Conab
Companhia Nacional de Abastecimento

ANEXO II – MATRIZ DE RISCOS

Matriz de Riscos da Contratação: Credenciamento Serviços médicos e paramedicos para atender a CONAB RN									
	Identificação				Avaliação5			Tratamento ao Risco	
	Fases[1]	Evento de Risco[2]	Causas[3]	Consequências4	Probabilidade	Impacto	Nível de Risco6 (P) x(I)	Resposta ao Evento de Risco7	Responsável8
1	Planejamento	Erro na Elaboração do Termo de Referência	Falta de Conhecimento. Falta de tempo hábil para elaboração. Falta de recursos humanos suficientes. Erro no preenchimento	Possibilidade de pagamento indevido ao contratado. Desvio do objeto do contrato. Processo Interno de Apuração de Responsabilidade	1	3	Médio	Revisão minuciosa do Termo de Referência. Estabelecimento de cronograma para realização de credenciamento.	Contratante
2	Seleção de Fornecedores	Apresentação de documentação falsa ou vencida no ato do credenciamento	Má fé ou inobservância da Proponente.	Contratação de empresa e/ou profissional indevidos	1	1	Baixo	Apresentação de Documentos originais com cópias autenticadas em cartório, ou verificação no ato do recebimento conferindo com os originais. Consulta em sites de órgãos oficiais.	Contratada/Contratante
3	Seleção de Fornecedores	Recebimento de documentação falsa ou vencida no ato do credenciamento	Imperícia/ falha na conferência da documentação.	Contratação de empresa e/ou profissional indevidos. Possibilidade de pagamento indevido ao contratado Processo Interno de Apuração de Responsabilidade.	1	1	Baixo	Maior cautela e atenção no ato de recebimento dos documentos. Revisão minuciosa conferindo com os originais. Consulta em sites de órgãos oficiais.	Contratante
4	Gestão do Contrato	Não cumprimento do prazo estabelecido no RLC para pagamento	Falta de tempo hábil para conferência e análise das faturas. Falta de recursos humanos suficientes para dar vencimento nas rotinas.	Necessidade de cautela durante a análise técnica. Trâmites burocráticos necessários durante o processo.	4	4	Elevado	Necessidade de prorrogação do prazo estabelecido pelo RLC, haja vista a prática habitual da operação de saúde suplementar prever pelo menos 40 dias.	Contratante

Conab
Companhia Nacional de Abastecimento

1 Descrição do objeto previsto para contratação.		
2 O evento de risco incerto que, se ocorrer, afeta a realização dos objetivos da contratação.		
3 Condições que viabilizam a concretização de um evento de risco.		
4 Identificação de quais são as consequências no caso da ocorrência do risco.		
5 A avaliação da probabilidade e do impacto deverá ser analisada em uma escala de 1 a 5, conforme definida na tabela abaixo.		

Escala de probabilidade		
Descritor	**Descrição**	**Nível**
Muito baixa	Evento extraordinário, sem histórico de ocorrência.	1
Baixa	Evento casual e inesperado, muito embora raro, há histórico de sua ocorrência.	2
Média	Evento esperado, de frequência reduzida, e com histórico de ocorrência parcialmente conhecido.	3
Alta	Evento usual, com histórico de ocorrência amplamente conhecido.	4
Muito Alta	Evento repetitivo e constante.	5

Escala de impacto	
Descritor	**Descrição**
Muito Baixo	Impacto insignificante nos objetivos.
Baixo	Impacto mínimo nos objetivos.
Médio	Impacto mediano nos objetivos, com possibilidade de recuperação.
Alto	Impacto significante nos objetivos, com possibilidade remota de recuperação.
Muito Alto	Impacto máximo nos objetivos, sem possibilidade de recuperação.

6 Após o resultado do cálculo de probabilidade x impacto será obtido o nível do risco, que poderá ser classificado como baixo, médio, elevado e extremo, conforme tabela abaixo:

Nível de risco	
1 – 2	Baixo
3 – 6	Médio
8 – 12	Elevado
15 – 25	Extremo

Conab
Companhia Nacional de Abastecimento

7 Tratar o risco consiste em propor ações para prevenir, transferir, mitigar ou aceitar o risco. Neste campo, deve-se descrever a ação/resposta mais adequada para o tratamento do risco identificado.
8 Identificar o responsável ou responsáveis pela ação proposta.

Elaborado por:

Elaborado por:	Supervisionado por:	Autorizado por:
Richard Medeiros de Araújo Analista Administrativo	José Aélio de Lima Encarregado do SEADE	Marcos Frederico Carreras Simões Gerente da GEFAD/RN

Conab
Companhia Nacional de Abastecimento

ANEXO III – MINUTA DE DECLARAÇÃO DE HABILITAÇÃO

CARTA/GEFAD… Nº Natal-RN, __ de___de__ 20__.

Ao (À) Senhor(a)
XXXXXXXXX
Responsável Legal do (nome do estabelecimento)
Endereço
CEP: _____ _____/DF

Declaramos para os devidos fins que _____, CNPJ _____, atendeu aos requisitos exigidos no processo de credenciamento para prestação de serviços aos beneficiários do Serviço de Assistência à Saúde da Conab, publicado por meio do Edital de Chamamento Público nº 02/2019

A presente Declaração de Habilitação para o Credenciamento terá vigência de **12 (doze) meses**, a partir da data de sua emissão, podendo ser prorrogado por igual período, por interesse da Conab, desde que mantidas as mesmas condições do momento da habilitação.

Outrossim, cumpre-nos reiterar que tal habilitação não implica na obrigação de contratação.

