

MUNICÍPIO DE ITUPORANGA/SC

EDITAL DE CREDENCIAMENTO SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO N.º 001 /2019

O Município de Ituporanga/SC, pessoa jurídica de direito público, CNPJ n.º 83.102.640/0001-30, com sede na Rua Vereador Joaquim Boing, n.º. 40, Centro, Ituporanga/SC, representado neste ato pelo Prefeito, Sr. OSNI FRANCISCO DE FRAGAS, no uso de suas prerrogativas legais, torna público que se encontra aberto **CREDENCIAMENTO DESTINADO À CONTRATAÇÃO DE EMPRESA, LEGALMENTE HABILITADA, ADMINISTRADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, ENGLOBANDO OS SEGMENTOS AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTETRÍCIA, NA MODALIDADE DE COLETIVO EMPRESARIAL, COM ABRANGÊNCIA MÍNIMA ESTADUAL, DESTINADO AOS SERVIDORES ATIVOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE ITUPORANGA/SC E, OPCIONALMENTE, AOS SEUS DEPENDENTES E/OU PENSIONISTAS, COM AS EXIGÊNCIAS MÍNIMAS ESTABELECIDAS NA LEI N.º 9.656/98, COM AS COBERTURAS OBRIGATÓRIAS ASSEGURADAS POR LEI E POR NORMAS COMPLEMENTARES DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, ALÉM DE OUTRAS PREVISTAS NO TERMO DE REFERÊNCIA E DEMAIS ANEXOS CONSTANTES DO EDITAL**, para contratação pelo período de 12 (doze) meses a contar da subscrição do contrato, conforme especificação contida no Anexo I – **Termo de Referência**.

Rege o presente processo de credenciamento a Lei n.º 8.666/1993, Lei Complementar n.º 123/2006, Lei n.º 9.656/1998 e demais legislações aplicáveis à espécie.

DATA início do credenciamento: dia 25 de março de 2019.

Os interessados que pretendem participar do presente credenciamento para futura prestação de serviço à Administração, deverão apresentar a documentação para habilitação e o termo de aceitação dos preços na data desse credenciamento, nas condições estabelecidas nesse Edital.

As dúvidas pertinentes ao presente Credenciamento serão esclarecidas, nos seguintes endereços e contatos:

TELEFONE: (47) 35331211

ENDEREÇO: Rua Vereador Joaquim Boing, nº. 40, Centro, Ituporanga/SC;

HORÁRIO DE EXPEDIENTE: segunda a sexta-feira, das 08hs às 12hs / das 14 hs às 17hs.

Constituem anexos do edital e dele fazem parte integrante:

- Anexo I – Termo de Referência;
- Anexo II: Modelos de Proposta de Preços;
- Anexo III: Declarações;
- Anexo IV: Minuta de Termo de Acordo.

1. CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.2 O objeto do presente Edital é o **CRENCIAMENTO DE ADMINISTRADORA(S) DE PLANO DE SAÚDE**, visando a disponibilização de plano de saúde na modalidade de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais, de no mínimo 01 (uma) operadora de plano de saúde, aos servidores públicos municipais ativos e seus dependentes legais, compreendendo o **CRENCIAMENTO DE ADMINISTRADORA(S) DE PLANO DE SAÚDE PARA OFERTA DE PLANO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, NA MODALIDADE “COLETIVO EMPRESARIAL” PARA FUNCIONÁRIOS E SERVIDORES DESTA MUNICÍPIO**, com o fim de celebrar Termo de Acordo com fundamento nos arts. 25, *caput*, e 116 da Lei n. 8.666, de 1993; na Lei n. 9.656, de 1998; nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) n. 195, 196, 211, 261 e 262, entre outras, observadas as alterações supervenientes e de acordo com as regras estabelecidas neste Edital e seus anexos.

1.3 O credenciamento da(s) Administradora(s) de Plano de Saúde será formalizado mediante assinatura de Termo de Acordo, a ser celebrado entre o Município de Ituporanga e a(s) Administradora(s) de plano de Saúde que vier(em) a ser(em) habilitada(s).

2. CLÁUSULA SEGUNDA - DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

2.1 Poderão participar do presente processo de credenciamento a(s) Administradora(s) de Plano de Saúde que:

2.1.1 Satisfaçam às condições deste edital, e apresentem os documentos de habilitação e da proposta em envelopes distintos que passamos a chamar de **ENVELOPE Nº. 1**, ou envelope da “**DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**” e o **ENVELOPE Nº. 2**, ou envelope da “**PROPOSTA DE PREÇOS**” no local, data e horário indicados neste Edital.

2.1.2 Comprovarem sua habilitação, conforme disposto neste Edital.

2.1.3 Que esteja devidamente autorizada pela ANS a atuar como Administradora de Plano de Saúde, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009 da ANS.

2.2 Nenhuma pessoa física, ainda que munida de procuração, poderá representar mais de uma pessoa jurídica licitante. Esse representante, todavia, poderá fazer-se acompanhar de um assessor.

2.3 A participação no credenciamento implica na aceitação integral e irrevogável dos termos deste edital, bem como na observância dos regulamentos, normas e disposições legais pertinentes.

2.4 Não será aceita a participação de empresas:

- Declaradas suspensas, inidôneas, em atraso ou inadimplentes com o Município de Ituporanga, Estado e União;
- Que estejam sob processo de intervenção judicial, extrajudicial, falência, concurso de credores, em dissolução e/ou em liquidação;
- Que estejam impedidas de licitar, contratar ou transacionar com a Administração Pública.

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DA ENTREGA DOS ENVELOPES DE HABILITAÇÃO

3.1. Os envelopes de “Habilitação” dos interessados em credenciar-se deverão ser protocolados a partir do **dia 25 de março de 2019**, no Departamento de Protocolo da Prefeitura Municipal de Ituporanga, sito à na Rua Vereador Joaquim Boing, nº. 40, Centro, Ituporanga/SC;

HORÁRIO DE EXPEDIENTE: segunda a sexta-feira, das 08hs às 12hs / das 14hs às 17 hs.

3.2. A abertura do envelope e o procedimento de julgamento iniciar-se-ão até às **09 horas e 30 minutos do dia 25 de março de 2019**, na sala de Reuniões da Prefeitura Municipal de Ituporanga, localizado no mesmo endereço constante no Item 3.1.

4. CLÁUSULA QUARTA - DA HABILITAÇÃO

O envelope contendo a documentação referente à habilitação da Administradora deverá ser lacrado, contendo em sua face externa, os seguintes dizeres:

À

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPORANGA

CRENCIAMENTO SEC. ADM N°001/2019

ENVELOPE N°. 1 – HABILITAÇÃO

PROPONENTE:

4.1. PARA HABILITAÇÃO DOS INTERESSADOS, EXIGIR-SE-Á:

4.1.1. REGULARIDADE JURÍDICA:

- a)** Registro Comercial, no caso de empresa individual;

- b)** Ato constitutivo, estatuto ou contrato social e suas alterações posteriores ou instrumento consolidado, devidamente registrado na Junta Comercial, em se tratando de sociedades comerciais ou cooperativas e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição ou designação de seus administradores;

- c) Ato constitutivo devidamente registrado no Registro Civil de Pessoas Jurídicas tratando-se de sociedades civis, acompanhado de prova da diretoria em exercício;

4.1.2. REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA:

- a) Prova de regularidade perante as Fazendas Nacional, Estadual e Municipal, do domicílio ou sede da licitante, com validade igual ou posterior à data prevista para a abertura desta licitação, sendo:

- a.1) Fazenda Nacional (apresentação de CND Conjunta, conforme Portaria MF 358, de 05 de setembro de 2014):

- a) Certidão de regularidade de tributos federais;

- b) Certidão de regularidade de dívida ativa da União;

- c) Certidão de regularidade perante o Sistema de Seguridade Social – INSS;

- a.2) Fazenda Estadual:

- a) Certidão de regularidade de tributos estaduais;

- a.3) Fazenda Municipal:

- a) Certidão de regularidade de tributos municipais ou distrital;

- b) Certificado de Regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS;

- c) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº. 5.452, de 1º de maio de 1943 (CNDT);

- d) A comprovação da regularidade fiscal deverá ser efetuada mediante a apresentação das competentes certidões negativas de débitos, ou positivas com efeitos de negativas, não sendo aceito protocolo de solicitação de documentos.

