

ANEXO IV

MODELO DE CARTA-PROPOSTA, DECLARAÇÃO DE ADERÊNCIA AO PLANO DE TRABALHO-BASE E ROTEIRO MÍNIMO DO PLANO DE AÇÃO OPERACIONAL

Orientação de preenchimento: os campos abaixo devem ser preenchidos pela entidade proponente. Quando o espaço for insuficiente, a entidade poderá anexar planilha, memória de cálculo ou documento complementar, identificando expressamente o item correspondente desta Carta-Proposta.

Destinatário	Secretaria Municipal de Saúde de Maceió/AL
Programa	Programa Municipal “Maceió Sem Demora” — Etapa I
Edital	Edital nº 001/2026
Processo Administrativo	Processo Administrativo nº 5800.65890.2026
Assunto	Apresentação de Carta-Proposta para execução de ações no âmbito do Programa Maceió Sem Demora — Etapa I
Data de apresentação / Protocolo nº	<i>[uso da SMS — registro de recebimento]</i>

A entidade abaixo identificada apresenta a presente Carta-Proposta, acompanhada das declarações de aderência e das informações operacionais mínimas necessárias à análise técnica da proposta, nos termos da Portaria SMS nº 029/2026, do Edital nº 001/2026, do Processo Administrativo nº 5800.65890.2026, da Lei Federal nº 13.019/2014 e demais normas aplicáveis.

A presente Carta-Proposta possui natureza de adesão ao Plano de Trabalho-base da Etapa I, acompanhada da demonstração da capacidade operacional da entidade, não constituindo proposta econômica autônoma nem instrumento de negociação dos parâmetros assistenciais, quantitativos, territoriais e financeiros definidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

1. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE PROPONENTE

Razão social	<i>[preencher]</i>	Nome fantasia	<i>[preencher]</i>
CNPJ	<i>[preencher]</i>	Endereço completo	<i>[preencher]</i>
Município/UF	<i>[preencher]</i>	CEP	<i>[preencher]</i>
Telefone institucional	<i>[preencher]</i>	E-mail institucional	<i>[preencher]</i>
Site ou página, se houver	<i>[preencher]</i>	Natureza jurídica	<i>[preencher]</i>

1.1. Representante legal

Nome completo	<i>[preencher]</i>	Cargo/função	<i>[preencher]</i>
CPF	<i>[preencher]</i>	RG/órgão expedidor	<i>[preencher]</i>
Telefone	<i>[preencher]</i>	E-mail	<i>[preencher]</i>

1.2. Responsável pelo acompanhamento da parceria

Nome completo	[preencher]	Função na parceria	[preencher]
CPF	[preencher]	RG/órgão expedidor	[preencher]
Telefone	[preencher]	E-mail	[preencher]

2. CARACTERIZAÇÃO DO INTERESSE RECÍPROCO

Histórico de atuação da entidade	[descrever histórico de atuação, experiência em saúde, ações assistenciais, mutirões, projetos, jornadas ou serviços correlatos]
Finalidades estatutárias compatíveis	[descrever objetivos estatutários ou regimentais relacionados à saúde, assistência, relevância pública/social ou atividades compatíveis]
Compatibilidade com o Programa Maceió Sem Demora	[descrever a aderência da atuação da entidade à ampliação do acesso, redução de filas, atenção especializada, regulação e atendimento ao SUS]
Interesse recíproco e mútua cooperação	[descrever como a entidade contribuirá para a execução da política pública, preservando a titularidade, regulação e fiscalização da SMS]

3. OBJETO, ESCOPO ASSISTENCIAL E ADERÊNCIA AO PLANO DE TRABALHO-BASE

Objeto proposto	[descrever, de forma objetiva, as ações assistenciais que pretende executar, total ou parcialmente, no âmbito da Etapa I]
Aderência ao Plano de Trabalho-base	[confirmar ciência e aderência aos parâmetros assistenciais, financeiros, operacionais, regulatórios e territoriais definidos pela SMS]
Meta física que a entidade se propõe a executar	[informar quantidade total estimada a executar no período da parceria, dentro dos quantitativos e da distribuição territorial definidos no Plano de Trabalho-base]
Prazo de início após formalização	[informar prazo em dias]
Observações gerais	[preencher, se necessário]

As informações dos itens 3 a 11 constituem roteiro mínimo do Plano de Ação Operacional da entidade, podendo ser complementadas por documento anexo, especialmente para detalhamento de rotas, cronograma territorial, memória de cálculo, equipe, unidades móveis, fluxo assistencial, controle de absenteísmo, integração com a Regulação Municipal e forma de registro e comprovação da produção.