Atenciosamente,

Marcos Frederico Carreras Simões
Gerência da GEFAD RN
Gente

Conab
Companhia Nacional de Abastecimento

ANEXO IV – LISTA DE SERVIÇOS E/OU PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS PELA CONAB

Estão excluídos do Serviço de Assistência à Saúde e, portanto, não acobertados pela Companhia, qualquer que seja a modalidade, os serviços e/ou tratamentos a seguir descritos:

1- Tratamento ou cirurgia de natureza cosmética ou embelezadora;

2- Cirurgia não ética;

3- Cirurgia plástica embelezadora;

4- Despesas com próteses (braço mecânico, olho de vidro e outros a serem analisados pela área de Recursos Humanos, ouvido o serviço de Auditoria Técnica);

5- Tratamento em estâncias hidrominerais;

6- Fisioterapias, massagens, saunas e outros com finalidades estéticas;

7- Internação de paciente com distúrbios mentais irreversíveis (crônicos) ou de comportamento em consequência de qualquer patologia que possa vir ser tratada em nível ambulatorial;

8- Equipamento hospitalar de uso doméstico e/ou assistência em domicílio – *home care* – de qualquer natureza;

9- Materiais e medicamentos não compreendidos na fatura hospitalar, principalmente os de uso doméstico;

10- Qualquer procedimento, exceto consulta, que não tenha sido solicitado pelo médico assistente;

11- Despesas com transplantes, doadores de órgãos, necrópsias, internação para o tratamento de AIDS e aparelhos de marca-passo;

12- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados, ou não regularizados no país, ou ainda não reconhecidos pelos Conselhos Regionais e Federais Profissionais, Câmeras Técnicas de órgãos reguladores (ANS, ANVISA, etc.), Associação Médica Brasileira, Sociedades Brasileiras de Especialidades Médicas e demais órgãos de vigilância sanitária e controle da Área de Saúde;

13- Serviços prestados por profissionais que sejam parentes em primeiro grau do beneficiário;

14- Aquisição, conserto e colocação de aparelhos ortodônticos;

15- Métodos contraceptivos (DIU, vasectomia, etc);

16- Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida, entre outras técnicas;

17- Próteses não ligadas ao ato cirúrgico;

18- Internações em estabelecimentos de saúde e/ou casas de repouso, asilos, assistência em domicílio (*home care*), destinados ao acolhimento de idosos;

19- Medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

20- Medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao da unidade de saúde, inclusive:

a) Medicamentos para quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;

b) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando, preferencialmente, os medicamentos genéricos; e

c) Outros casos não previstos na Norma 60.105.

I. DOS DEPENDENTES ATÍPICOS

Em cumprimento às Normas da Organização – NOC 60.105/1993, que regulamentam o Serviço de Assistência à Saúde – SAS, na modalidade de “Autogestão por RH”, sem finalidade lucrativa, comunicamos que o “DEPENDENTE ATÍPICO” do empregado (pai, mãe, padrasto ou madrasta), uma vez previamente identificado, tem cobertura assistencial **somente** nos seguintes casos, desde que fora do ambiente hospitalar:

1- Consultas médicas;

2- Exames laboratoriais e radiológicos de rotina e eletrocardiograma, mediante solicitação médica;

3- Tomografias Computadorizadas, mediante solicitação médica; e

4- Ressonâncias Magnéticas, mediante solicitação médica.

Observação: Note-se, por importante, que a Companhia não se responsabiliza financeiramente por quaisquer atendimentos e/ou procedimentos realizados além dos acima especificados, razão pela qual pede-se, em nome da parceria, que os serviços sejam cobrados diretamente ao beneficiário (DEPENDENTE ATÍPICO), observados os valores praticados nas tabelas referenciais adotadas pelo SAS.

III. COM EFEITO, E APENAS PARA ILUSTRAR, NÃO SÃO AUTORIZADOS AOS DEPENDENTES ATÍPICOS:

1- Procedimentos médico-cirúrgicos, com ou sem internação hospitalar;

2- Pequenos atos médico-cirúrgicos, fora da sala do Centro Cirúrgico, que requeiram sedação, ou não, qualquer que seja o porte anestésico; Curativos, etc.;

3- Todo e qualquer procedimento, inclusive exames, que necessitem de internação hospitalar;

4- Odontologia em geral;

5- Reembolso de Órteses;

6- Terapias em geral (tratamentos seriados) - Exemplos: Fonoaudiologia; Fisioterapia (RPG, Hidroterapia, Acupuntura e outros afins); Psicologia; Nutrição; etc.;

7- Terapia Ambulatorial (Hemodiálise, Diálise Peritoneal, Quimioterapia; Radioterapia e Hemoterapia; Litotripsia e Escleroterapia); Câmara Hiperbárica;

8- Psiquiatria, em sede de terapia clínica; Tratamento de Dependência Química; Assistência em Clínica Dia;

9- Exames, Cirurgias Oftalmológicas e Tratamento de Ortóptica;

10- Exéreses de Sinais e todos os procedimentos em Dermatologia, ainda que em nível ambulatorial;

11- Retiradas de cálculos urinários, inclusive os de vesícula;

12- Serviços de Cuidador de Idoso; Exames de lâminas (imuno-histoquímico);

13- Mamografia; Mamotomia; Polissonografia com ou sem CPAP/BIPAP; Ultrassonografia/Eco com, ou sem, Doppler; Hemodinâmica; Densitometria Óssea; Endoscopias; Colonoscopias; Biópsias em geral; Ergometria, Mapa e Holter Cardiológicos; Cintilografia; Eletroneuromiografia; Todos os procedimentos por vídeo; Punções; Infiltrações; Mapeamento cerebral com potencial evocado; Mapeamento cerebral com eletroencefalograma;

14- Demais procedimentos não previstos no Subtítulo IV do Capítulo VII das Normas da Organização – NOC 60.105, descritos linhas acima.

Conab
Companhia Nacional de Abastecimento

ANEXO VI – PROTOCOLOS OPERACIONAIS

Em cumprimento aos termos da Resolução Normativa RN/ANS nº 305, de 09/10/2012, que estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações em Saúde Suplementar – TISS, e as que vierem a substituí-la, visando padronizar as ações administrativas de verificação, solicitação e autorização, e assim evitar falta de clareza ou equívocos quando da emissão de guias, informamos que para atendimento dos pedidos deverão ser observados os seguintes critérios:

I. PEDIDO MÉDICO LEGÍVEL:

1- Solicitação em Papel Timbrado do Prestador Assistencial;

2- Carimbo e assinatura do médico assistente requisitante;

3- Data de emissão.

II. GUIA DE SOLICITAÇÃO LEGÍVEL:

1- Nome do Paciente/Beneficiário;

2- Número da Matrícula;

3- Nome do Prestador Executante;

4- Nome do Procedimento com Código TUSS;

5- Carimbo e assinatura do médico assistente requisitante;

6- Data de emissão.

III. DOCUMENTAÇÃO DIGITALIZADA LEGÍVEL:

1- Solicitação Médica em Papel Timbrado do Prestador Assistencial;

2- Verificação de Elegibilidade do Beneficiário;

3- Demais documentos complementares ao feito (relatório médico, resultado de exames, laudos, cotação de OPME, etc.).

