



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE RIO DAS ANTAS

**Fundo de Assistência Social e Médica dos Servidores Públicos do
Município de Rio das Antas - FASM**

EDITAL COMPLETO DE LICITAÇÃO TOMADA DE PREÇO Nº 01/2019 – FASM

A Gestora do FUNDO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E MÉDICA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE RIO DAS ANTAS – FASM, representado neste ato pela Gestora a Sra. Cláudia Valéria Dalazem Santos, torna público, que realizará licitação conforme **Processo licitatório nº 0001/2019 na modalidade de Tomada de preços nº 0001/2019** do FASM, avaliado pelo MENOR PREÇO/PERCENTUAL GLOBAL, para a contratação de empresa prestadora de serviço de assistência Médica, hospitalar, diagnóstica e terapia a nível Nacional, para usuários titulares e dependentes, regularmente inscritos no referido fundo. O procedimento licitatório e o contrato que dele resultar obedecerão integralmente às normas da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, da Lei nº 9.656, de 03/06/98 e o estabelecido no edital completo. **As Empresas participantes deverão possuir Registro Definitivo da Operadora na Agência Nacional de Saúde - ANS.**

Os envelopes contendo a DOCUMENTAÇÃO e a PROPOSTA DE PREÇO deverão ser entregues até as 09:00 horas do dia 23 de Dezembro de 2019. respeitando os seguintes horários: Até as 09:00 horas Credenciamento e entrega dos envelopes da Documentação e Proposta de preço com início da sessão as 10:00h do mesmo dia.

Demais informações poderão ser obtidas no setor de Licitações da Prefeitura Municipal, sito a Rua do Comércio, 780, ou pelo fone (0xx49) 3564-0125 - Ramal 202, no horário das 7:00 horas as 13:30 horas. Observando que as empresas não cadastradas, deverão providenciar seu cadastro, nos prazos estabelecidos em Lei.

Tudo conforme o presente edital e seus anexos, demais leis anteriormente mencionadas e ao regulamento do FUNDO.

Poderão participar desta licitação, os proponentes devidamente cadastrados ou que atenderem a todas as condições exigidas para cadastramento até o terceiro dia anterior a data do recebimento das propostas (**conforme Artigo 22, parágrafo 2º da Lei 8.666/93**), e que estejam estabelecidos no País e satisfaçam todas as condições do presente EDITAL DE TOMADA DE PREÇOS. Assim, deverão apresentar 2 (dois) envelopes, (Habilitação e Proposta de Preço), no protocolo da Divisão de Licitações desta Prefeitura, até às **09:00 horas do 23 de Dezembro de 2019.**

DO CREDENCIAMENTO

Na data, hora e local designados para início do credenciamento, serão chamados os representantes das empresas licitantes os quais deverão apresentar ao Presidente da Sessão com documento que comprove a existência dos necessários poderes para representar a empresa, apresentar propostas e praticar todos os demais atos inerentes ao certame. Para o credenciamento deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) No caso do representante ser Sócio-Gerente, diretor, Titular da empresa ou outra denominação, deverá apresentar contrato social **ou** alteração contratual, destacando seu nome e CPF no documento, **OU**, caso o representante não seja sócio-gerente ou diretor, o seu credenciamento far-se-á através de instrumento público ou particular de **procuração, ou termo de credenciamento**, sendo que deverá ser assinado pelo(s) representante(s) legal(ais) da empresa, **com firma reconhecida em cartório;**

b) Cópia do RG (Registro Geral) ou outro documento com foto.

1 - DO OBJETO

1.1 O objeto do presente processo é a contratação de Operadora de Plano de Saúde, com Registro Definitivo na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, habilitada para prestação de serviços de assistência médica, hospitalar e ambulatorial, aos servidores municipais e seus dependentes, em forma de contratação coletiva, nos termos da Lei nº. 9.656, de junho de 1998, atendendo às coberturas previstas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde – ANS, com cobertura hospitalar em enfermaria, sem período de carência, com abrangência NACIONAL, sendo que o atendimento será realizado mediante autorização expressa da Contratante.

