

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

EDITAL DE CADASTRAMENTO Nº 001/2024

O COMITÊ ESTADUAL DAS DEMANDAS DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, tendo em consideração as informações do relatório “Judicialização e Sociedade: Ações para acesso à saúde pública de qualidade”, que consolidou dados levantados junto às unidades jurisdicionais e às instituições estaduais e municipais de saúde para elaboração de diagnóstico nacional, torna público que promoverá um cadastro de pessoas jurídicas especializadas na prestação de serviços de assistência domiciliar (Home Care), no âmbito do Estado do Rio grande do Norte, conforme condições estabelecidas neste Edital e seus Anexos, e, de conformidade com a Constituição Federal e com as disposições legais e infralegais discriminadas a seguir, e suas alterações, dentre outras:

Lei Federal nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 - Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências;

Resolução RDC Nº 11, DE 26 DE JANEIRO DE 2006 Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.

As inscrições serão recebidas a partir de 18 de novembro de 2024 por meio do formulário eletrônico, <https://forms.gle/JJGBchudee8i3F566>, conforme item 6.1, e a qualquer tempo, durante a vigência do credenciamento que é de 24 meses.

São partes integrantes deste Edital:

ANEXO I – MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

ANEXO II - MODELO DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE ESTRUTURA FÍSICA

ANEXO III - MODELO DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE ESTRUTURA FÍSICA

ANEXO IV - MODELO DECLARAÇÃO DE QUE NÃO EMPREGA MENOR

ANEXO V – MODELO DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO SUPERVENIENTE

ANEXO VI - MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI EMPREGADO EM TRABALHO DEGRADANTE OU FORÇADO

1. DO OBJETO

1.1. O presente Edital tem como objeto o Cadastro para fins consultivo de empresa(s) especializada(s) na prestação de Serviço de Assistência Domiciliar de Alta, Média e Baixa Complexidade (**Home Care**) que apresentem condições de atendimento aos termos da legislação vigente.

2. DA JUSTIFICATIVA

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

2.1. A contratação dos serviços médicos de Home Care, tecnicamente conhecidos como Serviços de Atenção Domiciliar – SAD, constitui um aspecto de fundamental importância em todo sistema de saúde, porque, quando bem dimensionados e prestados efetivamente, ajudam a aumentar o acesso a cuidados de qualidade, especialmente para as pessoas com algum grau de limitações físicas ou, ainda em particular, idosos, bem como aqueles com doenças crônicas ou que moram em áreas remotas.

2.2.1 - A Resolução no 11, de 26 de janeiro de 2006, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar;

2.2.2 - Parecer Técnico no 05/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 - da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

2.2.3 - Resolução CFM no 1.668 de 07 de maio de 2003 - do Conselho Federal de Medicina - CFM - que dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência;

2.2.4 - Resolução COFEN no 0464 de 20 de outubro de 2014 - do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN - que normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar.

2.3. A atenção prestada na modalidade de Home Care oferta serviços médicos por meio de visitas domiciliares, oferecendo atenção médica e assistência de enfermagem, além de tratamentos de fisioterapia, nutrição e outros serviços. Esta abordagem pode ajudar a reduzir custos para o sistema de saúde, pois os serviços são prestados no ambiente doméstico, sem a mobilização de toda uma estrutura hospitalar, além de promover uma maior comodidade ao paciente/beneficiário, visto que inexistente a necessidade de deslocamento. Além disso, a razão primeira é que ela permite que os pacientes recebam cuidados de forma mais conveniente, com menos tempo de espera para consultas e tratamentos. Corroborando este sentido, os serviços de home care, como dito, também podem ajudar a reduzir os custos de transporte, medicamentos e alimentação, sendo relevante, inclusive, para elevação, por parte do usuário do plano, da percepção de qualidade do atendimento, entregando uma maior resolutividade aos beneficiários.