IV. ENCAMINHAMENTOS:

A solicitação de autorização deverá ser enviada para:

Companhia Nacional de Abastecimento – CONAB
Gerência De Administração
E-mail: rn.gefad@conab.gov.br e rn.seade@conab.gov.br

V. PRAZOS DE AUTORIZAÇÃO:

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA – Até 48 horas: O prestador deverá solicitar a autorização por meio do envio da solicitação médica, bem como do relatório médico, no 1º (primeiro) dia útil subsequente ao atendimento, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, devendo a Conab responder no mesmo prazo.

ATENDIMENTO ELETIVO – Até 3 dias úteis: O prestador deverá solicitar a autorização por meio do envio da solicitação médica, bem como do relatório médico, devendo a Conab responder em até 3 (três) dias úteis.

ATENDIMENTO ELETIVO COM COTAÇÃO DE OPME – Até 5 dias úteis: O prestador deverá solicitar a autorização por meio do envio da solicitação médica, bem como do relatório médico, acompanhado das especificações técnicas e, no mínimo, 3 (três) cotações, da OPME, devendo a Conab responder em até 5 (cinco) dias úteis.

VI. ROL DE PROCEDIMENTOS QUE CARECEM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

1- Internações clínicas e cirúrgicas de qualquer natureza, exceto nos casos de emergência e/ou urgência, quando a autorização deverá ser providenciada obrigatoriamente no 1º (primeiro) dia útil após a admissão hospitalar;
2- Hemodinâmica;
3- Eletroneuromiografia;
4- Cintilografia;
5- Mamotomia;
6- Todos os procedimentos por vídeo;
7- Todos os procedimentos em dermatologia;
8- Assistência Hospitalar Psiquiátrica;
9- Assistência em Clínica Dia;
10- Tratamento de dependência química;
11- Terapia Ambulatorial (Hemodiálise, Diálise Peritoneal, Quimioterapia, Radioterapia e Hemoterapia, Litotripsia, Escleroterapia;
12- Tratamentos fisioterápicos;
13- Tratamentos fisiátricos;
14- Tratamento de fonoaudiologia;
15- Terapia Psicológica;
16- Terapia Ocupacional;
17- Polissonografia;
18- Tomografia Computadorizada;
19- Ressonância Magnética;
20- Densitometria óssea, exceto para mulheres a partir de 50 anos;
21- Mapeamento cerebral com potencial evocado;
22- Mapeamento cerebral com eletroencefalograma;
23- Ecocardiograma com mapeamento de fluxo a cores, doppler colorido de vasos;
24- Dermatologia – exéreses de sinais.

VII. ENTREGA DE FATURAMENTO – DIAS, HORÁRIOS E LOCAIS

1- Os prestadores de serviços assistenciais em saúde deverão entregar o faturamento, exclusivamente, no SEADE/RN

Data da Entrega: conforme Edital de Chamamento Com efeito, o envio do Arquivo XML deverá ser realizado por meio do Portal do Prestador, disponível em

www.conab.gov.br. Para tanto, faz-se mister que todos os prestadores usuários desse Portal mantenham os seus endereços eletrônicos devidamente atualizados, sob pena de restar prejudicada a comunicação entre tomador e prestadores de serviço, e vice-versa.

Em caso de dúvidas, manter contato com os nossos colaboradores, conforme segue: CONAB – Sr. Francisco de Assis Cesarino ou João Paulo da Silva, no 84 4006-7615/7640

VIII. PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

1- Todo Tratamento Odontológico, independentemente do valor, não deverá ser iniciado sem a prévia autorização expressa da CONAB, exceto os atendimentos de urgência ou emergência. Para tanto, sempre, encaminhar os pacientes ao Setor de Autorização e Emissão de Guia da CONAB.
2- Para tratamentos odontológicos que sejam iguais ou superior a 1500 Unidades de Serviço Odontológico – USO, os pacientes deverão ser encaminhados ao Setor de Autorização da Conab, para posterior redirecionamento ao Perito Odontológico.
3- Não será computada no cálculo para fins de realização da Perícia Inicial, a quantidade de USO correspondente aos procedimentos de Consulta e Profilaxia.
4- A Perícia Final deverá ser realizada em até 08 (oito) dias úteis, após o término do tratamento.

IX. PROTOCOLO OPERACIONAL – PROCEDIMENTOS SERIADOS

FISIOTERAPIA (acupuntura, hidroterapia e RPG); FONOAUDIOLOGIA; PSICOLOGIA CLÍNICA; e PSIQUIATRIA.

Em cumprimento às Normas da Organização – NOC 60.105, aprovadas na Reunião do Conselho de Administração, ocorrida em 12/01/1993, e atualizada em 14/01/1997, visando, sobretudo, corroborar as disposições contidas no Comunicado, referente aos “Protocolos Operacionais” aplicável no âmbito dos tratamentos seriados, damos amplo conhecimento aos envolvidos nos serviços em epígrafe, acerca dos ajustes que ora se mostraram necessários ao bom fluxo dos trabalhos, a saber:

*** Para o caso dos procedimentos músculos esqueléticos:**

1- Mediante solicitação médica, o beneficiário escolherá a clínica de sua conveniência e após a avaliação do fisioterapeuta e relatório clínico, e emissão de Guia SP/SADT na página (http://www.conab.gov.br/conteudos.php?a=1622&t=2), preenchido com os códigos disponíveis nas Tabelas Referenciais – Códigos Próprios e CBHPM 2010 (http://www.conab.gov.br/conteudos.php?a=1590&t=1), encaminhar o paciente para autorização da CONAB pelo Setor de Autorização e Emissão de Guia.
2- O Setor de Atendimento e Emissão de Guia, uma vez de posse da solicitação médica original; do relatório clínico fisioterápico, e da Guia SP/SADT, devidamente preenchida pelo prestador, com os códigos e procedimentos, indispensáveis ao atendimento, deverá analisar e só então autorizar o início do tratamento;
3- Em observância aos preceitos das normas que regem o benefício concedido pela Companhia, cada beneficiário tem direito a, no máximo, **10 (dez)**

sessões/mês, aplicáveis aos casos de reabilitação nas patologias músculo esqueléticas, independentemente do código do procedimento;