1.2 Os serviços de assistência médica, hospitalar e ambulatorial deverão compreender:

- a) Assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, da Organização Mundial da Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas pela ANS;
- b) Consultas médicas, com número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- c) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico-assistente;
- d) Internações hospitalares e em centro de terapia intensiva, ou similar, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo CFM.
- e) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
- f) Exames complementares indispensáveis para o 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;
- g) Atendimento obstétrico;
- h) Cobertura assistencial a recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor usuário, ou de seu dependente, durante os primeiros (30) trinta dias após o parto ou da formalização da adoção;
- i) Demais procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada quando da internação hospitalar, consonante com as resoluções da ANS;
- j) As órteses e próteses cirúrgicas, quando necessárias ao ato cirúrgico;
- k) Transplante de córnea e rim, observada as especificações abaixo:
 - i. Nos transplantes de córnea e rim, as despesas com os produtos vinculados por estes entendidos àqueles necessários à realização do transplante, inclusive despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório, imediato e tardio.
 - ii. Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica;

- l) Atendimento de Urgências e Emergências que implicam em risco imediato de morte e lesões irreparáveis para os servidores;
- m) Atendimento psiquiátrico, tratamento básico, prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento de demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico-assistente;

2 DA HABILITAÇÃO

2.1 Para se habilitar na presente Licitação, as empresas interessadas deverão apresentar os documentos constantes do item 2.3 e seus subitens, observado que os documentos deverão estar dentro do prazo de validade na data de abertura dos envelopes.

2.2 Todos os envelopes deverão ser entregues lacrados, constando na face externa, em seu verso, o nome e o endereço postal do proponente.

2.3 O envelope nº 01 apresentará documentos em original ou por qualquer processo de cópia autenticada, de modo a comprovar a habilitação da empresa do ponto de vista Jurídico, Fiscal, Econômico-Financeiro e Técnico, devendo conter:

- a) Contrato social **ou** a última alteração contratual **ou** consolidado, dentro das normas legais, com objeto social compatível com o objeto licitado, destacando o nome do responsável pela empresa e o número no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF;
- b) Comprovante da eleição dos administradores em exercício;
- c) Comprovação de Registro Definitivo de Operadora junto à Agência Nacional de Saúde - ANS;
- d) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- e) Comprovante de regularidade com a Fazenda Federal, mediante a apresentação da Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, inclusive contribuições previdenciárias (Portaria Conjunta PGFN/RFB nº 02, de 31/08/2005);
- f) Certidão de regularidade com a Fazenda Estadual;
- g) Prova de Regularidade com a Fazenda Municipal, do domicílio ou sede do licitante;
- h) Documento comprovando o Cadastro de Contribuintes Municipal, relativo ao Município sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objetivo do contrato **E MAIS** o Alvará e Localização e Funcionamento da empresa vigente;
- i) Certidão Negativa do FGTS, comprovando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por Lei;
- j) Certidão Negativa de Falência, Concordata e Recuperação Judicial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, expedida pelos sistemas SAJ e EPROC; **verificar a obs. 04 e 05**;
- k) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- l) Declaração de que se vencedor da presente licitação executará o objeto licitado de acordo com todas as especificações constantes no EDITAL, no prazo e preço proposto;

- m) Declaração de que tomou conhecimento de todas as cláusulas e condições do presente Edital, tendo consciência das responsabilidades que a empresa assumirá perante o Município em caso de contratação;
- n) Declaração de que **NÃO** possui fatos impeditivos para contratar com a Administração Pública, entre outros que não foi declarado inidôneo nem suspenso de licitar.
- n) Comprovação, por meio de atestados de capacidade técnica no mínimo 3 (três) atestados, de aptidão para desempenho de atividade compatível em características, quantidades e prazos com o objetivo da licitação com entidade pública ou privada.
- o) Relação de Hospitais, clínicas, laboratórios e demais prestadores credenciados para atendimento Regional;
- p) Relação dos médicos credenciados, no mínimo um em cada uma das seguintes especialidades cujo consultório está distante no máximo 20 km do Município licitante: Pediatria, anestesiologia, clínica médica, cardiologia, cirurgia geral, dermatologia, endocrinologia, ginecologia e obstetrícia, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, pneumologia ou cirurgia torácica e urologia;

Obs.01: A não apresentação dos documentos relacionados acima poderá inabilitar o proponente.

Obs.02: Não será admitida em hipótese alguma a inclusão de qualquer documento durante a sessão pública.

Obs.03: Serão aceitas certidões positivas, quando tiverem efeito de negativa.

Obs.04: A certidão "Falência, Concordata e Recuperação Judicial" deverá ser solicitadas tanto no sistema EPROC quando no SAJ. As duas certidões deverão ser apresentadas conjuntamente, sob pena de inabilitação. A certidão do sistema EPROC poderá ser acessada pelo site <https://certeproc1g.tjsc.jus.br>

Obs.05: Atenção especial a obs. 04): As duas certidões devem mencionar: Certidão Negativa de Falência, Concordata e Recuperação Judicial, uma do sistema SAJ e outra EPROC).

Obs.06: Fica dispensado a apresentação da certidão de falência e concordata do sistema EPROC, para Estados em que não disponibilizam esta certidão. (A comissão verificará a veracidade da informação).