2.4. Efetivamente, trata-se de um conjunto de serviços imprescindíveis à preservação e recuperação da saúde, com razoabilidade de custos, elementos que constituem a finalidade precípua da existência do programa de autogestão

3. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

3.2. Poderão participar do cadastramento pessoas jurídicas de direito privado cujos ramos de atividades estejam relacionados ao objeto da prestação de serviços de

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

que trata este Edital, que satisfaçam as condições de habilitação pela legislação aplicável;

3.3. As instituições interessadas deverão disponibilizar quando solicitadas, informações necessárias para elaboração de diagnósticos regionais, avaliações qualitativas do atendimento, acompanhamento da programação pactuada integrada, entre outros;

3.4. A proponente deverá apresentar endereço para correspondência eletrônica, através do qual serão feitas preferencialmente as comunicações oficiais, tendo a empresa o dever de mantê-lo atualizado e verificá-lo periodicamente.

3.6. É vedado o cadastramento de empresas e dos seus respectivos prepostos, que se enquadrarem em pelo menos uma das seguintes situações:

- a) seja magistrado, servidor, mediador, conciliador, terceirizado ou estagiário do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte, bem como seus cônjuges, companheiros ou parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, de acordo com a Resolução do CNJ n. 7/2005;
- b) esteja com o direito de licitar ou contratar suspenso, ou que tenha sido declarado inidôneo pela Administração Pública Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal;
- c) Da qual seja sócio, dirigente ou responsável técnico, servidor do TJRN;
- d) esteja atuando como advogado em processos judiciais;
- e) não atenda aos requisitos do edital quanto à capacidade técnica, jurídica ou regularidade fiscal.
- f) Pessoa Jurídica em consórcio, qualquer que seja a sua forma de constituição;
- g) Empresa ou sociedade estrangeira que não funcionem no país
- h) Que, nos 5 (cinco) anos anteriores à divulgação do edital, tenha sido condenada judicialmente, com trânsito em julgado, por exploração de trabalho infantil, por submissão de trabalhadores a condições análogas às de escravo ou por contratação de adolescentes nos casos vedados pela legislação trabalhista;
- i) Empresa, cooperativa ou instituições sem fins lucrativos cujos objetos sociais não sejam pertinentes e compatíveis com o objeto deste Pregão;
- j) Que se encontre sob falência, recuperação judicial ou extrajudicial, concordata, concurso de credores, dissolução ou liquidação;

4. DO CADASTRAMENTO

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

4.1 Será responsável pelo cadastro e sua manutenção o Comitê Estadual das Demandas da Saúde do RN, tendo por funções:

- 4.1.1 Receber os pedidos de inscrições das interessadas;
- 4.1.2 Conferir os documentos em todas as etapas do cadastramento;
- 4.1.3 Elaborar a lista de cadastro e encaminhar para publicação;
- 4.1.4 Manutenção do cadastro para fins de consulta aos interessados.

5. DA INSCRIÇÃO

5.1. A documentação de cadastramento deverá ser apresentada em versão digital encaminhado através do link <https://forms.gle/JJGBchudee8i3F566> no período de data 18/11/2024 até 18/12/2024

5.2. A participação no processo decorre da manifestação expressa pela ficha de requerimento (Anexo I) do prestador de serviço interessado em participar do processo de cadastro;

5.3 Além do requerimento, o interessado deverá apresentar toda a documentação exigida, conforme item 6 deste edital, para a habilitação ao cadastro.

5.5 As certidões que compõem a documentação exigida (item 6 deste edital) e que possuem data de validade deverão estar válidas na data da entrega da documentação, bem serem atualizadas anualmente durante a vigência do cadastro.

5.6 O interessado no cadastramento se responsabiliza pela documentação entregue e pelas informações por ele prestadas.

6. DOS DOCUMENTOS PARA CADASTRAMENTO

6.1. É importante a apresentação de toda a documentação exigida, conforme detalhamento deste Edital. Porém não é requisito obrigatório para o cadastro, a ausência de quaisquer dos documentos previstos nos anexos do presente edital implicará em observação do fato no momento do cadastramento.