4.1.3. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

Certidão negativa de falência, concordata, recuperação judicial e extrajudicial expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida pelo distribuidor do domicílio da pessoa física, emitida nos últimos 06 (seis) meses;

4.1.4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:

- a) **Atestado(s) de Capacidade Técnica**, expedido em nome da Administradora de Plano de Saúde, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadora, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde – ANS.

O(s) atestado(s) deverá(ão) ser apresentado(s) em papel timbrado do órgão emitente e conter as

seguintes informações:

- Nome e endereço completo, número de telefone e e-mail da empresa ou órgão emitente.

- Nome completo e assinatura do responsável pelas informações.

- Descrição completa do(s) serviço(s) realizado(s).

- Qualificação do(s) serviço(s) realizado(s), retratando o grau de satisfação da empresa ou órgão emitente.

- b) Prova de registro/autorização expedido pela ANS – Agência Nacional de Saúde, demonstrando que a Administradora de Plano de Saúde está apta a prestar os serviços;

- c) Prova de registro/autorização expedido pela ANS – Agência Nacional de Saúde, demonstrando que a(s) operadora(s) vinculada(s) à Administradora de Plano de Saúde está (ão) apta (s) a prestar serviços.

d) Comprovação por meio de livros ou catálogos de que dispõe de rede credenciada de atendimento para prestar os serviços de saúde, conforme exigências descritas no Anexo I, deste Edital, na área de abrangência municipal e estadual (mínimo)

4.1.5. DECLARAÇÕES

- a) Declaração de inexistência de fato impeditivo de sua habilitação, assinada por sócio, dirigente, proprietário ou procurador da Administradora, devidamente identificado, conforme modelo contido no Anexo III deste Edital;
- b) Declaração de atendimento aos requisitos do edital e de que a empresa possui capacidade técnico-operacional, conforme modelo contido no Anexo III deste edital.
- c) Declaração de que a Pessoa Jurídica Administradora não possui, em seu quadro, trabalhadores menores de 18 anos realizando trabalho noturno, perigoso ou insalubre e, e que em nenhuma hipótese emprega trabalhadores menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, na forma da lei. Conforme modelo contido no Anexo III deste Edital.

4.2. INABILITAÇÃO DA LICITANTE:

- a) Deixar de apresentar qualquer um dos documentos relacionados na Cláusula 4. Habilitação, constantes do presente Edital;
- b) Apresentar os documentos em desacordo com as exigências do presente Edital;
- c) Os documentos exigidos na licitação poderão ser apresentados:
 - 1. Em cópia simples desde que acompanhadas do original.
 - 2. Em cópia autenticada em cartório (por tabelião de notas ou por oficiais do Registro Civil das Pessoas Naturais).
 - 3. Em publicações em órgão da Imprensa Oficial, desde que perfeitamente legíveis.

d) Os documentos apresentados em cópias simples, acompanhados dos originais, poderão ser autenticados antes ou durante as sessões de licitação por membros da Comissão Permanente de Licitação, Equipe de Apoio ou por funcionários da Secretaria Municipal de Administração.

e) É vedada aos membros da Comissão Permanente de Licitação, Equipe de Apoio ou aos funcionários da Secretaria Municipal de Administração, a autenticação de cópia simples de documento já autenticado em cartório (por tabelião de notas ou por oficiais do Registro Civil das Pessoas Naturais).

5. CLÁUSULA QUINTA - DA PROPOSTA DE PREÇOS – ENVELOPE Nº 2

O envelope contendo a documentação referente à proposta de preços da Administradora deverá ser lacrado, contendo em sua face externa, os seguintes dizeres:

À
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPORANGA
CRENCIAMENTO SEC. ADM Nº 001/2019
ENVELOPE Nº. 2 – PROPOSTA DE PREÇOS
PROPONENTE:

5.1 A proposta deverá conter:

Preço da(s) mensalidade(s) ofertada(s) pela(s) Administradora(s) de planos(s) de saúde, em 10 (dez) faixas etárias, conforme art. 2º, da Resolução nº 63/2003, da Agência Nacional de Saúde - ANS.

6. CLÁUSULA SEXTA – DAS CONDIÇÕES, ESPECIFICAÇÕES E COBERTURA

6.1 A abrangência territorial devesa disponibilizar cobertura em todo o território do estado de Santa Catarina (mínimo), porém com garantia de atendimento de

urgência/emergência em todo o território nacional quando em trânsito, ou a especialidade não for encontrada no Estado.

6.2 O produto ofertado pela operadora deverá garantir também atendimento eletivo e de emergências no município de Ituporanga.

6.3 A prestação dos serviços de assistência médica e hospitalar será disciplinada pelo Contrato e pelos termos deste instrumento convocatório, em total conformidade com a Lei Federal nº 9.656/1998 e as regulamentações complementares, expedidas pela agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e seu Termo de Referência.

6.4 A adesão dos beneficiários ao presente contrato é facultativo e opcional, sendo o número de vidas descrito neste Termo de Referência meramente estimativo.

6.5 A rede credenciada deverá ser composta por profissionais nas especialidades definidas no Rol pela Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, também conforme Rol definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS.

O atendimento acima referido será efetuado independentemente do local de origem do evento e de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela ANS no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da OMS.

6.7 Fica garantida a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS E DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO

7.1. Até 02 (dois) dias úteis, antes da data fixada para o recebimento dos envelopes, qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos, providências ou impugnar o presente edital.

7.2. Os pedidos de esclarecimento deverão ser encaminhados ao Departamento Administrativo da Secretaria da administração, por escrito, ou ainda, mediante protocolo da solicitação no Departamento de Protocolo da Prefeitura Municipal de Ituporanga, localizado no endereço informado no item 7.3, deste Edital.

7.2.1 Nos pedidos de esclarecimentos encaminhados, os interessados deverão se identificar (CNPJ, Razão Social e nome do representante que pediu esclarecimentos) e disponibilizar as informações para contato (endereço completo, telefone, fax e e-mail).

7.2.2 Os esclarecimentos serão prestados pelo (a) Presidente da Comissão de Credenciamento, por escrito, por meio de e-mail ou ofício.

7.3 O interessado em impugnar os termos deste edital deverá apresentar instrumento de impugnação dirigido ao Presidente da Comissão de Credenciamento, a ser protocolizado junto ao Setor de Protocolo da Prefeitura Municipal de Ituporanga, localizado na Rua Vereador Joaquim Boing, n.40, centro, Ituporanga – SC, no horário de 08h00min (oito) às 17h00min (dezessete) horas, observado o prazo previsto no subitem 7.1. deste edital, fundamentando o alegado e, se for o caso, juntar as provas que se fizerem necessárias;

7.3.1 O Presidente da Comissão de Credenciamento decidirá sobre a impugnação no prazo de 24 (vinte e quatro) horas.

7.3.2 Acolhida à petição contra o ato convocatório, a decisão será comunicada aos interessados.

7.4 Os pedidos de impugnações e esclarecimentos, bem como as respectivas respostas, serão divulgados pela Comissão de Credenciamento por meio do endereço eletrônico: <http://www.ituporanga.sc.gov.br/prefeitura/editais-prefeitura.html>

7.4.1 As respostas aos pedidos de impugnações e esclarecimentos aderem a esse Edital tal como se dele fizessem parte, vinculando a Administração e a(s) Administradora(s) de Plano(s) de Saúde.

CLÁUSULA OITAVA – DA HABILITAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO

8.1 Serão declarados HABILITADOS para o credenciamento todos os requerentes que atenderem às exigências deste Edital e seus Anexos, cujo resultado será publicado no Diário Oficial dos Municípios /-SC e no endereço eletrônico <http://www.ituporanga.sc.gov.br/prefeitura/editais-prefeitura.html>

8.2 Transcorrido o prazo recursal e não havendo contestação, as propostas das empresas declaradas aptas ao credenciamento serão submetidas ao Prefeito Municipal para homologação.

