



CADASTRO DE FILIAÇÃO

RAZÃO SOCIAL:			
NOME FANTASIA:		ESPECIALIDADE (S):	
ENDEREÇO:		CIDADE:	
CNPJ:		ISS (CFD / DF):	
E-MAIL DA CLÍNICA/ SITE:		CEP:	
LINK DO INSTAGRAM:			
TELEFONES:		CIE/CRM-DF:	
DIAS E HORÁRIOS DE ATENDIMENTO:			
RESPONSÁVEL TÉCNICO:	CPF:	CRM-DF:	EMAIL:
CODIGO DO BANCO:	NOME DO BANCO:	AGENCIA:	Nº CONTA CORRENTE:
Nº DA CHAVE PIX:			
Representante Legal:	CPF:	RG:	Órgão Emissor: I
	E-mail:		Telefone:
Responsável pelo Credenciamento:	E-mail:		Telefone:
Responsável pelo Faturamento:	E-mail:		Telefone:

TERMO DE FILIAÇÃO E COMPROMISSO – PESSOA JURIDICA

Por meio deste, solicitamos nossa filiação junto à ASSOCIAÇÃO DO CORPO CLÍNICO DE BRASÍLIA - ACB, estabelecida SRTVS QD 701 Bl “O” nº 110 sala 821, Brasília-DF, CEP 70340-000 - Ed. Novo Centro Multiempresarial, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 26.473.934/0001-34 e no CF/DF nº 07.318.516/001-36

CLÁUSULA 1 – DO MANDATO E REPRESENTAÇÃO

Nomeamos a ACB como nossa legítima representante, outorgando-lhe poderes específicos para a negociação de tabelas, formalização de convênios e quitação, junto à rede conveniada pública e/ou privada, para os seguintes fins:

SRTVS QD 701 Bl “O” nº 110 sala 821, Brasília-DF, CEP 70340-000 - Ed. Novo Centro Multiempresarial /
Nº dos telefones (61) 3248-1699 / 3041-8988 / E-mail: acbhbprestador@gmail.com/ acbfiliacaomedica@gmail.com



1.1. Atuar em nosso nome para o recebimento de honorários médicos pelos serviços prestados aos associados e/ou funcionários dos conveniados da rede pública e privada, bem como administrar a distribuição desses valores de acordo com as normativas vigentes.

1.2. Representação perante convênios, como Sociedade de Profissão Regulamentada, exercendo suas atividades nas dependências do Hospital Brasília, hospitais e clínicas de Brasília e entorno.

CLÁUSULA 2 – DA RETENÇÃO ADMINISTRATIVA

Como associados desta entidade sem fins lucrativos, contribuiremos com a importância relativa a 5% (cinco por cento) incidente expressamente sobre o valor bruto dos honorários repassados pela Associação (ACB) à nossa firma, para fins de manutenção da estrutura administrativa da entidade.

CLÁUSULA 3 – DA INDEPENDÊNCIA E BLINDAGEM DE RESPONSABILIDADE

3.1. Declara-se que não há vínculo empregatício entre os sócios desta Sociedade de Profissão Regulamentada e a ACB, Hospital Brasília, Centro Médico ou qualquer outro conveniado da rede pública e/ou privada. Os honorários médicos recebidos correspondem unicamente aos serviços prestados.

3.2. A pessoa física ou jurídica filiada assume integral e exclusivamente a responsabilidade civil, penal, administrativa e ética por atos de seus sócios e prepostos.

3.3. A filiada isenta a ACB de qualquer litígio, bem como de qualquer responsabilidade solidária ou subsidiária oriunda da prestação dos serviços médicos.

3.4. Direito de Regresso e Retenção:

Caso a ACB venha a sofrer qualquer condenação, bloqueio judicial (BacenJud/SisbaJud), autuação ou penalidade pecuniária em decorrência de demandas trabalhistas, tributárias, cíveis ou éticas de responsabilidade da filiada, fica a ACB expressamente autorizada a reter e compensar estes valores diretamente dos honorários médicos a serem repassados à referida filiada, sem prejuízo da cobrança de perdas e danos.

CLÁUSULA 4 – DOS REPASSES E TRIBUTOS

Sobre os honorários recebidos e a serem repassados pela Associação (ACB) a esta Sociedade de Profissão Regulamentada, deverão ser efetuados os descontos inerentes à legislação tributária vigente, como: IRRF, ISS, PIS, CSLL, COFINS, e OUTROS DESCONTOS, informados e descontados no corpo da Nota Fiscal. O repasse dos honorários médicos será creditado nos bancos do Brasil e Bradesco; caso a clínica opte por outro banco, a ACB repassará a taxa de DOC/TED como despesa para a clínica.

