	Idade do paciente:

3) Relação de Equipamentos Técnicos:

4) Dias e Horários de Atendimento:

5) Dados Bancários:		
Banco:	Agência:	Conta Corrente:

6) Endereço eletrônico para recebimento de informações (E-mail):
--

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

1. HABILITAÇÃO JURÍDICA	

2. REGULARIDADE FISCAL	

3. DECLARAÇÃO	

4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA	

Curitiba/PR, de de 20.....

(Nome do Representante Legal/OCS
(nº cédula de identidade e CPF)

MODELO nº 05
DECLARAÇÃO DO TRABALHO DO MENOR

DECLARAÇÃO

(Razão Social da Empresa ou Nome), inscrita no CNPJ ou CPF sob o nº, com sede

DECLARA, para fins do disposto no Inciso V do artigo 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1983, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não possui em seu quadro de pessoal empregado (s) com menos de 18 (dezoito) anos de idade em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e em qualquer trabalho menores de 16 (dezesesseis) anos de idade, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos de idade.

RESSALVA:

Emprega menor, a partir de quatorze anos de idade, na condição de aprendiz?

SIM

NÃO

Curitiba/PR, de de 20.....

(Nome do Representante Legal/OCS
(nº cédula de identidade e CPF)

Obs: Este documento deverá ser remetido a cada 12 (doze) meses ao credenciante.

MODELO nº 06
Carta de Interesse

CARTA DE INTERESSE

Curitiba, ____ de _____ de 20_.

Ao Sr Diretor do Hospital Geral de Curitiba
Fundo de Saúde do Exército (FuSEx) .

ASSUNTO: RENOVAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

Prezado Sr Diretor,

Venho por meio deste instrumento administrativo, manifestar o interesse em **renovar o credenciamento** entre (OCS - CNPJ) e o Hospital Geral de Curitiba – FuSEx, tendo em vista o término da vigência do último (**Termo Aditivo**) em ____ de _____ de 20____.

(assinatura e nº de identidade do representante legal e CPF)
(Escrever o nome completo e/ou o carimbo)

MODELO nº 07
TERMO DE AJUSTE PRÉVIO

TERMO DE AJUSTE PRÉVIO

1. IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO CIVIL DE SAÚDE

Nome da Organização Civil de Saúde (OCS):

.....

Rua Nº.....

Cidade UF.....

2. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO/RESPONSÁVEL

Nome do beneficiário:

Nome do responsável:

3. IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

Nome do médico assistente:

CRM

CPF.....

4. O beneficiário ou seu dependente, o hospital e o médico assistente, acima referidos, ajustam entre si as seguintes condições:

4.1. Sobre-preço das instalações hospitalares especiais, livremente escolhidas pelo beneficiário ou seu responsável, limitado à tabela de preços para a clientela particular, considerada a dedução do valor da diária paga pelo Hospital Geral de Curitiba:

4.1.1. R\$

4.2. Complementação de honorários profissionais do médico assistente, conforme constar do Termo de Credenciamento firmado, e de até 100% (cem por cento) dos valores constantes da tabela da AMB, adotada pela Previdência Social:

4.2.1. R\$

5.OBSERVAÇÕES:

5.1. Para cada médico ou odontólogo, que assistir ao paciente, deverá ser firmado um Termo de Ajuste Prévio.

5.2. A Região Militar /Unidade Gestora (RM/UG)-FuSEx não se responsabilizará pelos valores que excederem aos previstos no Termo de Credenciamento estabelecidos.

5.3. Este ajuste não autoriza a cobrança de taxas não previstas em Termo de Credenciamento assinado entre a OCS e o Exército Brasileiro, de quaisquer naturezas.

5.4. O presente documento deverá ser emitido em quatro vias, com a seguinte destinação:

5.4.1. 1ª via - beneficiário ou responsável.

5.4.2. 2ª via – RM/UG-FuSEx.

5.4.3. 3ª via – hospital.

5.4.4. 4ª via - médico assistente.

Curitiba, PR de de 20.....

Assinatura do beneficiário/Responsável

Assinatura do médico assistente

CRM

MODELO nº 08
DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS

DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS

(Razão Social da empresa ou Nome), inscrita no CNPJF sob o nº (nº CNPJ/CPF) sediada na (endereço completo) declara, sob as penas da Lei, que até a presente data **INEXISTEM FATOS IMPEDITIVOS** para a sua habilitação no presente processo de credenciamento constante no **Edital de Credenciamento de OCS nº 009/2019-FuSEx, do Hospital Geral de Curitiba**, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Curitiba/PR, ____ de _____ de 20..... .