CLÁUSULA NONA – DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

9.1. Perderá o direito às vantagens decorrentes do credenciamento, aquele que não mais fizer parte do quadro de servidores;

9.2. Eventuais alterações ou casos omissos serão acordados entre as partes na forma de aditivos.

9.3. A tolerância do Credenciante, como qualquer atraso ou inadimplemento por parte da Credenciada, não importará, de forma alguma, em alteração contratual ou renovação, podendo o Credenciante exercer seus direitos a qualquer tempo.

9.4. Toda a documentação é complementar entre si, de modo que qualquer detalhe que se mencione em um documento e se omita em outro será considerado especificado e válido.

9.5. O pessoal empregado na execução dos serviços não terá qualquer vínculo empregatício com a Credenciante, sendo de inteira responsabilidade da Credenciada todos os encargos decorrentes das relações de trabalho.

9.6. Compete, ainda, à Credenciada, toda e qualquer responsabilidade, civil, penal, previdenciária e fiscal, com o pessoal empregado ou com terceiros, oriundas da execução deste.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

10.1. SÃO OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO DE ITUPORANGA:

- a. Comunicar à Administradora credenciada a exoneração/ demissão dos servidores do Município de Ituporanga, no prazo máximo de 05 (cinco) dias a partir do desligamento dos mesmos, para que a Administradora credenciada possa proceder sua exclusão e a de seus dependentes do plano contratado;
- b. Colocar à disposição da(s) Administradora(s) de Plano(s) de Saúde informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;
- c. Permitir à(s) Administradora(s) de Plano(s) de Saúde a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;
- d. Garantir espaço adequado aos profissionais da(s) Administradora(s) de Benefícios para garantir serviços de apoio aos beneficiários, incluindo infraestrutura necessária ao atendimento;
- e. Acompanhar e fiscalizar a execução do(s) Termo(s) de Acordos, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercido por um representante do Município de Ituporanga, especialmente designado na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata, comunicando a ocorrência de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas à autoridade superior;
- f. Acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os beneficiários titulares, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes, bem como a disponibilização da rede credenciada.

10.2. SÃO OBRIGAÇÕES DA(S) OPERADORA(S) DE PLANO(S) DE SAÚDE:

a) Cumprir os dispositivos da Lei Federal nº 9.656/98, e da Resolução nº 10/98 de 3/11/1998, alteradas pelas Resoluções nºs 67/2001, 81/2001 e 211/2010 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:

- Oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico, ressalvado o plano ambulatorial;
- Zelar pela boa e fiel execução dos serviços de assistência à saúde aos beneficiários do Município de Ituporanga;
- Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico- Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras);
- Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do Termo de Acordo;
- Possuir central de atendimento para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

10.3. SÃO OBRIGAÇÕES DA EMPRESA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

a. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços de assistência à saúde aos beneficiários do Município de Ituporanga, prestados pelas operadoras conveniadas, de acordo com as disposições da Lei 9.656/98 e da Resolução Normativa nº211/2010 - ANS;

- b. Deverá possuir a facilidade de central de atendimento para os esclarecimentos que se fizerem necessários;
- c. Apresentar aos Beneficiários do Município de Ituporanga, operadoras prestadoras dos serviços de assistência médico hospitalar, devidamente registradas na ANS;
- d. Negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, aplicação de mecanismos de regulação estabelecidos pelas operadoras dos planos de saúde; e reajuste das mensalidades dos planos;
- e. Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica ambulatorial e hospitalar junto aos beneficiários do Município de Ituporanga;
- f. Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas internas do Município de Ituporanga, Termo de Referência e Termo de Acordo específico;
- g. Exigir dos beneficiários documento que comprove seu vínculo junto ao Município de Ituporanga, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;
- h. Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários, bem como efetuar o recadastramento no aniversário do Termo de Acordo específico;
- i. Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços por intermédio das operadoras estipuladas, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- j. Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras contratadas pela Empresa Operadora de Plano de Saúde para a prestação dos serviços de assistência à saúde;

- k. Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica ambulatorial/hospitalar, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;
- l. Intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos, posteriormente comunicando ao Município de Ituporanga;
- m. As Administradoras de Planos de Saúde credenciadas deverão proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a RDC ANS nº 255/2011;
- n. Manter, enquanto durar o ajuste, todas as condições que ensejaram o credenciamento, particularmente ao que se refere à atualização de documentos e as condições exigidas por ocasião da realização de inspeções;
- o. Comunicar o gestor deste instrumento, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços;
- p. É vedado à Empresa Administradora de Plano de Saúde subcontratar total ou parcialmente o objeto do Termo de Ajuste, celebrado junto ao Município de Ituporanga.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCREDENCIAMENTO

11.1 Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no(s) Termo(s) de Acordo(s), a(s) Administradora(s) de Plano(s) de Saúde, garantida a defesa prévia, fica(m) sujeita(s) às seguintes sanções, sem prejuízo da aplicação de outras penalidades previstas na Lei nº 8.666/93:

- I) Advertência por escrito;
- II) Multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento) calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados a (as) operadora (as) do Plano de Saúde, por ventura

inadimplentes (es) indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias, caracterizando inexecução parcial;

III) Multa compensatória no valor de a 5% (cinco por cento) calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados a (as) operadora (as) do Plano de Saúde, indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, no caso de inexecução total dos serviços;

IV) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos

V) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, conforme dispõe o art. 87, inciso IV, da Lei nº 8.666/93.

11.2 As sanções previstas nos subitens I, IV e V poderão ser aplicadas concomitantemente com as dos subitens II e III facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;

11.3 São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições elencadas no presente Edital, no Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao Município de Ituporanga apurada em processo administrativo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA E DO REAJUSTE

12.1. O prazo de vigência do credenciamento é de 12 (doze) meses, iniciando-se sua contagem a partir da data de assinatura do Termo de Acordo, podendo ser prorrogado caso haja interesse das partes, mediante termo aditivo, até o limite de 60 (sessenta) meses.

12.2. Após decorridos 12 (doze) meses, os valores contratuais (mensalidades e coparticipações) serão reajustadas com base no IGP-M acumulado nos 12 (doze) meses anteriores à data base.

12.3. Se o índice previsto acima não recompor o equilíbrio econômico financeiro ao contrato firmado entre as partes, tendo sido apurado índice de utilização igual ou superior a 65% (sessenta e cinco por cento) da receita contratual do período de referência, o reajuste do valor das mensalidades será feito pela obtenção de um percentual de recomposição acordado entre a Contratante e a Contratada, observado o índice de utilização aferido.

12.4. É vedada a inclusão, por ocasião do reajuste, de benefícios não previstos na proposta inicial, exceto quando se tornarem obrigatórios por legislação superveniente.

12.5. O reajuste que se trata esta cláusula será aplicado a todos os beneficiários incluídos no contrato administrativo de plano de saúde, independente de sua data de inclusão.

12.6. Em caso de mudança de faixa etária, ocorrerá mudança de valor do plano de saúde contratado pelo beneficiário, de acordo com a nova faixa etária alcançada. Esta alteração de preços não caracteriza reajuste do valor cobrado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO

13.1. O Município convocará a empresa habilitada pela Comissão de Credenciamento para assinatura do Termo de Acordo, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis a partir do recebimento da convocação.

13.2. Prescreverá o direito de se credenciar os convocados que não assinarem o Termo de Acordo no prazo e condições estabelecidas, conforme modelo do Anexo IV desse edital.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA RESCISÃO

14.1. Qualquer das partes poderá rescindir o Termo de Acordo, mediante prévia comunicação à outra parte, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;

14.2. O Termo de Acordo poderá ser rescindido se:

- a) O Credenciante, sem prévio consentimento formal da Credenciada, negociar, ceder ou emprestar a terceiros, no todo ou em parte, seja a que título for, os direitos e obrigações ora assumidas;
- b) Se qualquer uma das partes se mostrarem inadimplente quanto as obrigações assumidas neste instrumento;
- c) Paralisação total ou parcial dos serviços, por fatos de responsabilidade da Credenciada, por prazo superior a 05 (cinco) dias ininterruptos, salvo por motivo de força maior, devidamente comprovado;
- d) Inobservância as especificações técnicas na execução dos serviços.