*** Para as demais especialidades de FONOAUDIOLOGIA; PSICOLOGIA CLÍNICA; e PSIQUIATRIA:**

1- As Guias SP/SADT deverão ser preenchidas pelas clínicas especializadas, obedecidos os limites de **8 (oito) sessões por beneficiário/mês**, por especialidade, não cumulativas, ininterruptas ou não, mediante solicitação do psicólogo assistente, do fonoaudiólogo ou do psiquiatra;

2- De posse da Solicitação original do psicólogo/psiquiatra e da Guia SP/SADT, devidamente preenchida pelo prestador, com os códigos e procedimentos, indispensáveis ao atendimento, encaminhar o paciente para autorização da CONAB pelo Setor de Autorização e Emissão de Guia para só então autorizar o início do tratamento;

3- Note-se, por importante, que para o segmento em epígrafe, somente serão autorizados os pedidos que apresentarem os códigos e procedimentos, contidos nas Tabelas Referenciais adotadas pela CONAB – Padrão TUSS.

ANEXO VII

TUTORIAL PARA ENVIO DO ARQUIVO XML
(PADRÃO TISS 3.03.02)

1- Na página da Conab **[www.conab.gov.br]**, acesse a aba **Conab Corporativa**.

2- Acesse o botão **Assistência à Saúde**.

3- Acesse o botão **Portal do Prestador**.

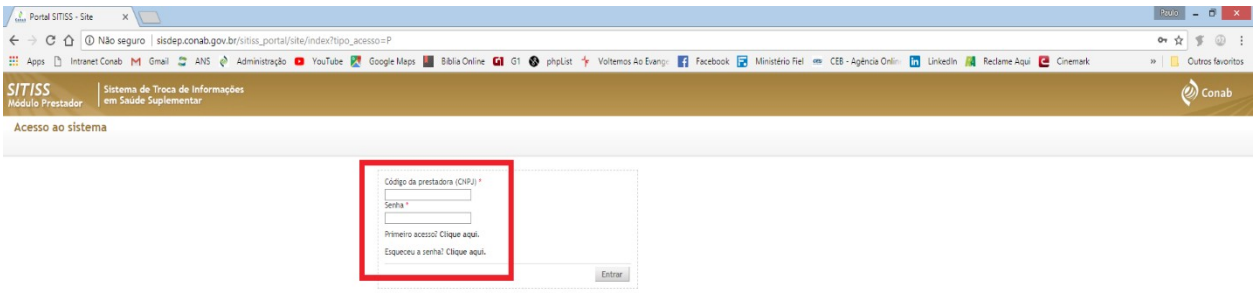
4- Dentro do Portal do Prestador preencha os seguintes campos:

a) Para o **primeiro acesso**, clique em **Primeiro acesso? Clique aqui**;

b) Caso tenha **esquecido a senha** clique em **Esqueceu a senha? Clique aqui**;

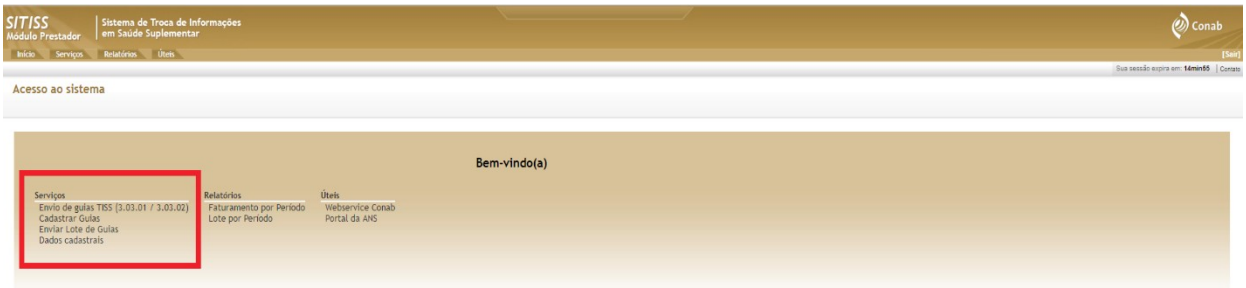
c) Para os demais casos acessar com o CNPJ/CPF e Senha disponíveis.

Obs: Se não conseguir redefinir a senha, entrar em contato com a Conab de seu Estado.



5- **Opção 01 – Prestador com programa gerador de Arquivo XML**:

a) Na aba Serviços, clique em Envio de guias TISS;



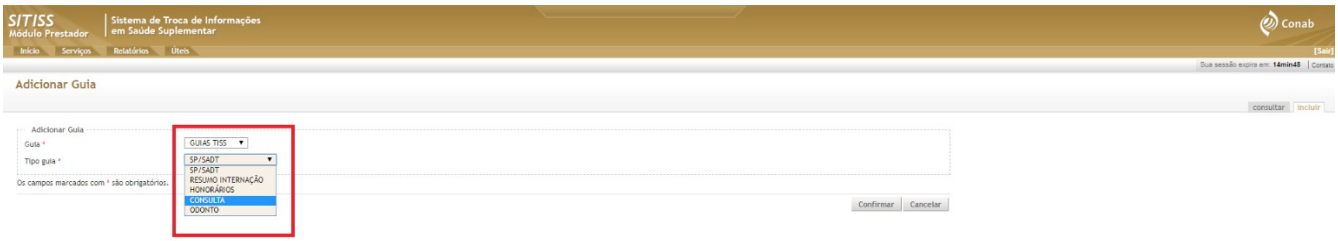
6- Na sequência selecione o arquivo gerado pelo seu programa clicando no botão **Escolher arquivo** e clique em Confirmar, de acordo com a imagem seguinte.