(assinatura e nº de identidade do representante legal e CPF)
(Escrever o nome completo e/ou o carimbo)

CAPA DE FATURA



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL GERAL DE CURITIBA

CAPA DE FATURA

<input type="checkbox"/> FUSEX	<input type="checkbox"/> AGUARDANDO PREC CP	<input type="checkbox"/> EX-COMBATENTE
<input type="checkbox"/> PASS – EB	<input type="checkbox"/> PASS-EB ISENTO	<input type="checkbox"/> ISENTO

OCS ou PSA	<i>Razão social (clínicas ou hospitais)</i>
CNPJ ou CPF	111.222.333-44
ENDEREÇO	<i>Rua xxxx yyyyy, nº 10, Bairro: zzzzz, Cidade: São José dos ...</i>
DADOS BANCÁRIOS	<i>Banco: 001 Agência: 0000-X Conta corrente: 00000-1</i>

Nº ORD	DATA GUIA	Nº GUIA	NOME DO PACIENTE	PREC, PASS ou RG (isento)	DESCRIÇÃO/ CÓDIGO (AMB OU CBHPM)	VALOR
01	03/07/2014	38519	MADALENA DA SILVA	98276758000	-ANTI ENDOMISIO	6,00
					Exame x	10,00
					-FAN	4,00
02	05/07/2014	38523	MARIA PEREIRA	96000000100	-ANTI-SM	3,00
03	01/07/2014	24016	FABIO	34000000000	ELETROFORESE	12,00
					LEPTOSPIROSE	5,00
04	08/07/2014	24020	JOSEFINA	98000000000	ELETROFORESE	12,00
05	08/07/2014	24031	PEDRO	98000000000	XXXX	8,01
T O T A L						60,01

Curitiba/PR, ____ de _____ de 20..... .

(assinatura, nº de identidade e nº do CPF do responsável pelo setor de faturas/comercial ou similar)
(Escrever o nome completo e/ou o carimbo)

Observações para a confecção e apresentação da FATURA

- **ANEXAR:**
 - GUIAS (assinadas pelo usuário);
 - PEDIDO MÉDICO;
 - RELATÓRIO CIRÚRGICO; e
 - LAUDO(s) DO(s) EXAME(s), se for o caso.
- Os documentos podem ser apresentados na forma de retrato ou paisagem.
- Deve ser lançado por Guia de Encaminhamento e somado o valor dos procedimentos da fatura.
- Acrescentar ou retirar linhas ou linhas menores (de procedimentos) conforme necessidade.
- Confeccionar esta fatura em 03 (três) vias.
- Guardar a 3ª via da fatura após protocolada no FUSEx, para caso necessário, solicitar informações posteriormente.
- Faturas apresentadas em desacordo com o modelo não serão recebidas.

MODELO nº 10
PEDIDO DE INTERNAÇÃO

PEDIDO DE INTERNAÇÃO

1. Solicito ao Fundo de Saúde do Exército (FuSEx) autorização para tratamento do(a) paciente:

1.1. Nome do Paciente:

1.2. Nº do PREC CP ou matrícula do SIAPE _____, no Hospital Geral de Curitiba.

1.3. Nome da Organização Civil de Saúde (OCS):
.....

1.4. Com Diagnóstico de:

1.5. CID:

1.6. Cujos principais sinais e sintomas são:

.....
.....
.....

1.7. Justificativa para internação:

.....
.....
.....

1.8. Caráter da Internação:

- Eletiva
 Urgência/Emergência

1.9. Tipo de tratamento:

- Clínico
 Cirúrgico

1.10. Procedimentos:

Descrição dos Procedimentos (tratamento)	Quantidade	Código AMB

1.11. Data da internação: __/__/____

1.12. Data da cirurgia: __/__/____ (se o tratamento for cirúrgico)

1.13. Previsão do tempo de hospitalização:

1.14. Materiais especiais?

Não

Sim, descrição:

.....
.....
.....

Curitiba, PR de de 20.....

Assinatura e carimbo do médico

MODELO nº 11
DECLARAÇÃO DE TRABALHO FORÇADO OU DEGRADANTE

DECLARAÇÃO DE TRABALHO FORÇADO OU DEGRADANTE E RESERVA DE CARGOS PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA OU PARA REABILITADO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E QUE ATENDAM ÀS REGRAS DE ACESSIBILIDADE

(Razão Social da empresa ou Nome),
inscrita no CNPJF ou CPF sob o nº sediada
na (endereço completo)
.....

DECLARA que:

Para fins do disposto nos incisos III e IV do artigo 1º e no inciso III do artigo 5º da Constituição Federal de 05 de outubro de 1988, que não possui em minha cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado.

Atendo à reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e às regras de acessibilidade previstas na legislação, conforme disposto no artigo 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

Curitiba/PR, ____ de _____ de 20 ____.

(assinatura e nº de identidade do representante legal e CPF)
(Escrever o nome completo e/ou o carimbo)

MODELO nº 12
MODELO DE DECLARAÇÃO DE SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

MODELO DE DECLARAÇÃO DE SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

_____ (nome completo da empresa) inscrita no CNPJ nº:
_____, com sede na _____ (endereço completo), por
intermédio de seu representante legal, o(a) Sr.(a) _____, infra-assinado,
portador(a) da Carteira de Identidade n.º _____ e do CPF/MF n.º _____ para os
fins de prestação de serviços como de OCS/PSA no Edital 09/2019, DECLARA expressamente que
atende aos critérios de qualidade ambiental e sustentabilidade socioambiental, respeitando as normas
de proteção do meio ambiente, em conformidade com a INSTRUÇÃO NORMATIVA nº 01, de 19 DE
janeiro de 2010 (IN 01/2010-SLT).

Por ser expressão da verdade, firmamos o presente.

Curitiba, PR _____ de _____ de 20____.

(assinatura e nº de identidade do representante legal e CPF)
(Escrever o nome completo e/ou o carimbo)