§1º: Além das hipóteses anteriores, poderá o Município rescindir o Termo de Acordo, independentemente de qualquer procedimento judicial ou pagamento de indenização, por falência, concordata dissolução da Administradora e, em se tratando de firma individual, por morte de seu titular.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA VINCULAÇÃO

Este Edital de Credenciamento está vinculado ao Processo Administrativo de Credenciamento da Secretaria da Administração nº 001/2019 de forma total e plena, cuja execução exigir-se-á rigorosa obediência às normas do referido processo, sendo o contrato decorrente formalizado, com fulcro no “caput” do art.25 da Lei Federal 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO PAGAMENTO

16.1 Inexiste a indicação e destaque de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Município de Ituporanga a ser repassado diretamente para a(s) Operadora(s) de Plano de Saúde credenciada(s), considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor, através de cobrança efetuada pela Administradora.

16.2 O pagamento poderá ser realizado mediante, desconto em folha de pagamento (com autorização) boleto bancário ou autorização de débito em conta corrente, conforme indicado no ato de adesão do beneficiário.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DOS RECURSOS

17.1. As ocorrências durante o ato de abertura do envelope contendo os documentos de habilitação serão registradas em ata, que será assinada pelos membros da Comissão de Licitação e pelos representantes das operadoras presentes.

17.2. Das decisões da Comissão de Licitação caberão recursos, nos termos do artigo 109 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações.

17.3. Quaisquer recursos relativos a este credenciamento deverão ser interpostos no prazo legal, dirigidos à Comissão de Licitação e protocolizados no Setor de Protocolo/Recepção da Prefeitura de Ituporanga, na Rua Vereador Joaquim Boing, nº40, centro, Ituporanga-SC.

17.4. A Prefeitura de Ituporanga não se responsabilizará por recursos endereçados via postal ou por outras formas.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DO SIGILO

18.1. As partes reconhecem que as informações confidenciais constituem valiosos segredos protegidos legalmente e concordam que as utilizarão somente de acordo com as disposições deste credenciamento e não divulgarão ou permitirão divulgação direta ou indireta a qualquer terceiro alheio a este credenciamento, sem o consentimento escrito da outra parte.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DA REVOGAÇÃO DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA

O presente Edital de Credenciamento poderá ser revogado por razões de interesse público, decorrentes de fatos supervenientes, devidamente comprovados, pertinentes e suficientes para justificar sua revogação.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

20.1. Nenhuma indenização será devida aos participantes pela elaboração e/ou apresentação de documentação relativa ao presente Edital de Credenciamento, ou ainda, por qualquer outro motivo alegado em relação a este processo de credenciamento;

20.2. A inobservância, em qualquer fase do processo de credenciamento, por parte do interessado, dos prazos estabelecidos em notificações pessoais ou gerais, será caracterizada como desistência, implicando sua exclusão do certame;

20.3. A inexatidão de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, será causa de eliminação do interessado do processo de credenciamento, anulando-se a inscrição, bem como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal;

20.4. É de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações e os resultados divulgados no site <http://www.ituporanga.sc.gov.br/prefeitura/editais-prefeitura.html>.

20.5. Os casos omissos serão dirimidos, sucessivamente, pela Comissão de Credenciamento, localizada na Sede da Prefeitura Municipal de Ituporanga.

20.6. É facultada à Comissão ou à autoridade competente, em qualquer fase do credenciamento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar do mesmo desde a realização da sessão pública.

Ituporanga, 18 de fevereiro de 2019.

OSNI FRANCISCO DE FRAGAS
PREFEITO DO MUNICÍPIO

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA DO CREDENCIAMENTO Nº. 001/2019

OBJETO: CREDENCIAMENTO DE ADMINISTRADORA(S) DE PLANO DE SAÚDE, visando a disponibilização de plano de saúde na modalidade de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais, de no mínimo 01 (uma) operadora de plano de saúde, aos servidores públicos municipais ativos e seus dependentes legais, compreendendo **CREDENCIAMENTO DE ADMINISTRADORA(S) DE PLANO DE SAÚDE PARA OFERTA DE PLANO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, NA MODALIDADE “COLETIVO EMPRESARIAL” PARA FUNCIONÁRIOS E SERVIDORES DESTE MUNICÍPIO**, com o fim de celebrar Termo de Acordo com fundamento nos arts. 25, *caput*, e 116 da Lei n. 8.666, de 1993; na Lei n. 9.656, de 1998; nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) n. 195, 196, 211, 261 e 262, entre outras, observadas as alterações supervenientes e de acordo com as regras estabelecidas neste Edital e seus anexos.

Prestação continuada de serviços ou cobertura dos custos assistenciais médico- hospitalares na forma de Plano Privado de Assistência à saúde coletivo empresarial, garantindo a cobertura do Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, com cobertura para todas as doenças do CID – 10 – Código Internacional de Doenças, com finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde, conforme o inciso I do artigo 1º da Lei 9656/98.

1. CONDIÇÕES , ESPECIFICAÇÕES E COBERTURAS

1.1 A abrangência territorial deverá disponibilizar cobertura em todo o território do estado de Santa Catarina (mínimo), porém com garantia de atendimento de urgência/emergência em todo o território nacional quando em trânsito, ou a especialidade não for encontrada no Estado.

1.2 O produto ofertado pela operadora deverá garantir também atendimento eletivo e de emergências no município de Ituporanga.

1.3 A prestação dos serviços de assistência médica e hospitalar será disciplinada pelo Contrato e pelos termos deste instrumento convocatório, em total conformidade com a Lei Federal nº 9.656/1998 e as regulamentações complementares, expedidas pela agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e seu Termo de Referência.

1.4 A adesão dos beneficiários ao presente contrato é facultativo e opcional, sendo o número de vidas descrito neste Termo de Referência meramente estimativo.

1.5 A rede credenciada deverá ser composta por profissionais nas especialidades definidas no Rol pela Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, também conforme Rol definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS.

1.6 O atendimento acima referido será efetuado independentemente do local de origem do evento e de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela ANS no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da OMS.

1.7 Fica garantida a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho

2. TIPO DE PLANO:

Plano de Assistência Médica ou de Seguro Saúde Coletivo: para prestação de assistência médica, hospitalar e obstétrica, ambulatorial e laboratorial, com acomodação coletiva (enfermaria), na modalidade “Coletivo Empresarial

3. DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

3.1. Poderão aderir aos Planos de Assistência à Saúde apresentados pelas Administradoras de Benefícios, credenciadas pelo Município de Ituporanga, os servidores ativos do Município, mediante manifestação expressa junto à Administradora de Benefícios.

3.2. É voluntária a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este Termo de Referência.

3.3. Os servidores ativos do Município de Ituporanga e seus dependentes disporão do **prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação da Administradora de Benefícios, para aderirem aos** Planos de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. **Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 5.2.**

3.4. A transferência de plano inferior para o plano superior (acomodação em apartamento individual) fica garantida a cobertura do padrão inferior até o cumprimento das carências do subitem **5.2.**

3.5. A transferência de plano superior para o plano inferior (acomodação em enfermaria) poderá ocorrer a qualquer tempo, desde que não tenha ocorrido nenhum ato cirúrgico que tenha demandado internação, num período inferior a 180 (cento e oitenta) dias da solicitação.

3.6. Os servidores ativos do Município de Ituporanga, incluídos no Plano de Assistência à Saúde estabelecidos neste Ato, serão excluídos com seus dependentes ao passarem à inatividade. A administradora de Benefícios garantirá a esses servidores inativos a manutenção no Plano de Saúde, após a perda do vínculo com o Município de Ituporanga nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

3.7. Os dependentes que adquirirem essa condição (por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade) após a inclusão dos servidores ativos, integrantes do quadro de pessoal permanente do Município de Ituporanga no Plano de Assistência à Saúde, **terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias,**

ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no citado Plano, sob pena do cumprimento da carência prevista no subitem **5.2**.