2.4 Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em original ou por qualquer processo de cópia, autenticada por Cartório Competente ou por servidor da administração, conforme **Art. 32 da Lei 8.666/93 e alterações subsequentes.**

2.5 Ficam dispensados de autenticação em cartório os documentos emitidos pela Internet, que serão conferidos pela Comissão Julgadora, via Internet, na data da abertura ou posteriormente a critério da comissão.

2.6 Serão considerados inabilitados de imediato os proponentes que deixarem de apresentar qualquer documento exigido ou apresentarem documentação com prazos vencidos ou de forma incompleta.

2.7 Os documentos deverão ser entregues (protocolados) no Protocolo da Divisão de Licitações da Prefeitura Municipal, em envelope opaco e fechado, contendo na sua parte externa e frontal, como sugestão, os seguintes dizeres:

RAZÃO SOCIAL DO PROPONENTE
FASM – RIO DAS ANTAS - SC
A/C – COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÕES
TOMADA DE PREÇOS NR. 01/2019 - FASM
ENVELOPE Nº 01 – HABILITAÇÃO

2.8 A Comissão reserva-se o direito a não receber os envelopes protocolados fora do horário e do prazo estipulados no presente Edital.

3 DA ABERTURA DO ENVELOPE DE HABILITAÇÃO

3.1 Os envelopes serão abertos pelo Presidente e membros da Comissão Permanente de Licitações e todas as folhas serão rubricadas pelos respectivos integrantes, ficando à disposição dos licitantes para que assim também procedam.

3.2 Os proponentes que, independente do motivo, deixarem de apresentar qualquer um dos documentos exigidos para habilitação, ou os apresentar em desacordo com as formas previstas neste edital, serão de pronto inabilitados, sendo que o envelope referente à PROPOSTA DE PREÇO, ficará retido nos autos, até a finalização do processo, fazendo-se constar em Ata tal ocorrência.

3.3 Caso o licitante inabilitado por este processo manifeste intenção de exercer o direito de petição de recurso, seu envelope só poderá ser devolvido após o decurso de prazo legal.

3.4 Ficarão sob a guarda da Comissão, os envelopes PROPOSTA DE PREÇO, de todos os licitantes habilitados, mesmo que algum tenha sido objeto de recurso. Decorrido todos os prazos de recursos, a Comissão de Licitação marcará a data, hora e local da abertura dos envelopes PROPOSTA DE PREÇO, comunicando a todos os interessados por escrito.

3.5 Todos os documentos, após rubricados, deverão ser examinados pelos membros da Comissão e pelos proponentes, sendo registrado em Ata as impugnações, soluções e manifestações de concordância para o prosseguimento do processo licitatório.

3.6 Qualquer impugnação ou interposição de recurso poderá ser manifestada e deverá ser registrada em ata. Caso algum proponente inabilitado manifeste intenção de exercer o direito de petição de recurso, o prazo será de 5 (cinco) dias úteis a partir da data da abertura dos envelopes de HABILITAÇÃO.

3.7 Interposto o recurso será comunicado aos demais licitantes, que poderão impugná-lo no prazo de 5 (cinco) dias úteis.

3.8 As decisões dos recursos impetrados, a abertura dos envelopes PROPOSTA DE PREÇO das empresas atingidas pela impugnação, serão comunicadas a todos os proponentes participantes, por escrito.

3.9 Os licitantes que tiverem suas propostas impugnadas e que após o julgamento dos recursos forem desqualificados, receberão de volta o envelope PROPOSTA DE PREÇO.

3.10 Estarão habilitados os licitantes que atenderem a todas as exigências contidas na HABILITAÇÃO do presente edital.

3.11 Recursos para anulação da licitação não terão efeito suspensivo.

4 DAS PROPOSTAS

4.1 As propostas deverão ser elaboradas observando rigorosamente as instruções contidas neste Edital e apresentadas em papel timbrado do licitante.

- 4.2 A proposta deverá ser apresentada em meio impresso, por meio de impressora gráfica a laser, sem emendas, rasuras ou entrelinhas.
- 4.3 As propostas deverão ser baseadas na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM mais atual ou outra tabela oficial da Associação Médica Brasileira que venha a substituir esta, com a respectiva banda variável. Deverão constar, ainda, o Preço Unitário de taxa de inclusão de Usuários; Taxa de administração dos serviços; segunda via do cartão de identificação. Todos os documentos deverão ser carimbados e assinados pelo representante legal da empresa proponente.
- 4.4 Para cotar sua proposta, os proponentes deverão observar que o preço máximo a ser pago pela contratante é o Previsto na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM, mais atual, devendo em sua proposta constar os percentuais de banda variável permissíveis pela tabela.
- 4.5 Anexo às propostas deverão, obrigatoriamente, constar listagem, prospectos ou catálogos contendo os nomes e endereços dos profissionais, das clínicas, dos ambulatórios, dos hospitais, dos laboratórios credenciados para o atendimento regional.
- 4.6 Na listagem e prospectos supra citados deverão constar nomes de profissionais/clínicas que deverão obrigatoriamente estar instalados no município e/ou em um raio máximo de 20 quilômetros da sede do município.
- 4.7 As propostas deverão atender a todas as exigências deste Edital e os atendimentos se realizarão mediante autorização padronizada emitida pela Contratada (quando necessário).
- 4.8 As propostas que deixarem de atender o exigido neste edital serão de pronto desclassificadas, assim como valores acima da banda máxima permitida pela tabela CBHPM mais atual, serão consideradas desclassificadas.
- 4.9 A proposta, após entregue e protocolada, é irretratável e irrenunciável.
- 4.10 A proposta deverá ser entregue em envelope fechado, contendo na sua parte externa e frontal, como sugestão os seguintes dizeres externos:

RAZÃO SOCIAL DO PROPONENTE
FASM – MUNICIPIO DE RIO DAS ANTAS – SC
A/C – COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÕES
TOMADA DE PREÇO Nº 01/2019 - FASM
ENVELOPE Nº 02 - PROPOSTA DE PREÇO

- 4.11 O prazo de validade da proposta não deverá ser inferior a 60 (sessenta) dias para assinatura do contrato.

5 DA ABERTURA DO ENVELOPE DA PROPOSTA DE PREÇO

- 5.1 No dia e na hora mencionados neste edital (Item 6.1), ou outra data e horário definidos pela Comissão Julgadora na hipótese de haver petição de recurso, dar-se-á início à abertura dos envelopes denominados PROPOSTA DE PREÇO.
- 5.2 O presidente da Comissão Julgadora abrirá os envelopes e juntamente com os membros da Comissão analisará os preços das propostas de cada proponente, os quais deverão constar em Ata.

- 5.3 Todas as folhas serão rubricadas pelos membros da Comissão de Licitação, ficando a disposição dos licitantes para o mesmo procedimento e análise das propostas.
- 5.4 Qualquer impugnação ou interposição de recurso deverá ser manifestada e transcrita em ATA.
- 5.5 O prazo para formalização dos recursos é de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir da abertura do envelope da PROPOSTA DE PREÇO, comunicados a todos os interessados o resultado após análise das propostas.
- 5.6 Os licitantes que tiverem suas propostas impugnadas e obtiverem rejeição aos recursos após julgados, serão desclassificados.
- 5.7 Efetuados todos os procedimentos anteriores, o Presidente dará por encerrada a sessão, constando em ATA, que será assinada pela Comissão Julgadora e pelos proponentes presentes.

6 DO VALOR MÁXIMO PARA COTAÇÃO

- 6.1 O valor máximo para contratação deverá levar em conta o levantamento de mercado feito pela Comissão, baseado em contratos semelhantes em Municípios vizinhos e na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM mais atual, respeitando-se o teto máximo previsto na tabela elaborada a partir do referido levantamento, sob pena de recusa das propostas que extrapolarem o preço médio de mercado e, por conseguinte, de não efetivação da contratação se todos os licitantes apresentarem preços acima do preço médio de mercado, ficando os proponentes cientes da presente condição.

7 DO JULGAMENTO E APRESENTAÇÃO DAS PROPOSTAS

- 7.1 Os envelopes das PROPOSTAS dos licitantes habilitados serão abertos na seqüência no mesmo local, pela Comissão de Licitação, desde que haja renúncia de TODOS os proponentes de interposição de recurso com relação a habilitação ou inabilitação, mediante assinatura em termo de renúncia.
- 7.2 Não ocorrendo a aceitabilidade de TODOS, a abertura das propostas de preço será determinada em ata ou em caso de intenção de recurso registrado em ata pelo proponente, será definida nova data para julgamento das propostas de preço.
- 7.3 A Tomada de Preço será do tipo MENOR PREÇO/PERCENTUAL, havendo empate entre duas ou mais propostas, será definido como vencedora aquela que for a mais vantajosa.
- 7.4 Na proposta de preço deverá constar todos os dados da empresa, ser carimbada e assinada por representante legal e demais observações que entender seja necessários para melhor identificar a melhor proposta e deverá obrigatoriamente estar em destaque os itens abaixo, como segue:

TAXA DE ADMINISTRAÇÃO _____ % (máximo até 20%)

VALOR DE INSCRIÇÃO POR USUÁRIO R\$ _____ (Até R\$ 20,00)

TAXA DE INTERCÂMBIO _____ (máximo até 7,5%)

(Poderá ser adicionado outros benefícios)

- 7.5 **A COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÕES analisará as propostas apresentadas e escolherá aquela que entender ser a mais vantajosa para o Fundo, servidores e seus dependentes.** A Comissão julgadora, caso entenda ser necessário, poderá convocar outros profissionais com experiência na área, para auxiliarem na escolha da melhor proposta.