4. QUADRO DE ESCOPO ASSISTENCIAL PROPOSTO

Grupo / procedimento / ação	Qtd. mensal estimada	Qtd. total estimada	Local / território	Observações

Grupo / procedimento / ação	Qtd. mensal estimada	Qtd. total estimada	Local / território	Observações

Os grupos, procedimentos e valores unitários são os definidos no Plano de Trabalho-base da Etapa I. Cabe à entidade indicar exclusivamente os quantitativos que se propõe a executar e os territórios correspondentes, dentro dos parâmetros estabelecidos pela SMS.

5. ABRANGÊNCIA TERRITORIAL E ROTAS DE EXECUÇÃO

Território	Atenderá?	Locais / rotas / pontos de apoio	Capacidade	Observações
I Distrito Sanitário	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
II Distrito Sanitário	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
III Distrito Sanitário	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
IV Distrito Sanitário	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
V Distrito Sanitário	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
VI Distrito Sanitário	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
VII Distrito Sanitário	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
VIII Distrito Sanitário	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Usuários sem distrito informado / redistribuição regulatória	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

6. LOCAIS DE EXECUÇÃO, ESTRUTURAS E UNIDADES MÓVEIS

Local / estrutura	Endereço / território	Tipo (fixa, móvel, desmontável)	Equipamentos / recursos	Documento comprobatório

7. CAPACIDADE INSTALADA E PRODUTIVIDADE ESTIMADA

Dias de funcionamento previstos	[preencher]
Turnos de atendimento	[preencher]
Número de agendas ofertadas	[preencher]
Tempo médio por atendimento/procedimento	[preencher]
Capacidade diária estimada	[preencher]
Capacidade semanal estimada	[preencher]
Capacidade mensal estimada	[preencher]
Capacidade total no período da parceria	[preencher]
Memória de cálculo resumida	[descrever ou indicar anexo]

8. EQUIPE TÉCNICA, ASSISTENCIAL, ADMINISTRATIVA E DE COORDENAÇÃO

Nome / função	CBO / função	Registro	Carga horária	Vínculo / disponibilidade	Atribuições

9. EQUIPAMENTOS, INSUMOS E APOIO LOGÍSTICO

Item	Quantidade	Situação (próprio, locado, disponível)	Local de uso	Comprovação

Item	Quantidade	Situação (próprio, locado, disponível)	Local de uso	Comprovação

10. FLUXO DE ACESSO, REGULAÇÃO, ATENDIMENTO E CONTRARREFERÊNCIA

Etapa do fluxo	Descrição operacional	Responsável	Sistema / documento
Recebimento da demanda regulada			
Convocação e confirmação de usuários			
Acolhimento e conferência documental			
Execução do atendimento/procedimento			
Registro da produção			
Entrega de resultado/devolutiva			
Referência/contrarreferência			
Comunicação com a Regulação Municipal			

11. REGISTRO DA PRODUÇÃO, COMPROVAÇÃO, ABSENTEÍSMO E REPOSIÇÃO DE VAGAS

Sistemas oficiais a utilizar	<i>[PRONTO, SISREG, e-SUS, BPA, APAC, SIA/SUS, SIH/SUS ou outros indicados pela SMS, conforme a natureza do serviço]</i>
Documentos comprobatórios da produção	<i>[descrever]</i>
Forma de validação interna antes do envio à SMS	<i>[descrever]</i>
Estratégia de controle de absenteísmo	<i>[descrever]</i>
Forma de reposição de vagas	<i>[descrever, observando autorização da Regulação Municipal e fila regulada]</i>

Periodicidade dos relatórios	<i>[descrever]</i>
Responsável pelo envio das informações	<i>[preencher]</i>

12. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E EXECUÇÃO

Etapa	Prazo / período	Responsável	Entrega / observações
Mobilização da equipe			
Organização logística			
Instalação de estruturas/equipamentos			
Integração com a Regulação Municipal			
Início dos atendimentos			
Ciclos territoriais de execução			
Consolidação da produção e relatórios			

13. VALOR ESTIMADO DA PROPOSTA

Valor global estimado	R\$ <i>[preencher]</i> (<i>[valor por extenso]</i>), decorrente da aplicação dos valores unitários fixados no Plano de Trabalho-base à meta física indicada nesta Carta-Proposta
Base de cálculo	Valores unitários fixados no Plano de Trabalho-base da Etapa I, conforme referências adotadas pela SMS (SIGTAP e tabelas aplicáveis), vedada a precificação própria pela entidade. <i>[indicar memória de cálculo anexa, se houver]</i>
Produção estimada vinculada ao valor	<i>[descrever quantitativo e grupo de procedimentos, em conformidade com o Plano de Trabalho-base]</i>
Observações sobre custos fixos/variáveis	<i>[preencher, se aplicável]</i>

13.1. Detalhamento por item

Item / rubrica / procedimento	Unidade	Quantidade	Valor unitário	Valor total

Item / rubrica / procedimento	Unidade	Quantidade	Valor unitário	Valor total
TOTAL GERAL				R\$

O valor eventualmente aprovado não autoriza pagamento ou repasse desvinculado da produção efetivamente executada, registrada, comprovada e validada pela área técnica competente, nem afasta as regras de glosa, compensação, monitoramento, fiscalização e prestação de contas.