3.8. Fica sujeita à carência prevista no subitem **5.2** a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada por servidor ativo, integrantes do quadro de pessoal permanente do Município de Ituporanga.

3.9. A Administradora de Benefícios garantirá aos servidores exonerados de cargos comissionados a manutenção no Plano de Saúde, após a perda do vínculo com o Município de Ituporanga nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

3.10. Poderá a Administradora de Benefícios manter o servidor requisitado como beneficiário do Plano de Saúde, após a perda do vínculo com o Município de Ituporanga nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

3.11. A solicitação de inscrição de beneficiários no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de início da cobertura assistencial e da contagem dos períodos de carência:

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	VIGÊNCIA DA COBERTURA ASSISTENCIAL
1º ao 10º dia	A partir do 1º dia do mês subsequente
11º ao 30º dia	A partir do 1º dia do 2º mês subsequente

3.13. A solicitação de exclusão de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial.

PERÍODO DE EXCLUSÃO	SUSPENSÃO DA COBERTURA ASSISTENCIAL
1º ao 10º dia	A partir do 1º dia do mês subsequente
11º ao 30º dia	A partir do 1º dia do 2º mês subsequente

3.14. Caberá ao Município de Ituporanga a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos servidores ativos integrantes do quadro pessoal permanente ao Município de quando solicitados pela Administradora de Benefícios.

4. DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

4.1. A exclusão do titular no Plano de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição, licença sem vencimento, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, falecimento, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e outras situações previstas em Lei.

4.2. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no Plano de Assistência à Saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º da Lei nº 8.112, de 1990, alterada pelo art. 9º da Lei 11.302, de 10 de maio de 2006.

4.3. Ressalvadas as situações previstas no item 4.1. a Administradora de Benefícios poderá promover a rescisão unilateral do contrato do servidor ativo do Município de Ituporanga e dos beneficiários, I por fraude ou inadimplência por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o servidor seja comprovadamente notificado pela Administradora de Benefícios até o vigésimo quinto (25º) dia de inadimplência.

4.4. É de responsabilidade dos usuários do Plano de Assistência à Saúde do Município de Ituporanga solicitar, formalmente, à Administradora de Benefícios, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

4.5. Os beneficiários excluídos do Plano de Assistência à Saúde do Município de Ituporanga serão responsáveis pela devolução imediata à Administradora de Benefícios de sua carteira de identificação, a de seus dependentes e dos demais vinculados, se houver.

4.6. A exclusão do titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

5. DA CARÊNCIA

5.1 – Não poderá ser exigida qualquer carência para a utilização do Plano de Saúde, tampouco cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que os servidores do Município de Ituporanga realize o contrato com a Administradora de Benefícios em até 30 (trinta) dias contados da publicação do Termo de Acordo, ou em até 30 (trinta) dias contados de sua posse, aplicando-se sempre o prazo que lhe for mais favorável.

5.2 – Para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos estabelecidos no item 5.1, deverão ser cumpridas, no máximo, as seguintes carências:

- a) Consultas.....não há carência
- b) Exames Simples (laboratórios)não há carência
- c) Exames Complementares.....180 dias
- d) Procedimentos Ambulatoriais Especiais.....180 dias
- e) Atendimento Psiquiátrico Ambulatorial.....180 dias
- f) Internamento Clínico/Cirúrgico.....180 dias
- g) Internamento Psiquiátrico180 dias
- h) Partos e Cesariana.....300 dias
- i) Doenças ou lesões pré-existentes.....720 dias
- j) Nutricionista / Psicologia / Fonoaudiologia / Terapia Ocupacional = 180 dias.

Importante Não haverá carências, para empresas com mais de 30 vidas para os segurados que forem incluídas no seguro compulsoriamente (empregados e/ou dependentes).

5.2.1. Durante o período de carência, a cobertura para urgência e emergência ficará limitada a até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento. Quando for necessária a continuidade do atendimento para a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar (como tratamento cirúrgico, parto e outros), ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, e a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário, não cabendo nenhum ônus à operadora contratada pela Administradora de Benefícios ou à Administradora.

5.2.2. Os beneficiários, no ato de sua adesão, deverão preencher o formulário “Declaração de Saúde”, com a finalidade de ser avaliada a necessidade de ser estabelecida cláusula de Cobertura Parcial Temporária (CPT), para os casos de doença ou lesão preexistente, na forma determinada pela Lei nº 9.656/98 e sua atualização.

6. DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

6.1 - O beneficiário deverá informar à Operadora, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

6.2 - Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

6.3 - Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

6.4 - O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela Operadora, sem qualquer ônus para o beneficiário.

6.5 - Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Operadora, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

6.6 - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

6.7 - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela Operadora, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

6.8 - Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Operadora oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso,

ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a Operadora não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

6.9 - Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

6.10 - Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

6.11 - Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a Operadora somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

6.12 - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br

6.13 - É vedada à Operadora a alegação de Doença ou Lesão Pré-existente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

6.14 - Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

6.15 - O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

6.16 - Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a Operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de

informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

6.17 - Instaurado o processo administrativo na ANS, à Operadora caberá o ônus da prova.

6.18 - A Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

6.19 - A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

6.20 - Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

6.21 - Após julgamento, e acolhida à alegação da Operadora, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela Operadora, bem como será excluído do contrato.

6.22 - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

7. DOS BENEFÍCIOS

7.1. As operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefício cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, de acordo com a segmentação de cobertura do produto contratado pelo servidor do Município de Ituporanga.

7.2. A cobertura ambulatorial compreende atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, conforme abaixo listados:

7.2.1. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

7.2.2. Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

7.2.3. Atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas, durante a carência para o plano médico hospitalar; e,

7.2.4. Remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

7.3. Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

b) Quimioterapia ambulatorial;

c) Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);

d) Hemoterapia ambulatorial;

e) Cirurgia oftalmológica ambulatorial, assim caracterizada pela inexistência de suporte anestésico;

f) Tratamento fisioterápico; e,

g) Tratamento fonoaudiológico.

7.4. O tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 211/2010 e normas complementares, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, abrangerão:

7.4.1. Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão), e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

7.4.2. Psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, na forma estipulada no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; e,

7.4.3. Tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

7.5. Os Serviços Hospitalares compreendem a cobertura dos atendimentos feitos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, na forma abaixo especificada:

7.5.1. Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

7.5.2. Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

7.5.3. Diária de internação hospitalar;

7.5.4. Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

7.5.5. Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

7.5.6. Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;

7.5.7. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;

7.5.8. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;

7.5.9. Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

7.5.10. Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

7.5.11. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

7.5.12. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;

7.5.13. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;

7.5.14. Transplantes de córnea, rim e medula óssea, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

a) Despesas assistenciais com doadores vivos;

b) Medicamentos utilizados durante a internação;

c) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

7.5.15. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso a acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência;

7.5.16. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora;

7.5.17. É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas consequências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais;

7.5.18. Cirurgias plásticas reparadoras, quando necessárias à recuperação das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de acidente pessoal ocorrido na vigência do Contrato e aquelas necessárias à correção de lesão, decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna, que tenha se manifestado após a data de adesão do beneficiário e desde que comprovadas por laudo anatomopatológico;

7.5.19. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessários, para outro estabelecimento hospitalar, em qualquer lugar do território estadual (mínimo), utilizando-se dos meios de controle de transporte mais convenientes;

7.5.20. Procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação e prescritos pelo médico assistente, aqui considerado e na forma estabelecida no Rol de Procedimentos Médicos da ANS:

Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

Quimioterapia;

Radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

Hemoterapia;

Nutrição parenteral ou enteral;

Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

Embolizações e radiologia intervencionista;

Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

Fisioterapia;

Próteses intra-operatórias;

Material de osteossíntese, tal como: placas, parafusos e pinos;

Transplantes de rins, córneas e medula óssea serão cobertos com o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio; despesas assistenciais com doadores vivos; medicamentos utilizados durante a internação, inclusive os de uso regular, exceto medicação de manutenção; a partir da alta, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde; Procedimentos obstétricos; e Acompanhamento clínico no pós-operatório dos pacientes submetidos a transplante de córnea e rim exceto medicação de manutenção.