7- **Opção 02** – **Prestador sem programa gerador de Arquivo XML**:

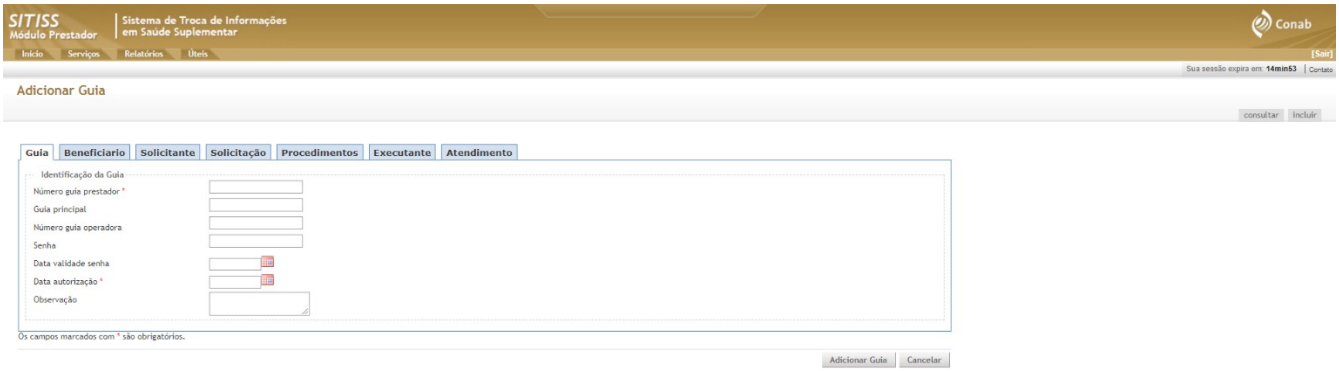
a) Clique em incluir no canto superior direito;

b) Selecione “Guia TISS”;

c) Selecione o “Tipo de Guia” e clique em Confirmar;

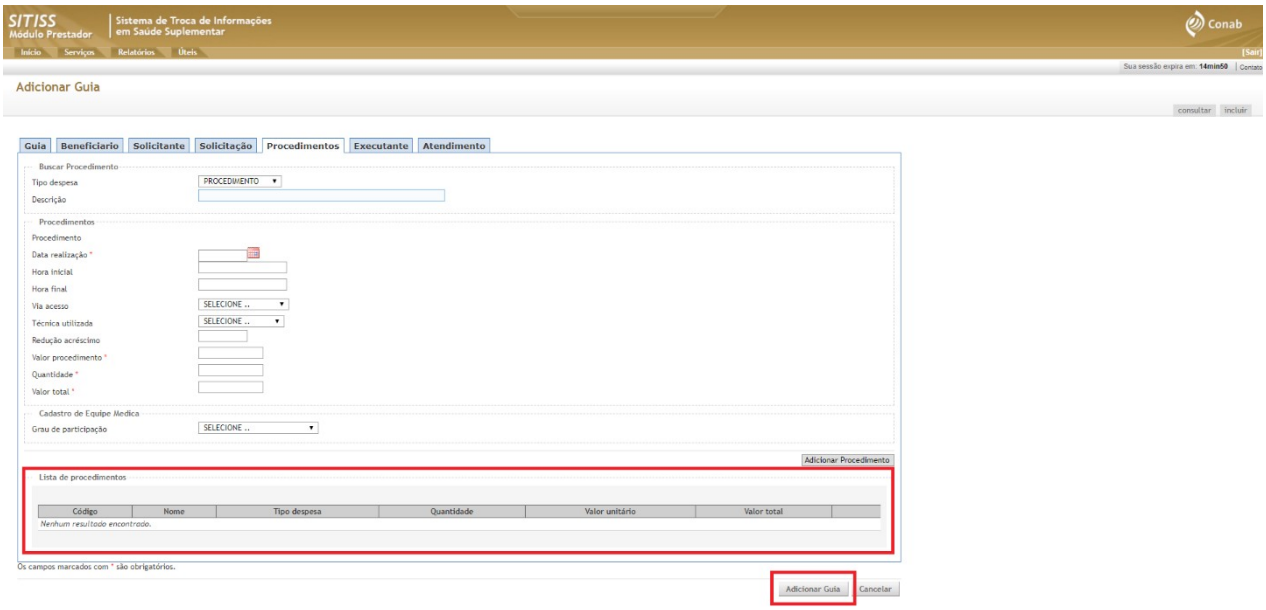


d) Preencha cada uma das abas, **observando os itens obrigatórios** (com asterisco vermelho). **Somente** após preencher as abas que se apliquem a cada guia clicar em **Adicionar Guia**;



e) Na aba “Procedimentos”, digite no campo descrição o nome **ou** parte do nome **ou** o código (Tabela AMB ou TUSS) do procedimento. Preencha a data da realização e o valor, e em seguida clique em **Adicionar Procedimento**. **O usuário repetirá este passo para cada procedimento**.

f) Todos os procedimentos que estão sendo inseridos, aparecerão em uma planilha na parte inferior, conforme imagem a seguir.



g) **Lembre-se que o valor total do Lote deverá ser igual ao valor da Nota Fiscal.**

h) Os **procedimentos normais** deverão estar em um lote separado dos **procedimentos periódicos** assim como as Notas Fiscais.

i) Após digitar todas as informações da Guia clique em Adicionar Guia;

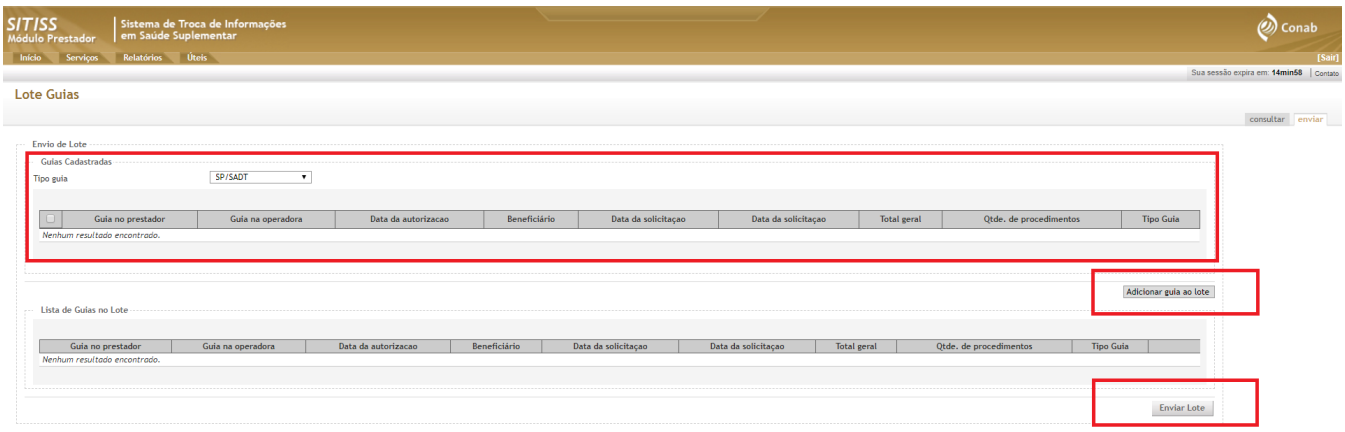
j) O prestador poderá cadastrar "n" guias no decorrer do mês e salvá-las sem necessariamente enviá-las de imediato. Podendo, ao final de determinado período, quando da entrega das faturas, clicar em **Enviar Lote de Guias** (Item 08), e selecionar as guias que enviará para o setor de faturamento da Conab.