6.2. A Habilitação Jurídica será comprovada mediante apresentação da seguinte documentação:

- a) Registro empresarial na Junta Comercial, no caso de empresário individual ou Empresa Individual de Responsabilidade Limitada - EIRELI;
- b) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social atualizado e registrado na Junta Comercial, em se tratando de sociedade empresária;

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

- c) Documentos de eleição ou designação dos atuais administradores, tratando-se de sociedades empresárias;
- d) Ato constitutivo atualizado e registrado no Registro Civil de Pessoas Jurídicas, tratando-se de sociedade não empresária, acompanhado de prova da diretoria em exercício;
- e) Decreto de autorização, tratando-se de sociedade empresária estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

6.3. A Habilitação Fiscal será comprovada mediante apresentação da seguinte documentação:

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ);
- b) Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual ou Municipal, relativo à sede ou domicílio da licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto do certame;
- c) Prova de regularidade para com as fazendas: Federal (incluindo as contribuições sociais) e Estadual, por meio da apresentação da Certidão de Débitos Inscritos em Dívida Ativa;
- d) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual (FIC) ou municipal (CIM), se houver, relativo ao domicílio ou sede do participante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

6.4. A Habilitação técnica será comprovada mediante apresentação da seguinte documentação:

- a) Alvará de funcionamento da empresa participante;
- b) Licença sanitária da participante, com respectivo responsável técnico, expedida pelo órgão sanitário competente;
- c) Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- d) Relação completa da sua Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, técnico de enfermagem e demais profissionais quando houver) cadastrados no CNES, com número de registro em seus respectivos conselhos de classe;
- e) Comprovante de inscrição da participante no Conselho Regional de Medicina do estado onde opera;

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

f) Regimento interno da participante, que estabeleça as normas de funcionamento da empresa, modelo de Plano de Atenção Domiciliar utilizado (fluxos de admissão e alta, modelo de prontuário e Projeto Terapêutico Singular) e Manual de Normas Técnicas de Procedimentos (Procedimentos Operacionais Padrão ou Instruções de Trabalho) para atenção domiciliar;

g) Declaração de que a empresa dispõe de serviço de urgência e emergência, com a presença de um médico de plantão nas 24 horas, para atendimento às intercorrências clínicas dos pacientes em regime de internação domiciliar;

h) Comprovação de que a empresa dispõe de ambulância UTI tipo D completamente equipada para remoção do paciente em regime de Internação Domiciliar, bem como motorista habilitado para essa função com curso de formação de condutores de urgência, com devidos certificados;

i) Comprovação de que a empresa possui um diretor/coordenador médico como responsável técnico, que assumirá, perante o conselho de medicina, a responsabilidade ética de seu funcionamento;

j) Certidão de Regularidade Técnica da participante com respectivo responsável habilitado emitido pelo conselho regional de farmácia do Estado onde opera referente à dispensação dos medicamentos,

6.5. As entidades que não atenderem aos requisitos exigidos no presente edital serão cadastradas com as observações referentes aos documentos não apresentados.

7. DO CADASTRAMENTO

7.1 Serão considerados cadastrados os interessados que apresentarem a documentação válida exigida e se enquadrarem nas regras deste Edital.

7.2 Não serão cadastrados os interessados que:

a) Estejam declarados temporariamente, por qualquer motivo, suspensos ou impedidos de contratar com a Administração Pública, direta ou indireta, do Estado da Rio Grande do Norte, ou que estejam declarados inidôneos para contratar com a Administração Pública, direta ou indireta, Federal, Estadual ou Municipal;

b) Estejam inadimplentes com as obrigações assumidas junto aos órgãos fiscalizadores da atividade/profissão ou possuam nota desabonadora emitida pelos referidos órgãos.

8. DOS RESULTADOS

8.1 A lista dos cadastrados será publicada DJe TJRN;

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

8.2 Os resultados não serão divulgados por telefone ou e-mail, ou qualquer outro meio de comunicação que não seja expressamente determinado no presente Edital;

8.3 O cadastro destina-se a consulta pelas partes interessadas e terá a validade de um ano, podendo ser prorrogado por mais um;

8.4 O cadastramento não vincula os magistrados, sendo apenas uma fonte de informação para caso necessitem de empresas especializadas na prestação dos serviços de home care.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1 A inexatidão de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, será causa de eliminação do interessado do processo de cadastramento, anulando-se o seu cadastro, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal;