7.6 O licitante preencherá sua proposta em papel timbrado, sem rasuras ou borrões, em moeda corrente nacional, contendo os valores unitários e totais, com todos os dados de forma a permitir uma única interpretação, contendo ainda o prazo de validade, as condições de pagamento, o índice de correção (cf. item 12.2), admitida para contratos desta natureza, e demais observações relativas ao objeto e evidenciará claramente:

- a) O valor para cadastramento de cada beneficiário e de cada dependente no sistema a ser proposto, tudo em conformidade com a minuta do contrato a ser firmado que é parte integrante deste edital;
- b) O valor ou percentual correspondente à taxa de administração cobrada pelo proponente;
- c) A proposta não deverá divergir do disposto na minuta do contrato que é parte integrante deste edital.

OBS.:) O valor de cada procedimento médico a ser fornecido, consoante ao objeto deste edital, não deverá exceder o que preconiza a edição mais atual da CBHPM ou tabela oficial da AMB que venha a substituí-la.

8 DAS CONDIÇÕES PARA ATENDIMENTO

8.1 Os atendimentos somente poderão ser realizados em nível nacional, sempre mediante autorização padronizada emitida pela Contratante e o servidor será identificado por meio de um Cartão de Identificação, que deverá ser fornecido pela proponente contratada.

8.2 Todos os procedimentos e atendimentos aos servidores e seus dependentes deverão ser no consultório, hospital ou ambulatório escolhidos pelo servidor, quanto houver mais de uma opção, dentre os relacionados pela proponente.

8.3 Os usuários titulares e seus dependentes, regularmente inscritos nos serviços de atendimento, terão direito ao atendimento médico, ambulatorial, hospitalar e obstétrico em acomodação enfermagem (quarto coletivo), a ser realizada em rede autorizada ou credenciada da proponente contratada, segundo abrangência definida neste Edital e realizado por médicos credenciados e ou cooperados. Respeitando o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do Evento.

8.4 Atendimentos e Procedimentos que não serão pagos pela Contratante e deverão ser excluídos dos atendimentos contratados:

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) Procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- c) Inseminação artificial;
- d) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- e) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- f) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto quando estiver vinculado ao tratamento antineoplástico oral e/ou venoso ou para controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento oncológico, previsto no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente, quando atendidas as diretrizes de utilização;
- g) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- h) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

- i) Casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- j) Transplantes e as despesas dele decorrentes, com exceção de córnea e rim;
- k) Consultas, internações e demais atendimentos domiciliares, tais como home care;
- l) Quaisquer tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buço-maxilo-faciais que necessitem de internação em ambiente hospitalar;
- m) Exames admissionais, demissionais e periódicos;
- n) Acidente do trabalho e procedimentos de recuperação e reintegração do usuário em suas atividades profissionais quando dela decorrentes, além de consultas e exames derivados da NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho.

9 DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

- 9.1 Os pagamentos serão efetuados mensalmente, até o décimo dia do mês subsequente ao atendimento, após a emissão e apresentação da Nota Fiscal ou Fatura de Serviço na sede do FASM.
- 9.2 O atendimento deverá ser realizado, conforme o caso, em consultórios médicos, ambulatórios, laboratórios e hospitais mediante autorização.
- 9.3 Para atendimento, o servidor apresentará uma autorização padronizada fornecida pela pessoa responsável. O atendimento sem autorização, somente será pago se houver comprovação de urgência ou emergência
- 9.4 A entrega da Nota Fiscal ou Fatura dos serviços utilizados pelos servidores ou seus dependentes, e efetivamente realizados pela proponente contratada, deverá ser entregue na sede do Fundo, sito a Rua do Comércio, 780, sem ônus para o Contratante, com a relação de procedimentos, atendimentos e discriminação de todos os materiais ou insumos utilizados devidamente assinados pelo servidor que fez uso.
- 9.5 O prazo máximo para atendimento aos servidores deverá ser imediato, após entrega da autorização padronizada.
- 9.6 O Fundo Municipal informará à Contratada a relação dos servidores, incluindo titulares e seus dependentes, conforme especifica a Legislação pertinente, com nome completo, idade, qualificação completa, inclusive CPF e nome da mãe de cada um deles para emissão de carteira ou cartão de identificação do servidor que deverá ser emitida pela proponente vencedora.
- 9.7 O Fundo Municipal poderá, sempre que necessário, incluir novos servidores e/ou dependentes, encaminhando relação à proponente vencedora, que deverá fornecer Cartão Individual de Identificação, contendo no mínimo prazo de validade, data de nascimento e atendimentos mínimos.

