**ANEXO II AO EDITAL – MODELO DE CARTA PROPOSTA**

 (PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO INTERESSADA)

À

Diretoria de Saúde do CBMDF

Seção de Credenciamento

Endereço: Diretoria de Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal – sito ao SAIS – Qd. 04 Lote 05 – sala SACRE – Asa Sul – CEP 70602-900–Brasília – DF.

|  |
| --- |
| **Dados empresariais (Matriz)** |
| Nome Empresarial |  |
| Nome Fantasia |  |
| CNPJ |  |
| Endereço |  |
| CEP |  |
| Telefone |  |
| E-mail |  |
| **Dados Bancários** |
| Nome do Banco |  |
| Agência |  |
| Conta corrente |  |

|  |
| --- |
| **Dados empresariais (Filial 1, Adicionar uma tabela como essa para cada filial)** |
| Nome Empresarial |  |
| Nome Fantasia |  |
| CNPJ |  |
| Endereço |  |
| CEP |  |
| Telefone |  |
| E-mail |  |

A instituição conforme os dados fornecidos acima, vem requerer seu credenciamento junto a esta Corporação, no intuito de prestar seus serviços aos beneficiários do Sistema de Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, visto que se enquadra ao previsto no(s) subitem(s) listados na tabela abaixo, conforme Editais de Credenciamento em saúde do CBMDF, a saber:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº Subitem** | **Descrição** |
| 4.50 | Clínicas de ortopedia |
| 4….. | Clínicas de …. |

Compromete-se desde já a oferecer, dentro da referida modalidade de atividade, os seguintes serviços:

O TEXTO DEVE CONTER AS SEGUINTES INFORMAÇÕES:

- Descrever todos os serviços que serão prestados. Se forem muitos, favor generalizar os itens de forma a abarcar todas as atividades que serão prestadas;

- Breve apresentação das atividades por unidades (matriz e filiais);

- Dias e horários de funcionamento das atividades por unidades;

- Descritivo dos ambientes/instalações físicas existentes por unidades;

- Levantamento dos aparelhos, equipamentos, maquinários e materiais relevantes existentes por unidades ( série, modelo, fabricante).

(EXEMPLO)

“Realizamos, consultas, infiltrações, imobilizações gessadas e não gessadas entre tantos outros procedimentos da área de ortopedia, tanto na matriz, quanto na filial.

Somos uma clínica especializada em Ortopedia e Clínica da dor (Tratamento especializado para pacientes de dor crônica).

Possuímos uma estrutura que foi desenvolvida para o melhor atendimento de nossos pacientes/clientes, com isso temos capacidade para receber os pacientes ambulatoriais e também os de urgência na área ortopédica.

Realizamos, consultas, infiltrações, imobilizações gessadas e não gessadas entre tantos outros procedimentos da área de ortopedia, tanto na matriz, quanto na filial.

A matriz conta com: 1 recepção, 3 consultórios, 2 banheiros (1 PNE), 1 sala de gesso e 1 sala de procedimentos; A filial possui: 1 recepção, 2 banheiros (1 PNE), 2 consultórios, 1 sala de gesso e 1 sala de procedimentos.

Nosso horário de atendimento na matriz e na filial é de segunda à sexta 8:00 às 18:00.

A clínica possui um aparelho de Ondas de Choque da marca BTL, 4 computadores e 8 aparelhos de ar condicionado.”

|  |
| --- |
| **SUBITEM 4.50 - PROCEDIMENTOS DE ORTOPEDIA** |
| **Código TUSS** | **Descrição** |
| 10101012  | CONSULTA EM CONSULTÓRIO  |
| 20103301  | INFILTRAÇÃO DE PONTO GATILHO |
| … | … |

|  |
| --- |
| **SUBITEM 4.XX - PROCEDIMENTOS DE XXXXXXXXX (Adicionar todos os procedimentos que a clínica vai disponibilizar para cada subitem)** |
| **Código TUSS** | **Descrição** |
| XXXXXXX  | CONSULTA XXXXXXXXX  |
| XXXXXXX  | XXXXXXXX |
| … | … |

Para prestar quaisquer esclarecimentos relativos a esta proposta, bem como para acompanhamento da habilitação ao credenciamento e contratação, favor contatar o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pelo telefone nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Whatsapp nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Para efeito do ora requerido, seguem anexos os demais documentos exigidos pelo Edital de Credenciamento, pelo qual esta empresa declara estar de pleno acordo com todas as suas cláusulas e condições, bem como assegura que todas as informações e documentos apresentados para o processo de habilitação ao credenciamento em saúde são verídicos e autênticos.

Informamos também que o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comunicável pelo telefone nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , Whatsapp nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fica instituído(a), neste ato, como preposto, dotado de plenos poderes para representar legalmente e intervir em nome desta interessada.

Brasília – DF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

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

 (Nome completo e assinatura do(s) representante(s) legal(is))

(nº do(s) RG(s))

(nº do(s) CPF(s))