CLÁUSULA 5 – DA DUE DILIGENCE E DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

No ato da filiação, e para fins de rigorosa verificação pregressa (*Due Diligence*), o ingresso e a manutenção do filiado ficam condicionados à apresentação de originais, cópias e atualização periódica do seguinte acervo documental:

- a) Contrato Social e alterações;
- b) CNPJ;
- c) CF/DF (ISS);
- d) Alvará de Funcionamento (SES);
- e) Licença para Funcionamento (SES);
- f) CIE/CRM-DF (pessoa jurídica e física) ou carteira regional de outra área da saúde;
- g) Termo de RT (Responsável Técnico);
- h) Diploma, Título de Especialidade, CRM, Registro Regional em Saúde, CPF e RG;
- i) Comprovante bancário em nome da empresa;
- j) Declaração de Regime Tributário (Lucro Presumido, Lucro Real ou Simples Nacional);
- k) Certidões Negativas de Débitos (CND) Tributários e Previdenciários (Federal e Distrital/Estadual);
- l) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) e Certificado de Regularidade do FGTS;
- m) Certidões de Distribuição Cível e Criminal (Justiça Comum e Federal) da PJ e de seu Responsável Técnico;
- n) Certidão de "Nada Consta" Ético-Profissional perante o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Primeiro. A filiada declara conhecer e se obriga a cumprir rigorosamente a legislação aplicável, em especial a Lei Anticorrupção Brasileira (Lei nº 12.846/2013), abstendo-se de oferecer ou receber vantagens indevidas na prestação de seus serviços médicos.

Parágrafo Segundo. A filiada obriga-se a comunicar à ACB, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, a ocorrência de qualquer citação judicial, investigação ética no CRM, ou suspensão de alvarás que possam impactar a prestação dos serviços e a imagem da Associação



CLÁUSULA 6 – DAS SANÇÕES E SUSPENSÃO

O não cumprimento das exigências documentais dispostas na Cláusula 5 deste instrumento implicará na suspensão do repasse dos honorários até a regularização das mesmas exigidas neste termo de filiação.

CLÁUSULA 7 – DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS (LGPD)

7.1. Para cumprir as finalidades descritas neste Termo, a ACB tratará os dados pessoais de seus afiliados, conforme as hipóteses de tratamento descritas no Art. 7º, incisos II e V da LGPD, incluindo dados financeiros e profissionais, estritamente necessários para: representação perante a rede conveniada, gestão dos valores, cumprimento de obrigações legais e regulatórias, e compartilhamento com convênios.

7.2. A ACB compromete-se a tratar os dados com segurança e confidencialidade, protegendo-os contra acessos não autorizados ou vazamentos.

7.3. Os dados serão armazenados pelo período necessário ao cumprimento das finalidades ou exigência legal.

7.4. O titular possui o direito de acesso, correção, exclusão, portabilidade, revogação do termo (na desfiliação) e solicitação de informações, podendo contatar o Encarregado de Dados pelo e-mail: protecaodedados@acb.med.br.

CLÁUSULA 8 – DA VIGÊNCIA E RESCISÃO

8.1. Este instrumento vigorará por prazo indeterminado.

8.2. Ficam estabelecidas as regras para desfiliação voluntária, exigindo-se aviso prévio formal de 60 (sessenta) dias de antecedência.

8.3. A exclusão por justa causa dar-se-á mediante critérios objetivos, como o descumprimento contumaz das cláusulas deste termo, passivos que coloquem a ACB em risco ou condutas antiéticas confirmadas.

8.4. Nos casos de suspensão de repasse por irregularidade documental (Cláusula 6), a filiada terá o prazo improrrogável de 30 (trinta) dias para regularização. O descumprimento deste prazo ensejará a exclusão imediata por justa causa.

CLÁUSULA 9 – DA ELEIÇÃO DE FORO

As partes elegem expressamente o foro de Brasília - DF para dirimir quaisquer controvérsias oriundas deste termo, com renúncia e exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

DECLARAÇÃO FINAL

**SRTVS QD 701 Bl “O” nº 110 sala 821, Brasília-DF, CEP 70340-000 - Ed. Novo Centro Multiempresarial /
Nº dos telefones (61) 3248-1699 / 3041-8988 / E-mail: acbhbprestador@gmail.com/ acbfiliacaomedica@gmail.com**



Declaramos que estamos cientes de todos os itens deste termo de filiação e assumimos a responsabilidade civil e penal pela veracidade das informações e documentação apresentadas a esta Associação – ACB, e ciência da relação de convênios em atendimentos.

Brasília, _____ **de** _____ **de** _____

Assinatura do RT (Reconhecer Firma ou Assinatura Digital)
Carimbar com o carimbo do CNPJ/MF

Observação:

A Documentação poderá ser enviada via e-mail, endereço acbfiliacaomedica@gmail.com
Apresentar em ordem conforme o ITEM 6 do TERMO DE FILIAÇÃO em um único arquivo formato PDF