10 DO PROCESSO DE LICITAÇÃO E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

- 10.1 O Contrato a ser firmado com o licitante vencedor, cuja minuta integra o presente, tem por base o Edital PP 0001/2019 DO FASM.
- 10.2 As despesas correrão por conta do orçamento, na dotação Orçamentária dos referidos exercício de contratação.

11 DO CONTRATO E DA MULTA

- 11.1 O proponente vencedor terá o período de 05 (cinco) dias, após homologação, para assinatura do Contrato.

- 11.2 A não assinatura do contrato, pelo proponente vencedor, no prazo estabelecido neste edital, por qualquer motivo ou razão, bem como a entrega dos objetos fora das especificações aqui exigidas, implicará no pagamento de multa prevista em Lei.
- 11.3 Pela inexecução total ou parcial do contrato, a Administração do Fundo poderá aplicar ao contratado as sanções previstas no art. 87 da Lei 8.666/93 e alterações.
- 11.4 Em caso de infração de qualquer disposição deste edital ou do contrato, poderá ser aplicado ao infrator, seja na fase de procedimento licitatório ou durante a execução do contrato, multa penal de até R\$ 10.000,00 (dez mil reais) sem prejuízo de responder o proponente ou contratado pelos demais danos decorrentes da infração.

12 DO REAJUSTAMENTO

- 12.1 O contrato somente poderá sofrer reajuste após decorridos 12 (doze) meses de seu início. Havendo reajuste para o período deverá ser requerido pelo proponente vencedor, mediante comprovação de aumento dos insumos ou serviços que será analisado, viabilizado e autorizado pela Contratante.
- 12.2 O índice de reajuste será de conformidade com o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), acumulado no período de reajuste, ou por outro que o substitua.

13 ESCLARECIMENTOS, ADITAMENTOS E PRAZO DE VIG. DO CONTRATO

- 13.1 Esclarecimentos de dúvidas sobre os documentos da licitação só serão atendidos mediante solicitação por escrito, encaminhada a Comissão de Licitação até 05 (cinco) dias corridos antes da data marcada para o recebimento das propostas. A Comissão responderá as questões consideradas pertinentes, formuladas através de carta, fax ou mensagem eletrônica, via e-mail, a todos os interessados que tenham adquirido o edital da licitação, apresentando a pergunta formulada e sua resposta, encaminhando-as até 48 (Quarenta e oito horas) horas. As informações prestadas pela Comissão serão numeradas sequencialmente e serão consideradas como aditamentos ao Edital, sendo juntadas ao processo licitatório.
- 13.2 Não serão levadas em consideração pelos proponentes quaisquer consultas, pleitos ou reclamações que não tenham sido formuladas por escrito e devidamente protocoladas. Em hipótese alguma serão aceitos entendimentos verbais entre as partes.
- 13.3 Prazo de Vigência do Contrato: O Contrato terá duração de 60 (sessenta) meses consecutivos, contados da sua assinatura, conforme determina a Lei 8.666/93, atualizada pela Lei 8.883/94 e alterações posteriores, em seu art. 57, inciso II.**

14 DAS INFORMAÇÕES GERAIS

- 14.1 Terão acesso a presente Tomada de Preço as empresas brasileiras, inscritas no registro cadastral da Prefeitura Municipal de Rio das Antas, ao qual o FUNDO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E MÉDICA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE RIO DAS ANTAS – FASM encontra-se vinculado. É vedada a participação de empresas:
- a) Em consórcio;
 - b) Que tenham sido declaradas inidôneas ou suspensas do direito de licitar e contratar com a Administração Pública.
- 14.2 O Contratado poderá subcontratar parte dos serviços, respondendo perante a Administração do Fundo com exclusividade pela fiel execução da integralidade de todos os serviços previstos neste edital e no contrato.

- 14.3 O Município reserva-se o direito de adquirir em todo ou em parte o objeto licitado, toda ou em parte as quantidades licitadas.
- 14.4 O não comparecimento do licitante ou seu representante ao ato de abertura dos envelopes da Documentação e das Propostas de Preço e a falta de sua assinatura nas respectivas atas, implicará na aceitação das decisões da Comissão Permanente de Licitações.
- 14.5 Os representantes das empresas proponentes que se fizerem presentes ao ato de abertura dos envelopes deverão estar munidos de instrumento de mandato com outorga de poderes para a representação das mesmas.
- 14.6 O Proponente Vencedor deverá apresentar-se até cinco dias úteis após a publicação da homologação do certame para celebrar o competente contrato e receber instruções para o início do atendimento.
- 14.7 O FUNDO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E MÉDICA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE RIO DAS ANTAS – FASM, poderá revogar ou anular esta licitação nos termos do art. 49 da Lei 8.666/93 e alterações Posteriores.
- 14.8 Não serão admitidas a esta licitação as empresas suspensas ou impedidas de licitar, bem como as que estiverem em regime de falência ou concordata.