10.2 O proponente, ao participar do presente edital, expressa e automaticamente concorda aos termos deste Edital;

10.3 A homologação do resultado deste credenciamento não implicará direito à contratação.

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**ANEXO I****REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE DOMICILIAR - HOME CARE**

EXCELENTÍSSIMO SENHOR COORDENADOR DA COMISSÃO PERMANENTE DE CREDENCIAMENTO DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

O(A) Senhor(a) _____, (qualificação), representante legal da empresa _____, inscrita no CNPJ sob o n. _____, com sede em _____ (endereço completo), telefone n. _____, e-mail _____, requer seja deferido o CREDENCIAMENTO de sua empresa junto ao Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte, com o objetivo de prestar serviços de atendimento em saúde domiciliar (home care) no âmbito deste Estado, nos termos do Edital de Credenciamento nº ____/2024.

DECLARA, por este ato jurídico, ter prévia ciência das regras previstas no Edital de Credenciamento nº ____/2024, anuindo integralmente às condições nele determinadas.

Por ser verdade, firmo a presente manifestação de vontade. Pede deferimento.

Natal, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do representante legal

(COM RECONHECIMENTO DE FIRMA)

NOME: _____
RG nº _____
CARGO / FUNÇÃO: _____

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**ANEXO II****DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE ESTRUTURA FÍSICA**

Conforme o disposto no Edital de Credenciamento nº ____/2024 e de acordo com a legislação vigente DECLARA, adequação e regularidade da estrutura física da empresa _____ (Nome da Empresa), conforme os requisitos estabelecidos no Edital n.º [Número do Edital]/2024, publicado pelo Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte.

- **Localização:**
- **Área Total:**
- **Divisões:**
 - _____ (número) salas de atendimento médico
 - _____ (número) salas de enfermagem
 - _____ (número) salas de fisioterapia
 - _____ (número) salas de armazenamento de materiais e
 - _____ (número) banheiros adaptados
- **Equipamentos Disponíveis:**
 - (Lista dos principais equipamentos disponíveis, como cadeiras de rodas, macas, aparelhos de oxigênio, monitores de sinais específicos, ceiculos para transporte, ambulancias, dentre outros)

Natal, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do representante legal

(COM RECONHECIMENTO DE FIRMA)

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**ANEXO III****DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE EQUIPE TÉCNICA**

Conforme o disposto no Edital de Credenciamento nº ____/2024 de acordo com a legislação vigente DECLARA que o (s) dos profissionais da equipe multidisciplinar, essencial à realização dos serviços, caso venhamos a credenciar, são:

Nome	Especialidade	Registro conselho nº	Data do registro

Natal, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do representante legal

(COM RECONHECIMENTO DE FIRMA)

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**ANEXO IV****MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUE NÃO EMPREGA MENOR**

A empresa _____, inscrita no CNPJ nº _____, declara, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei N. 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei N. 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e em qualquer trabalho, menores de 16 (dezesesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, em observância à Lei Federal n.º 9854, de 27/10/99, que acrescentou o inciso V ao artigo 27 da Lei Federal n.º 8.666/93.

Natal, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do representante legal

(COM RECONHECIMENTO DE FIRMA)

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**ANEXO V****DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO SUPERVENIENTE**

A empresa _____, inscrita no CNPJ nº _____, DECLARA, para fins de Credenciamento no Edital nº XX/2024, em cumprimento a exigência contida no artigo 32, parágrafo 2º da Lei n. 8666/1993, não apresentar fato impeditivo e superveniente à sua habilitação, estando ciente da obrigação de declarar ocorrências posteriores.

Natal, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do representante legal

(COM RECONHECIMENTO DE FIRMA)

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**ANEXO VI****MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI EMPREGADO EM
TRABALHO DEGRADANTE OU FORÇADO**

A empresa _____, inscrita com o CNPJ nº _____, por intermédio do seu representante legal _____, portador da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF _____, DECLARA, para fins de Credenciamento no Edital de Credenciamento nº ___/2024, não possui, em sua cadeia produtiva, empregado executando trabalho degradante ou forçado, estando ciente da obrigação de declarar ocorrências posteriores.

Natal, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do representante legal

(COM RECONHECIMENTO DE FIRMA)