

IMPRIMIR NO PAPEL TIMBRADO DA ENTIDADE

ANEXO I

Ao Senhor(a) Diretor(a) do DCEBAS/SAS/MS
REQUERIMENTO DE CEBAS-SAÚDE

Nome da Entidade:		
CNPJ n°:	CNES n°:	CPF n°:
Nome do Representante Legal:		
Endereço:		Município:
CEP:	Telefone/Fax:	E-mail:

Vem REQUERER a Vossa Senhoria, com base na Lei nº 12.101, de 2009, e suas alterações, no Decreto nº 7.237, de 2010, e suas alterações, e nesta Portaria.

- () CONCESSÃO do CEBAS-Saúde; ou
() RENOVAÇÃO do CEBAS-Saúde

Atuação na: Assistência Social () SIM ou () NÃO; Educação () SIM ou () NÃO

Formas pelas quais pretende comprovar sua condição de Entidade Beneficente de Assistência Social na área da Saúde, conforme relação abaixo:

()	Pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento).
()	Pela prestação anual de serviços ao SUS em percentual menor que 60% (sessenta por cento), e por aplicação de percentual da receita efetivamente recebida da prestação de serviços de saúde em gratuidade.
()	Pela aplicação do percentual de 20% (vinte) por cento de sua receita efetivamente recebida da prestação de serviços de saúde em gratuidade, cujos serviços de saúde não foram objeto de contratação pela ausência de interesse do gestor do SUS.
()	Pela realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, complementados ou não pela prestação de serviços ambulatoriais e/ou de internação hospitalar.
()	Pelo estabelecimento de parcerias.
()	Pela aplicação do percentual de 20% (vinte) por cento do valor total das isenções usufruídas em prestação de serviços gratuitos a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme art. 110 da Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010.

Declaro estar ciente das normas e exigências fixadas na Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, no Decreto nº 7.237, de 20 de julho de 2010, em suas alterações e nesta Portaria.

_____/_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Representante Legal

OBSERVAÇÕES

- Se a entidade requerente for mantenedora de outro(s) estabelecimento(s) deverá prestar as informações constantes do Quadro I, anexo.
- Se a entidade requerente for gestora de outro estabelecimento por força de contrato de gestão, deverá prestar as informações referente(s) ao(s) estabelecimento(s) sob sua gestão, constante do Quadro II, anexo.
- Se a entidade requerente mantém parceria, deverá prestar as informações constantes no Quadro III.
- Se a entidade atua em mais de uma das áreas previstas na Lei nº 12.101, de 2009, deverá comprovar sua condição de beneficente instruindo o requerimento com os documentos estabelecidos no Decreto regulamentador, necessários para certificação em cada uma das áreas de atuação da entidade e, especificamente, no que se refere à área da saúde, com os documentos correspondentes à forma de comprovação assinalada acima.
- É obrigatório, no que couber, o preenchimento de todas as informações solicitadas.

QUADRO I

ESTABELECEMENTOS COM A MESMA PERSONALIDADE JURÍDICA MANTIDOS PELA REQUERENTE. (Se houver)

01 - Razão social da instituição: CNES:		
02 - Endereço da instituição (rua, avenida, nº):		
03 - Bairro:	04 - Município:	05 - UF:
06 - CEP:	07 - Caixa Postal:	08 - DDD - Telefone:
09 - Fax: (xx)	10 - E-mail:	CNPJ:

Observação:

Consideram-se estabelecimentos mantidos as instituições cuja extensão do CNPJ seja a mesma da entidade mantenedora, modificado apenas pelo nº sequencial após a barra.

Exemplo: CNPJ da Entidade Mantenedora: 99.999.824/0001-54 - CNPJ de Estabelecimento Mantido: 99.999.824/0002-28.

Caso não possua estabelecimento mantido, deverá registrar a observação:

"Não é mantenedora de outro estabelecimento com atuação na área da saúde, educação e/ou assistência social"

Caso os espaços acima não sejam suficientes, apresentar relação, em separado, para cada uma das situações, contendo as mesmas informações dos quadros anteriores.

QUADRO II

ENTIDADES NAS QUAIS A ENTIDADE REQUERENTE ATUA MEDIANTE CONTRATO DE GESTÃO (Informação da entidade sob gestão)

01 - Razão social da instituição: CNES:		
02 - Endereço da instituição (rua, avenida, nº):		
03 - Bairro:	04 - Município:	05 - UF:
06 - CEP:	07 - Caixa Postal:	08 - DDD - Telefone:
09 - Fax: (xx)	10 - E-mail:	CNPJ:

Observação: caso os espaços acima não sejam suficientes, apresentar relação, em separado, para cada uma das situações, contendo as mesmas informações dos quadros.

QUADRO III

RELACIONAR A(S) ENTIDADE(S) COM A(S) QUAL(IS) A ENTIDADE REQUERENTE MANTÉM PARCERIA, DESDE QUE ESTAS (as parceiras) SEJAM ENTIDADES PRIVADAS, SEM FINS LUCRATIVOS (Se houver.)

01 - Razão social da instituição: CNES:		
02 - Endereço da instituição (rua, avenida, nº):		
03 - Bairro:	04 - Município:	05 - UF:
06 - CEP:	07 - Caixa Postal:	08 - DDD - Telefone:
09 - Fax: (xx)	10 - E-mail:	CNPJ:

Observação: caso os espaços acima não sejam suficientes, apresentar relação, em separado, para cada uma das situações, contendo as mesmas informações dos quadros acima.

ANEXO II AÇÕES DE GRATUIDADE

1. Casa de apoio: manutenção de instalações físicas que visem apoio e suporte a pacientes em trânsito para tratamento: atenção à mulher, atenção à criança, atenção oncológica, dependentes químicos, entre outras;
2. Apoiar a gestão local na formação de profissionais da área de saúde;
3. Promover ações de educação em saúde coletiva junto à população local, no intuito de promover a melhoria de práticas de alimentação saudável com foco nas diretrizes do Ministério da Saúde, atividades corporal e física, prevenção e controle de tabagismo, redução da morbimortalidade e do uso abusivo de álcool e drogas, aprovadas pelo gestor do SUS;
4. Apoiar o gestor do SUS na realização de campanhas no intuito de promover a doação de órgãos, sangue, fortalecimento do aleitamento materno exclusivo e esclarecimento sobre obesidade;
5. Promoção de atividades recreativas e lúdicas para pacientes com internações de longa permanência;
6. Criação de núcleos de avaliação, controle e monitoramento a paciente com déficit nutricional e obesidade; e
7. Outras pactuadas com o gestor do SUS.