8- Enviar Lote de Guias

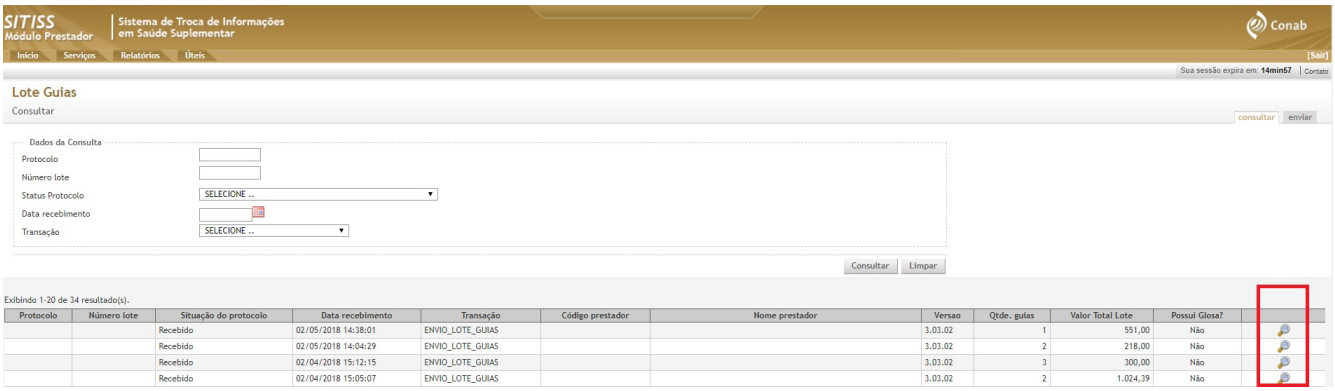
a) Na página inicial, o prestador clicará em **Enviar Lote de Guias,** depois em **Enviar (no canto direito superior).**

b) Selecione o **Tipo de Guia**. As guias cadastradas estarão na primeira planilha.

c) Selecione quais enviará, ou clique no primeiro quadrado para selecionar todas de uma só vez e em seguida clique em **Adicionar Guia ao Lote,** e ao final clique em **Enviar Lote**.

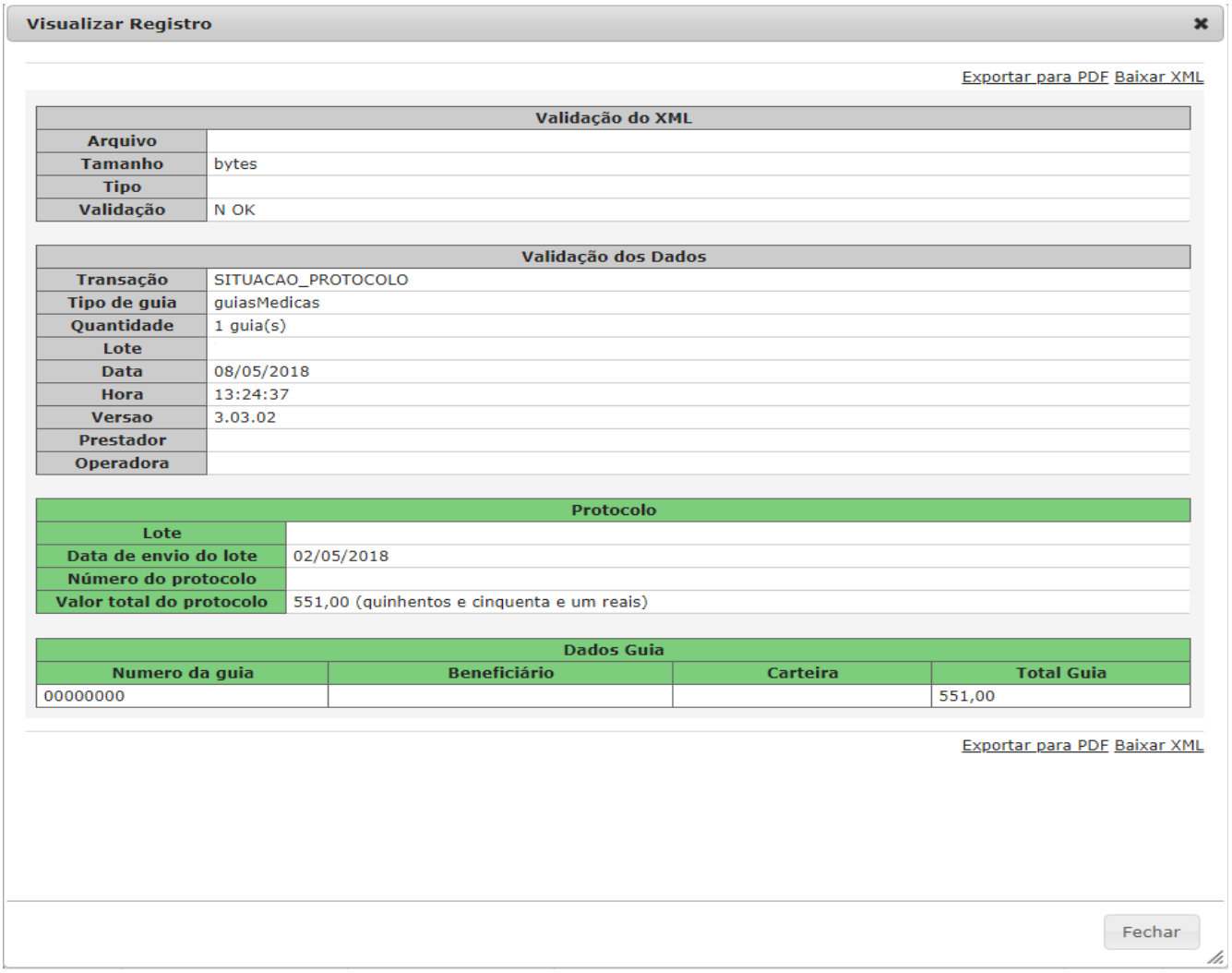


d) Clique na lupa, conforme indicação abaixo para abrir a janela para **Impressão do Protocolo.**



e) Não esquecer de, ao concluir o envio do Lote de Guias, **imprimir o Protocolo** que deverá ser anexado ao faturamento para entrega no Setor de RH da Conab clicando em **Exportar para PDF**, conforme imagem a seguir.