14. DECLARAÇÕES OBRIGATÓRIAS DA ENTIDADE

Marcar	Declaração / Documento	Observações
<input type="checkbox"/>	Declara ciência e aderência integral ao Plano de Trabalho-base da Etapa I do Programa Maceió Sem Demora.	
<input type="checkbox"/>	Declara que observará a fila regulada, os critérios de priorização e os fluxos oficiais definidos pela Secretaria Municipal de Saúde.	
<input type="checkbox"/>	Declara que não realizará atendimento fora dos fluxos autorizados pela SMS, quando exigida autorização regulatória.	
<input type="checkbox"/>	Declara que não cobrará qualquer valor, taxa, complementação, material, insumo, consulta, exame ou procedimento diretamente dos usuários.	
<input type="checkbox"/>	Declara que observará a Lei Federal nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, o sigilo profissional e as normas de segurança da informação aplicáveis à saúde.	
<input type="checkbox"/>	Declara que não possui impedimento para celebrar parceria com a Administração Pública, nos termos da Lei Federal nº 13.019/2014 e demais normas aplicáveis.	
<input type="checkbox"/>	Declara que manterá regularidade jurídica, fiscal, previdenciária, trabalhista, sanitária, técnica e operacional durante a execução da parceria.	
<input type="checkbox"/>	Declara ciência de que a apresentação da Carta-Proposta não gera direito automático à aprovação, formalização do Termo de Colaboração, alocação de demanda ou recebimento de recursos.	

15. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS ANEXOS À CARTA-PROPOSTA

Marcar	Declaração / Documento	Observações
<input type="checkbox"/>	Plano de Ação Operacional, apresentado no próprio corpo desta Carta-Proposta ou em documento complementar anexo.	
<input type="checkbox"/>	Comprovação de credenciamento vigente ou protocolo de solicitação de credenciamento no Edital nº 001/2026, Processo Administrativo nº 5800.65890.2026.	
<input type="checkbox"/>	Atos constitutivos, estatuto social atualizado e ata de eleição da diretoria vigente.	
<input type="checkbox"/>	Documentos pessoais do representante legal.	
<input type="checkbox"/>	Comprovante de inscrição e situação cadastral no CNPJ.	
<input type="checkbox"/>	Certidões de regularidade fiscal, previdenciária, trabalhista, do FGTS, municipal, estadual e federal, quando aplicáveis.	
<input type="checkbox"/>	Documentos de regularidade sanitária, alvarás, licenças de funcionamento, registros profissionais e responsáveis técnicos, conforme a natureza dos serviços ofertados.	

Marcar	Declaração / Documento	Observações
()	Declaração de inexistência de impedimentos para celebração de parceria com a Administração Pública.	
()	Comprovação de experiência anterior e capacidade técnica.	
()	Demonstração da capacidade logística territorial.	
()	Relação de unidades móveis, estruturas, veículos, equipamentos e apoio operacional.	
()	Demonstração da capacidade instalada e produtividade mensal estimada, com memória de cálculo.	
()	Relação da equipe técnica, assistencial, administrativa e de coordenação operacional.	
()	Plano de integração com a Regulação Municipal e sistemas oficiais, quando apresentado em documento complementar.	
()	Cronograma de implantação e execução, quando apresentado em documento complementar.	

16. DECLARAÇÃO FINAL E ASSINATURA

Por fim, a entidade declara que as informações prestadas nesta Carta-Proposta são verdadeiras e refletem sua capacidade técnica, assistencial, administrativa, logística e operacional para execução das ações propostas, comprometendo-se a observar integralmente o Plano de Trabalho-base, a Portaria SMS nº 029/2026, o Termo de Colaboração, os fluxos da Regulação Municipal, as normas sanitárias, a LGPD, as regras de monitoramento, fiscalização, prestação de contas e a vedação de cobrança de qualquer valor ao usuário.

Maceió/AL, _____ de _____ de 2026.

[NOME DO REPRESENTANTE LEGAL]

[Cargo/Função]

[NOME DA ENTIDADE]

CNPJ nº [●] | CPF nº [●]