15 DOS PRAZOS E RECURSOS ADMINISTRATIVOS

- 15.1 Aos proponentes é assegurado o direito de interposição de Recurso Administrativo, nos termos do art. 109 da Lei n.º 8.666/93, o qual será recebido e processado nos termos ali estabelecidos.
- 15.2 Não serão levadas em consideração pela Comissão quaisquer solicitações de recurso, consultas ou reclamações que não tenham sido formuladas por escrito e devidamente protocoladas no Departamento de Licitações da Prefeitura Municipal no seguinte endereço: Rua do Comércio, 780, Centro, em Rio das Antas – SC, dentro do prazo legal.

16 DAS PENALIDADES

- 16.1 Pela inexecução total ou parcial do Contrato, o Município poderá, garantida a prévia defesa, aplicar a empresa infratora as sanções previstas nos artigos 86 e 87 da Lei n.º 8.666/93 e suas alterações e a multa mencionada no item 11.4 do presente edital.

17 DA LEGISLAÇÃO E NORMAS APLICÁVEIS

- 17.1 Aplica-se à presente licitação as disposições constantes na Lei **8.666/93** e suas alterações subsequentes. Havendo divergências entre o edital e a referida Lei, prevalecerão as normas desta.
- 17.2 O Presente Edital poderá ser anulado pelo Presidente da Comissão Permanente de Licitação se assim determinar o interesse público, sem que caiba aos participantes qualquer indenização Judicial ou Extrajudicial.
- 17.3 Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão de Licitação, aplicando as disposições da Lei nº 8.666/93, suplementada pela Lei nº 8.883/94 e alterações posteriores, sujeitando-se todos os licitantes aos termos e condições do presente Edital e seus anexos, devendo cumpri-los fielmente em seus detalhes e especificações.
- 17.4 A Comissão de Licitação prestará todos os esclarecimentos aos interessados, estando disponível para atendimento de segunda a sexta feira, das 07h00min. às 13h00min, na Sede Administrativa Municipal.

18 DO FORO

18.1 Fica eleito o foro da Comarca de Caçador (SC), com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões decorrentes da plena e fiel execução do presente Edital.

18.2 São partes integrantes deste Edital os seguintes Anexos:

- a) ANEXO I.....Minuta do Contrato;
- b) ANEXO II....Relação de beneficiários;
- c) ANEXO III... Recibo de retirada do edital.

Rio das Antas – SC, 02 de Dezembro de 2019.

Cláudia Valéria Dalazem Santos
Gestora do F.A.S.M.

ANEXO I - MINUTA DO CONTRATO

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL N° _____ (NOME DO PLANO) CUSTO OPERACIONAL (PÓS-PAGAMENTO) PLANO REFERÊNCIA - ACOMODAÇÃO COLETIVA
--

CLÁUSULA 1ª - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE**a) QUALIFICAÇÃO DO(A) CONTRATANTE**

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____

b) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Operadora: _____

CNPJ: _____ Registro da Operadora na ANS n° _____

Classificação: Cooperativa Médica

Endereço: _____ CEP. _____

Bairro: _____ Cidade _____ /SC

c) NOME COMERCIAL DO PLANO: _____

Nº DO REGISTRO NA ANS: _____

d) TIPO DE CONTRATAÇÃO: O presente contrato observa o *Regime de Contratação Coletivo Empresarial*, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção a saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

e) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE: Plano-Referência previsto na Lei 9656/98, que abrange as segmentações ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação coletiva.

f) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE: A área de abrangência geográfica do presente contrato é nacional, compreendendo todo território nacional.

g) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE: A área de atuação do presente contrato é **TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**.

h) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO: A internação se dará em quarto coletivo (enfermaria).

Parágrafo Primeiro. Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fizer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a CONTRATADA.

Parágrafo Segundo. Enquanto não houver disponibilidade do tipo de leito hospitalar contratado, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação de nível superior, sem ônus adicional.

i) FORMAÇÃO DE PREÇO: Trata-se de plano de assistência à saúde com valores pós-estabelecidos pelo sistema custo operacional, onde o valor da contraprestação pecuniária mensal é pago pelo (a) CONTRATANTE após a realização das despesas com as coberturas contratadas.