Atenção: Faturas sem o respectivo Protocolo *.xml,* não serão aceitas.



Conab
Companhia Nacional de Abastecimento

ANEXO VIII – MODELO DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE NEPOTISMO

A Proponente abaixo identificada DECLARA, estar ciente da vedação do nepotismo conforme disposto no Decreto n.º **7.203 de 04 de junho de 2010**, e que, em consequência, não infringe nenhum dos seus dispositivos.

RAZÃO SOCIAL:	CNPJ:
NOME FANTASIA:	
SIGNATÁRIO (S):	CPF:

Cidade-UF, ___/_____/_____.

_____

Representante Legal da Contratada
Empresa

Conab
Companhia Nacional de Abastecimento

ANEXO IX – MINUTA DE DECLARAÇÃO DE QUE NÃO CONTRATA MENOR DE 18 ANOS

CARTA Nº Cidade-UF, ___ de_____ de 20__.

À CONAB

A/C – GERÊNCIA DE .... – Sigla da Gerência

SETOR DE CREDENCIAMENTO

O(A) (Nome do estabelecimento), **DECLARA**, para fins do disposto no inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988, e no inciso V do Art. 300 do RLC, que não emprega menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de 16 (dezesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 (quatorze) anos, e está ciente que a declaração falsa relativa ao cumprimento dos requisitos de habilitação, à conformidade da proposta, ao emprego de menor ou ao enquadramento como microempresa ou empresa de pequeno porte sujeitará o licitante às sanções previstas na Lei e no Edital de Chamamento Público.

Atenciosamente,

_____

Representante Legal da Contratada
Empresa

Conab
Companhia Nacional de Abastecimento

ANEXO X – DECLARAÇÃO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº _____/_____

Consoante autos do **Processo Conab nº 21.216.000.114/2018-31**, ouvida à **Procuradoria Regional – PRORE**, via **PARECER PRORE/RN _____ Nº _____/_____, de** _____/_____/_____, e tendo em vista a atribuição conferida pelo **Art.432 do RLC da Conab**, **DECLARO A INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO**, com amparo nos **arts. 421, 425 a 432 do RLC da Conab,** e alterações posteriores, referente ao Contrato de Credenciamento destinado à **pessoa jurídica com razão social denominada** _____ _____, **CNPJ/MF 00.000.000/0000-00**, visando a **contratação de serviços médicos/paramedicos especializados,** pelo período de **5 (cinco) anos**, condicionada à existência, em cada ano, de dotação orçamentária para fazer face às despesas dele decorrentes, para atender demanda da Área Responsável pelo Serviço de Assistência à Saúde – SAS na Regional do Rio Grande do Norte

À consideração do Senhor Superintendente Regional da CONAB RN, para, se de acordo, **RATIFICAR** a presente declaração, nos termos do subitem 1.2 do item 1 da Resolução da Diretoria Colegiada Nº 19, de 23/11/2016.

Natal, de de 2019.

Marcos Frederico Carreras Simões
Gerente da GEFAD/RN

RATIFICAÇÃO

Nos termos do **Art.432 do RLC da Conab,** e alterações posteriores, **RATIFICO** a **DECLARAÇÃO DE INEXIGIBILIDADE** apresentada pelo(a) Senhor(a), Marcos Frederico Carreras Simões no sentido de contratar a pessoa jurídica com razão social denominada _____, **CNPJ/MF 00.000.000/0000-00,** devendo ser dada publicidade como condição de eficácia dos atos.

Natal, de de 2019.

Boris Pinheiro Minora de Almeida
Superintendente Regional da CONAB no Rio Grande do Norte

Conab
Companhia Nacional de Abastecimento

ANEXO XI – MINUTA DE AVISO DE CHAMAMENTO PÚBLICO

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS MÉDICOS E PARAMÉDICOS AO SAS Nº 02/2019 – CONAB/RN

A COMPANHIA NACIONAL DE ABASTECIMENTO – CONAB, Empresa Pública Federal com personalidade jurídica de direito privado, registro na ANS 33.418-9, por meio de sua Superintendência Regional do RN, inscrita no CNPJ/MF 26.461.699/0373-43, localizada à Avenida Jerônimo Câmara, 1814, Lagoa Nova, CEP: 59060-300, Natal RN, torna público que estará credenciando, a partir da data especificada no Edital de Chamamento Público para Credenciamento, pessoas jurídicas prestadoras de serviços médicos e paramédicos, aos beneficiários do Serviço de Assistência à Saúde – SAS.

O credenciamento terá vigência pelo período de 5 (cinco) anos, a contar da assinatura do Contrato de Credenciamento, observados os pré-requisitos constantes do referido Edital que se encontra à disposição dos interessados no endereço eletrônico da Conab: www.conab.gov.br, contendo a relação de documentos e as demais condições necessárias à habilitação, bem como as condições de execução e informação quanto às tabelas referenciais adotadas pelo SAS, que servirão de base para a remuneração dos serviços prestados.

O credenciamento somente se efetivará após parecer favorável da área responsável da Conab e da assinatura do Contrato de Credenciamento.

Natal-RN, ___ de _____ de 2019.

José Aélio de Lima
Setor Administrativo de Desenvolvimento e de Recursos Humanos
Encarregado

Conab
Companhia Nacional de Abastecimento

ANEXO XII – MINUTA CARTA DE APRESENTAÇÃO

À
COMPANHIA NACIONAL DE ABASTECIMENTO – CONAB
A/C – Gefad/RN
Setor de Credenciamento

Pela presente Proposta de Serviços, vimos oferecer aos empregados da COMPANHIA NACIONAL DE ABASTECIMENTO – CONAB, bem como a seus dependentes, os nossos serviços profissionais, comprometendo-nos a receber, em nossas instalações, por intermédio de nosso corpo de profissionais, os beneficiários do Serviço de Assistência à Saúde da Conab, para prestar os serviços relacionados no Termo de Referência – ANEXO I do Edital nº 02/2019.