7.5.21. Procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto, com a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular do benefício, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto.

7.6. Atendimentos psiquiátricos ou tratamentos dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas nas Resoluções da ANS em vigor.

8. EXCLUSÕES DE COBERTURA

8.2 - Estão excluídos de todas as coberturas financeiras, os tratamentos, intervenções e despesas não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e os provenientes de:

8.2.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;

8.2.2. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

8.2.3. Inseminação artificial;

8.2.4. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

8.2.5. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;

8.2.6. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

8.2.7. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecido pelas autoridades competentes;

8.2.8. Casos de cataclismos, guerra e comoções internas quando declarados pela autoridade competente;

8.2.9. Procedimentos que necessitem de estrutura hospitalar por mais de 12 horas ou serviços como unidade de terapia intensiva e similares, no caso de Plano Ambulatorial;

8.2.10. Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

8.2.11. Quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação;

8.2.12. Embolizações;

8.2.13. Renovação de restaurações sem indicação clínica e procedimentos odontológicos de natureza estética na substituição de restaurações funcionais;

8.2.14. Procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

8.2.15. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;

8.2.16. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

8.2.17. Tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

8.2.18. Transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;

8.2.19. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

8.2.20. Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

8.2.21. Aplicação de vacinas preventivas;

8.2.22. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

8.2.23. Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;

8.2.24. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

8.2.25. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e,

8.2.26. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

9. DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Atendimentos de Emergência e Urgência conforme a seguir descritos:

9.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;

9.2. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

9.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras 24 (vinte e quatro) horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando se o seguinte:

9.3.1 O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação; e,

9.3.2. Caberão as operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde – SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando à continuidade do atendimento.

10. DO REEMBOLSO

10.1. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados ao beneficiário com assistência à saúde em território nacional, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, e sempre que:

10.1.1. O serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;

10.1.2. Se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;

10.1.3. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de (30) trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.

10.1.4. Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, tais como greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser feito de acordo com as tabelas praticadas pelas operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

10.2. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios os seguintes documentos:

10.2.1. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

10.2.2. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

10.2.3. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e,

10.2.4. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

10.3. Para fins de reembolso, o servidor, ativo ou inativo, e o pensionista deverão apresentar a documentação adequada no prazo máximo de doze meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

11. DA REMOÇÃO

11.1. Fica garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), desde que comprovadamente necessária e dentro dos limites de abrangência geográfica do plano;

11.2. Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

11.2.1. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus;

11.2.2. As operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber; e,

11.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item **10.1.4.** a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

12 . BENEFICIÁRIO(S) DO(S) PLANO(S):

Classificam-se como beneficiários dos planos:

12.1. BENEFICIÁRIO TITULAR – Servidores ativos do Município de Ituporanga.

12.2. BENEFICÁRIO DEPENDENTE:

12.2.1. Cônjuge ou companheiro (a) de união estável;

12.2.2. O Companheiro ou a companheira da união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

12.2.3. A pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;

12.2.4. Os filhos e enteados, solteiros, até 21 anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

12.2.5. Os filhos e enteados, entre 21 e 24 anos de idade, dependentes economicamente do servidor, e estudante de cursos regular reconhecido pelo Ministério da Educação;

12.2.6. O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial observando o disposto nos subitens 12.2.4 e 12.2.5;

12.2.7. A existência do dependente constante nos subitens 12.2.1 e 12.2.2, inibe a obrigatoriedade da inclusão do dependente constante no subitem 12.2.3.

12.2.8. Conforme legislação publicada pela ANS em 25/03/2011 – IN 46 DIOPE e RN 250 e demais atualizações, o servidor deverá entregar obrigatoriamente os seguintes documentos à Administradora de Benefícios:

- a) Para os beneficiários maiores de 18 anos de idade: cópia legível de seu CPF, de sua Identidade e de seu cartão nacional de saúde;
- b) Para os beneficiários menores de 18 anos de idade: cópia legível da certidão de nascimento e de seu cartão nacional de saúde;
- c) Se o beneficiário titular possuir cônjuge como dependente: cópia legível da certidão de casamento;
- d) Se o beneficiário titular possuir companheiro(a) com união estável: apresentar a declaração de união estável, devidamente assinada pelos dois companheiros;
- e) Para todos os beneficiários nascidos a partir de 01 de janeiro de 2010: número da declaração de nascido vivo;
- f) cópia de comprovante de endereço em nome do beneficiário e cópia do CPF e Identidade;
- g) Documento que comprove que o titular é servidor do Município de Ituporanga.

12.3 - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

12.3.1 - A Operadora fornecerá aos beneficiários o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO. Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecida e expedida pela Operadora para os beneficiários cadastrados no Plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou certidão de nascimento para menores de 18 anos.

12.3.2 - O beneficiário, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à Administradora de Benefícios, arcando com as despesas da confecção de outra via, no valor correspondente a ser definido pela Administradora. A Administradora de Benefícios deverá solicitar a segunda via formalmente à Operadora. A Operadora tem o prazo de 30 dias, a contar da data de solicitação, para emitir novo cartão.

12.3.3 - É obrigação do beneficiário, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação, caso contrário poderá responder pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

12.3.4 - Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada a má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem. Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer beneficiário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do beneficiário do plano.

12.3.5 - O cartão de todos os beneficiários será enviado para o beneficiário, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de início de vigência previsto no item 3.12 ou 3.13 deste contrato. A Administradora de Benefícios é responsável por distribuir os cartões do plano e o guia médico aos beneficiários incluídos.

13. **DA MENSALIDADE:** (valores máximos a serem pagos pelos servidores da **PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPORANGA**):

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO APROXIMADO DE ADESÃO	PERÍODO DE 12 MESES	R\$ Unit.	R\$ TOTAL ANUAL POR CADA ADESÃO
0 a 18	30	12	82,83	2.484,90
19 a 23	20	12	96,10	1.922,00
24 a 28	20	12	121,33	2.426,60
29 a 33	25	12	145,37	3.634,25
34 a 38	40	12	158,72	6.348,80
39 a 43	40	12	166,07	6.642,80
44 a 48	20	12	185,51	3.710,20
49 a 53	20	12	199,39	3.987,80
54 a 58	10	12	272,47	2.724,70
59 ou mais	5	12	436,99	2.184,95
Total	230			Xxxx

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO APROXIMADO DE ADESÃO/ PESSOAS	PERÍODO DE 12 MESES	ADESÃO X MESES = TOTAL ANO
0 a 18 anos	30	12 meses	30 ADESÃO X 12 MESES = 360
19 a 23 anos	20	12 meses	20 ADESÃO X 12 MESES = 240
24 a 28 anos	20	12 meses	20 ADESÃO X 12 MESES = 240
29 a 33 anos	25	12 meses	25 ADESÃO X 12 MESES = 300

34 a 38 anos	40	12 meses	40 ADESÃO X 12 MESES = 480
39 a 43 anos	40	12 meses	40 ADESÃO X 12 MESES = 480
44 a 48 anos	20	12 meses	20 ADESÃO X 12 MESES = 240
49 a 53 anos	20	12 meses	20 ADESÃO X 12 MESES = 240
54 a 58 anos	10	12 meses	10 ADESÃO X 12 MESES = 120
59 anos ou mais	5	12 meses	05 ADESÃO X 12 MESES = 60

A OPERADORA DEVERÁ INFORMAR EM SUA PROPOSTA AS FORMAS / OS VALORES MÁXIMOS DE COPARTICIPAÇÃO.

15. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO PAGAMENTO

15.1 Inexiste a indicação e destaque de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Município de Ituporanga, a ser repassado diretamente para a(s) Administradora(s) de Plano de Saúde credenciada(s), considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

15.2 O pagamento poderá ser realizado mediante desconto em folha de pagamento (com autorização) boleto bancário ou autorização de débito em conta-corrente conforme indicado no ato de adesão do beneficiário.

16. OBSERVAÇÕES:

a) Caso sejam credenciados mais de um plano de saúde, fica a critério do servidor a adesão ao mesmo;

b) O Servidor da PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPORANGA, por intermédio da Administradora, deve tomar conhecimento de todas as exigências referentes à Operadora do Plano de Saúde que fizer a escolha, ficando a PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPORANGA isenta de qualquer despesa ou outro fato que venha surgir no decorrer da prestação dos serviços;

c) Validade: O Credenciamento terá validade por 12 (doze) meses, a contar da assinatura do Termo de Acordo com a Administradora (s) de Plano de Saúde.

Ituporanga, 18 de fevereiro de 2019.

OSNI FRANCISCO DE FRAGAS

Prefeito do Município

ANEXO II

MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS 01 PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA ENFERMARIA

Apresentamos e submetemos a apreciação de Vossas Senhorias nossas propostas para mensalidade e prazos de carências, para plano ambulatorial+hospitalar com obstetrícia, com acomodação em enfermaria, obedecendo todas as especificações consignadas no edital de licitação **Credenciamento Sec. ADM nº. 001/2019** e seus anexos, conforme abaixo:

1) Valores do Plano:

FAIXA ETÁRIA	MENSALIDADE
--------------	-------------

0-18	
19-23	
24-28	
29-33	
34-38	
39-43	
44-48	
49-53	
54-58	
59 ou mais	

2) Prazos de Carências – Informar os prazos de carências

3) **VALIDADE DA PROPOSTA:** A proposta deverá ter **no mínimo, 90 (noventa) dias** de validade, contados da data limite para a entrega das propostas).

Xxxxx/sc, ____ de _____ de 2019

Nome e Cargo do Representante da Empresa

ANEXO III – DECLARAÇÕES

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

(PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA)

A _____, CNPJ nº. _____, com sede à _____, declara, sob as penas da lei, que, até a presente data, inexistem fatos impeditivos para sua habilitação, no presente processo licitatório, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Data e local.

Assinatura do Representante Legal da Empresa

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E ATENDIMENTO AOS REQUISITOS DO EDITAL

CRENCIAMENTO Nº xx/2019

DECLARO, para os devidos fins, que tomei(amos) conhecimento de todas as informações constantes do edital de Credenciamento nº xx/2019.

Declaro, ainda que atendo a todas exigências e que detenho(emos) capacidade técnico-operacional (instalações, aparelhamento e pessoal) para comércio do(s) produto(s) para o(s) qual(is) apresentamos Credenciamento.

Declaro, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo administrativo, assim como ciência da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Local, data

IDENTIFICAÇÃO:

Nome ou razão social Micro Empreendedor Individual:

CNPJ:

Endereço, telefone e Fax:

Obs.: Modelo de Declaração a ser utilizada em atendimento ao Edital

**DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO REGULAR PERANTE O MINISTÉRIO DO TRABALHO
(PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA)**

CRENCIAMENTO Nº xx/2019

A _____, CNPJ nº. _____, com sede à _____, declara, sob as penas da lei, para fins do disposto no inciso V do art. 27, da Lei n. 8.666, de 21/06/93, acrescido pela Lei n. 9.854, de 27/10/99, que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, tampouco menor de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 (quatorze) anos, na forma da lei.

Local, data

(nome, R.G, cargo e assinatura do representante legal)

ANEXO IV
CREDENCIAMENTO SEC. ADM 001/2019
MINUTA DE TERMO DE ACORDO

O Município de Ituporanga, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Rua Vereador Joaquim Boing, nº 40, centro, Ituporanga - SC CNPJ nº 83.102.640/0001-30, representado pelo Prefeito Municipal, Sr. **OSNI FRANCISCO DE FRAGAS**, inscrito no CPF sob nº 019.948.599-20 , têm entre si justo e contratado o presente Termo de Acordo, sem ônus, para disponibilização de planos de saúde , na modalidade de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais, aos servidores públicos ativos do município e seus dependentes, com respaldo no Edital de Credenciamento nº, e, ainda, com fundamento no

arts. 25, *caput* e 116 da Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993, mediante as cláusulas e condições seguintes:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 O objeto do presente **TERMO DE ACORDO** é o **CRENCIAMENTO DE ADMINISTRADORA(S) DE PLANO DE SAÚDE**, visando a disponibilização de plano de saúde de assistência à saúde coletivos empresariais, aos servidores públicos municipais ativos e seus dependentes legais, do Município de Ituporanga, compreendendo a **CRENCIAMENTO DE ADMINISTRADORA(S) DE PLANO DE SAÚDE PARA OFERTA DE PLANO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, NA MODALIDADE “COLETIVO EMPRESARIAL” PARA FUNCIONÁRIOS E SERVIDORES DESTA MUNICÍPIO**, conforme previsto no Anexo I do Edital de Credenciamento nº xx/2019.

2. CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES, ESPECIFICAÇÕES E COBERTURA

2.1 A abrangência territorial deves disponibilizar cobertura em todo o território do estado de Santa Catarina (mínimo), porém com garantia de atendimento de urgência/emergência em todo o território nacional quando em trânsito, ou a especialidade não for encontrada no Estado.

2.2 O produto ofertado pela operadora deves garantir também atendimento eletivo e de emergências no município de Ituporanga.

2.3 A prestação dos serviços de assistência médica e hospitalar será disciplinada pelo Contrato e pelos termos deste instrumento convocatório, em total conformidade com a Lei Federal nº 9.656/1998 e as regulamentações complementares, expedidas pela agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e seu Termo de Referência.

2.4 A adesão dos beneficiários ao presente contrato é facultativo e opcional, sendo o número de vidas descrito neste Termo de Referência meramente estimativo.

2.5 A rede credenciada deves ser composta por profissionais nas especialidades definidas no Rol pela Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, também conforme Rol definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS.

2.6. O atendimento acima referido será efetuado independentemente do local de origem do evento e de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela ANS no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde e relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da OMS.

2.7 Fica garantida a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1. Perderá o direito às vantagens decorrentes do credenciamento, aquele que não mais fizer parte do quadro de servidores;

3.2. Eventuais alterações ou casos omissos serão acordados entre as partes na forma de aditivos.

3.3. A tolerância do Credenciante, como qualquer atraso ou inadimplemento por parte da Credenciada, não importará, de forma alguma, em alteração contratual ou renovação, podendo o Credenciante exercer seus direitos a qualquer tempo.

3.4. Toda a documentação é complementar entre si, de modo que qualquer detalhe que se mencione em um documento e se omita em outro será considerado especificado e válido.

3.5. O pessoal empregado na execução dos serviços não terá qualquer vínculo empregatício com a Credenciante, sendo de inteira responsabilidade da Credenciada todos os encargos decorrentes das relações de trabalho.

3.6. Compete, ainda, à Credenciada, toda e qualquer responsabilidade, civil, penal, previdenciária e fiscal, com o pessoal empregado ou com terceiros, oriundas da execução deste.

4. CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

4.1. SÃO OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO DE ITUPORANGA:

a) Comunicar à Administradora credenciada a exoneração/ demissão dos servidores do Município, no prazo máximo de 05 (cinco) dias a partir do desligamento dos mesmos, para que a Administradora credenciada possa proceder sua exclusão e a de seus dependentes do plano contratado;

- b)** Colocar à disposição da(s) Administradora(s) de Plano(s) de Saúde informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;
- c)** Permitir à(s) Administradora(s) de Plano(s) de Saúde a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;
- d)** Garantir espaço adequado aos profissionais da(s) Administradora(s) de Benefícios para garantir serviços de apoio aos beneficiários, incluindo infraestrutura necessária ao atendimento;
- e)** Acompanhar e fiscalizar a execução do(s) Termo(s) de Acordos, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercido por um representante do Município de Ituporanga, especialmente designado na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata, comunicando a ocorrência de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas à autoridade superior;
- f)** Acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os beneficiários titulares, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes, bem como a disponibilização da rede credenciada.