IDENTIFICAÇÃO DA PROPONENTE

Nome:
Razão Social:
Código CNES: E-mail:
Nome Fantasia:
Endereço: Nº Bairro:
CEP: Cidade: UF:
CNPJ: Inscrição Estadual:
Telefone 1: ( ) Telefone 2: ( )
E-mail: Site:
Conselho de Classe e Nº de Registro:
Banco Nº e Nome: ( )
Agência Nº e Nome: ( )
Conta-Corrente:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

Nome:
Naturalidade: Estado Civil:
Profissão: Conselho de Classe: Nº
CPF: RG: E-mail:
Endereço: Nº Bairro:
CEP: Cidade: UF:
Telefone 1: ( ) Telefone 2: ( )

Para todos os fins de direito, declaramos que:

1- Estamos cientes e concordamos com as condições estabelecidas no Edital de Chamamento Público para Credenciamento nº 02/2019 no Termo de Referência, inclusive quanto aos protocolos operacionais, prazos, tabelas referenciais adotadas, as formas de pagamento e reajuste; e demais anexos.

2- Comprometemo-nos fornecer à Conab quaisquer informações ou documentos solicitados referentes aos serviços prestados aos beneficiários do Serviço de Assistência à Saúde – SAS.

3- Temos o conhecimento de que nos é vedado cobrar honorários, a qualquer título, direta ou indiretamente dos beneficiários, pelos serviços cobertos pelo SAS

Conab
Companhia Nacional de Abastecimento

conforme o referido Edital e Termo de Referência, exceto para os eventos excluídos do rol de procedimentos cobertos pelo SAS.

4- Informaremos, de imediato, toda e qualquer alteração que venha a ocorrer em nossos dados cadastrais, nos responsabilizando totalmente pela inobservância deste item.

5- A prestação dos serviços a que nos propomos não implicará em qualquer vinculação empregatícia com a Conab, não podendo, portanto, pretender ou exigir vantagens daí decorrentes.

Para a análise e decisão sobre o referido credenciamento, anexamos cópia da documentação exigida no Edital citado.

_____, ___ de _____ de 20____.

_____

Representante Legal da Contratada
Empresa

Conab
Companhia Nacional de Abastecimento

ANEXO XIII – LISTA DE SERVIÇOS E/OU ESPECIALIDADES A SEREM CONTRATADAS

I. ESPECIALIDADES MÉDICAS

1- ACUPUNTURA realizado por médico;

2- – ALERGIA E IMUNOLOGIA;

3- – ANESTESIOLOGIA;

4- – CANCEROLOGIA/ONCOLOGIA;

5- – CARDIOLOGIA;

6- – CIRURGIA CARDIOVASCULAR;

7- – CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO;

8- – CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO;

9- – CIRURGIA PEDIÁTRICA;

10- – CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA;

11- – CIRURGIA TORÁCICA;

12- – COLOPROCTOLOGIA;

13- – ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA;

14- – GASTROENTEROLOGIA;

15- – GERIATRIA;

16- – GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA;

17- – INFECTOLOGIA;

18- – MASTOLOGIA;

19- – MEDICINA NUCLEAR;

20- – NEFROLOGIA;

21- – NEUROCIRURGIA;

22- – NEUROLOGIA;

23- – OFTALMOLOGIA;

24- – ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA;

25- – OTORRINOLARINGOLOGIA;

26- – MEDICINA LABORATORIAL;

27- – PEDIATRIA;

28- – PNEUMOLOGIA;

29- – PSIQUIATRIA;

30- – RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM;

31- – RADIOTERAPIA;

32- – REUMATOLOGIA;

33- – UROLOGIA.

II. ESPECIALIDADES PARAMÉDICAS A SEREM CONTRATADAS

1- – ACUPUNTURA realizado por fisioterapeuta;

2- – FISIOTERAPIA;

3- – HIDROTERAPIA;

4- – PSICOLOGIA;

5- – REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL – RPG;

6- – NUTRIÇÃO;

7- – FONOAUDIOLOGIA.

Conab
Companhia Nacional de Abastecimento

ANEXO XIV – MINUTA DE DECLARAÇÃO DE INABILITAÇÃO

CARTA/GEFAD… Nº Natal-RN, __ de___de__ 20__.

Ao (À) Senhor(a)
XXXXXXXXX
Responsável Legal do (nome do estabelecimento)
Endereço
CEP: _____ _____/DF

Com relação ao processo de credenciamento para prestação de serviços aos beneficiários do Serviço de Assistência Médica – SAS da Conab, publicado por meio do Edital de Chamamento Público nº 02/2019, cumpre-nos informá-los de que não será possível o credenciamento de Vossa Senhoria em virtude do não atendimento do(s) seguinte(s) requisito(s):

a)
b)
c)

Assim, agradecemos a sua participação, ao tempo em que informamos que fica garantido o direito de interposição de recurso, no prazo de 05 (cinco) dias úteis contado a partir desta data. Após vencido o prazo para o recurso, os documentos apresentados estarão disponíveis para retirada até o 5º (quinto) dia útil após o prazo recursal.

Ressaltamos que o não comparecimento na data aprazada, configurar-se-á desinteresse, razão pela qual a documentação será descartada.

Atenciosamente,

Marcos Frederico Carreras Simões
Gerência da GEFAD
Gerente

Conab
Companhia Nacional de Abastecimento

ANEXO XV – MINUTA DE DECLARAÇÃO DE FATO SUPERVENIENTE

Cidade-UF, ___/_____/_____.

A(O) NOME DO ESTABELECIMENTO, para fins de participação no Edital de Credenciamento nº 02/2019 da Companhia Nacional de Abastecimento – CONAB, declara, sob as penas da Lei, que não existem fatos supervenientes à data da entrega dos documentos exigidos para fins de credenciamento, nem tampouco impeditivos de sua participação na pré-habilitação para o Credenciamento, e se compromete a comunicar à **CONAB** qualquer fato que venha a prejudicar, inclusive durante sua possível atuação com o **CONTRATANTE.**

E, por ser a expressão fiel da verdade, firma a presente.

Atenciosamente,

_____
Representante Legal da Contratada
Empresa