4.2. SÃO OBRIGAÇÕES DA(S) OPERADORA(S) DE PLANO(S) DE SAÚDE:

- a)** Cumprir os dispositivos da Lei Federal nº 9.656/98, e da Resolução nº 10/98 de 3/11/1998, alteradas pelas Resoluções nºs 67/2001, 81/2001 e 211/2010 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:
- Oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico, ressalvado o plano ambulatorial;
 - Zelar pela boa e fiel execução dos serviços de assistência à saúde aos beneficiários do Município de Xxx; Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
 - Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-

Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras);

- Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do Termo de Acordo;
- Possuir central de atendimento para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

4.3. SÃO OBRIGAÇÕES DA EMPRESA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

a) Zelar pela boa e fiel execução dos serviços de assistência à saúde aos beneficiários do Município de Ituporanga, prestados pelas operadoras conveniadas, de acordo com as disposições da Lei 9.656/98 e da Resolução Normativa nº211/2010 - ANS;

b) Deverá possuir a facilidade de central de atendimento para os esclarecimentos que se fizerem necessários;

c) Apresentar aos Beneficiários do Município de Ituporanga, operadoras prestadoras dos serviços de assistência médico hospitalar, devidamente registradas na ANS;

d) Negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, aplicação de mecanismos de regulação estabelecidos pelas operadoras dos planos de saúde; e reajuste das mensalidades dos planos;

e) Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica ambulatorial e hospitalar junto aos beneficiários do Município de Ituporanga;

f) Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas internas do Município de Ituporanga, Termo de Referência e Termo de Acordo específico;

g) Exigir dos beneficiários documento que comprove seu vínculo junto ao Município de Ituporanga, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;

h) Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários, bem como efetuar o recadastramento no aniversário do Termo de Acordo específico;

- i) Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços por intermédio das operadoras estipuladas, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- j) Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras contratadas pela Empresa Administradora de Plano de Saúde para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- k) Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica ambulatorial/hospitalar, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;
- l) Intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos, posteriormente comunicando ao Município de Ituporanga;
- m) As Administradoras de Planos de Saúde credenciadas deverão proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a RDC ANS nº 255/2011;
- n) Manter, enquanto durar o ajuste, todas as condições que ensejaram o credenciamento, particularmente ao que se refere à atualização de documentos e as condições exigidas por ocasião da realização de inspeções;
- o) Comunicar o gestor deste instrumento, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços;
- p) É vedado à Empresa Administradora de Plano de Saúde subcontratar total ou parcialmente o objeto do Termo de Ajuste, celebrado junto ao Município de Ituporanga.

5. CLÁUSULA QUINTA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCREDENCIAMENTO

5.1 Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no(s) Termo(s) de Acordo(s), a(s) Operadora(s) de Plano(s) de Saúde, garantida a defesa prévia, fica(m) sujeita(s)

às seguintes sanções, sem prejuízo da aplicação de outras penalidades previstas na Lei nº 8.666/93:

- I) Advertência por escrito;
- II) Multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento) calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados a (as) operadora (as) do Plano de Saúde, por ventura inadimplentes (es) indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias, caracterizando inexecução parcial;
- III) Multa compensatória no valor de a 5% (cinco por cento) calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados a (as) operadora (as) do Plano de Saúde, indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, no caso de inexecução total dos serviços;
- IV) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- V) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, conforme dispõe o art. 87, inciso IV, da Lei nº 8.666/93.

5.2 As sanções previstas nos subitens I, IV e V poderão ser aplicadas concomitantemente com as dos subitens

II e III facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;

5.3 São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições elencadas no presente Edital, no Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao Município de Ituporanga apurada em processo administrativo.

6. CLÁUSULA SEXTA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA E DO REAJUSTE

6.1. O prazo de vigência do credenciamento é de 12 (doze) meses, iniciando-se sua contagem a partir da data de assinatura do Termo de Acordo, podendo ser prorrogado caso haja interesse das partes, mediante termo aditivo, até o limite de 60 (sessenta) meses.

6.2. Após decorridos 12 (doze) meses, os valores contratuais (mensalidades e coparticipações) serão reajustadas com base no IGP-M acumulado nos 12 (doze) meses anteriores á data base.

6.3. Se o índice previsto acima não recompor o equilíbrio econômico financeiro ao contrato firmado entre as partes, tendo sido apurado índice de utilização igual ou superior a 65% (sessenta e cinco por cento) da receita contratual do período de referência, o reajuste do valor das mensalidades será feito pela obtenção de um percentual de recomposição acordado entre a Contratante e a Contratada, observado o índice de utilização aferido.

6.4. É vedada a inclusão, por ocasião do reajuste, de benefícios não previstos na proposta inicial, exceto quando se tornarem obrigatórios por legislação superveniente.

6.5. O reajuste que se trata esta cláusula será aplicado a todos os beneficiários incluídos no contrato administrativo de plano de saúde, independente de sua data de inclusão.

6.6. Em caso de mudança de faixa etária, ocorrerá mudança de valor do plano de saúde contratado pelo beneficiário, de acordo com a nova faixa etária alcançada. Esta alteração de preços não caracteriza reajuste do valor cobrado

7. CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

7.1. Qualquer das partes poderá rescindir o Termo de Acordo, mediante prévia comunicação à outra parte, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;

7.2. O Termo de Acordo poderá ser rescindido se:

- a) O Credenciante, sem prévio consentimento formal da Credenciada, negociar, ceder ou emprestar a terceiros, no todo ou em parte, seja a que título for, os direitos e obrigações ora assumidas;
- b) Se qualquer uma das partes se mostrarem inadimplente quanto as obrigações assumidas neste instrumento;

c) Paralisação total ou parcial dos serviços, por fatos de responsabilidade da Credenciada, por prazo superior a 05 (cinco) dias ininterruptos, salvo por motivo de força maior, devidamente comprovado;

d) Inobservância as especificações técnicas na execução dos serviços;

§1º: Além das hipóteses anteriores, poderá o Município rescindir o Termo de Acordo, independentemente de qualquer procedimento judicial ou pagamento de indenização, por falência, concordata dissolução da Administradora e, em se tratando de firma individual, por morte de seu titular.

8. CLÁUSULA OITAVA – DA VINCULAÇÃO

8.1. Este Edital de Credenciamento está vinculado ao Processo Administrativo nº de forma total e plena, cuja execução exigirá-se rigorosa obediência às normas do referido processo, sendo o Termo de Acordo decorrente formalizado, com fulcro no “caput” do art.25 da Lei Federal 8.666/93.

9. CLÁUSULA NONA – DA PUBLICAÇÃO

9.1. O presente contrato será publicado em extrato, no Diário Oficial dos Municípios, a ser providenciado pelo Município de Ituporanga.

10. CLÁUSULA DÉCIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO PAGAMENTO

10.1. Inexiste a indicação e destaque de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Município de Ituporanga, a ser repassado diretamente para a(s) Administradora(s) de Plano de Saúde credenciada(s), considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor, através de cobrança efetuada pela Administradora.

10.2. O pagamento poderá ser realizado mediante desconto em folha de pagamento (com autorização) boleto bancário ou autorização de débito em conta corrente, conforme indicado no ato de adesão do beneficiário.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Ituporanga/SC para dirimir quaisquer dúvidas na aplicação deste Termo de Credenciamento, em renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, para firmeza e como prova de assim haverem, entre si, ajustado e acordado, é lavrado este Termo que, depois de lido e achado de acordo, será assinado pelas partes contratantes e pelas testemunhas abaixo, dele extraídas as necessárias cópias que terão o mesmo valor original.

Ituporanga, xx de xx de 2019

OSNI FRANCISCO DE FRAGAS

Prefeito do Município

Empresa Credenciada

Testemunhas:

1ª

CPF

2ª

CPF