CLÁUSULA 2ª – ATRIBUTOS DO CONTRATO

Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido no inciso I do artigo 1º da Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, a preços pós-estabelecidos pelo sistema custo operacional, por prazo indeterminado, com cobertura de custos de assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia na segmentação referência. A cobertura será dada para o tratamento das doenças definidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10), limitada pelos procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento. Os procedimentos serão prestados por profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

Parágrafo Primeiro. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, conforme o disposto nos artigos 458 a 461, do Código Civil Brasileiro, também estando sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA 3ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

I – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE

O Plano coletivo empresarial se destina as peçoas jurídicas que mantém vínculo empregatício ou estatutário com o beneficiário titular.

Parágrafo Primeiro: Por ocasião da contratação do plano de saúde o(a) CONTRATANTE deve atender às condições de admissão e prazos abaixo:

- a) Comprovar a sua legitimidade mediante a apresentação dos documentos abaixo listados:
 - Cópia do: contrato social com a última alteração, devidamente registrada no órgão competente, cartão do CNPJ, comprovante de endereço e telefone;
- b) a relação dos funcionários inscritos no FGTS;
- c) o número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato é de 100 (cem) beneficiários;
- d) Preenchimento e assinatura dos documentos abaixo:
 - Contrato e Proposta de Contratação;
 - Formulário de Cadastro, um para cada titular com ou sem dependentes, assinado pelo titular e CONTRATANTE;

Parágrafo Segundo. O(A) CONTRATANTE informará a CONTRATADA a relação dos beneficiários a serem inscritos no plano de saúde, através do Formulário Cadastral, podendo incluir novos beneficiários ou excluir a qualquer momento, observadas as condições de admissão.

Parágrafo Terceiro. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pelo(a) CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais que atestem a condição de dependência.

Parágrafo Quarto. É de responsabilidade do (a) CONTRATANTE manter atualizada, através do Formulário Cadastral, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa, indicadas nos formulários, tais como: número do CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (Cadastro Nacional de Saúde), nome da mãe e endereço do beneficiário titular, outros. Também é de

responsabilidade do(a) CONTRATANTE informar a CONTRATADA o número do CPF dos dependentes inscritos no plano quando completarem 18 (dezoito) anos.

Parágrafo Quinto. Os Formulários Cadastrais serão também assinados pelos beneficiários titulares, ficando o (a) CONTRATANTE responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares.

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS E EXCLUSÕES

São considerados beneficiários titulares do plano de saúde aqueles vinculados à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, conforme informações prestadas nos Formulários Cadastrais preenchidos pelos interessados:

- **Entende-se como relação empregatícia ou estatutária** os empregados/funcionários da pessoa jurídica CONTRATANTE que mantém vínculo laboral;

Também são considerados beneficiários titulares do plano de saúde os:

- a) servidores efetivos;
- b) servidores temporários;
- c) Servidores comissionados;
- d) quando o plano for contratado na forma da Lei 8.666/93, a pessoa jurídica contratante poderá inscrever:
 - os aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante;
 - os agentes políticos.

Parágrafo Primeiro: Também poderão ser inscritos os dependentes do beneficiário titular abaixo indicados:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros até 18 anos incompletos;
- c) os enteados solteiros até 18 anos incompletos;
- d) a companheira ou companheiro, havendo união estável;
- e) os filhos incapazes a partir de 18 anos.

Parágrafo Segundo. O ingresso dos dependentes dependerá da inscrição do beneficiário titular no plano.

Parágrafo Terceiro. É assegurada a inscrição de recém nascido filho natural ou adotivo, sob guarda ou tutela, filho do titular ou de seu dependente, conforme condições abaixo:

1. Filho natural – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias após o nascimento;
2. Filho adotivo e menor sob guarda ou tutela – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias da tutela ou guarda;
3. Deve atender os critérios e elegibilidade (grau de dependência) estabelecida nesta cláusula;
4. Sem imposição de carências e análise de DLP;
5. Seja apresentada a certidão de nascimento ou termo de guarda ou tutela;
6. Seja paga a inscrição e as taxas cabíveis do recém nascido no vencimento.

Parágrafo Quarto. Também é assegurada a inscrição de menor de 12 (doze) anos adotado, sob guarda ou tutela e filho cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, conforme condições abaixo:

1. A inscrição deve ser realizada em até 30 dias a contar da guarda, tutela ou adoção ou reconhecimento da paternidade;
2. Sem imposição de carências e análise de DLP;

3. **Deve atender os critérios e elegibilidade (grau de dependência) estabelecida nesta cláusula;**
4. **Seja apresentada a certidão de nascimento, termo de guarda ou tutela, ou sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento de paternidade;**
5. **Seja paga a inscrição e as taxas cabíveis no vencimento.**

Parágrafo Quinto. A inscrição dos beneficiários no plano deve ser comunicada pelo(a) CONTRATANTE a CONTRATADA.

Parágrafo Sexto. A inscrição do beneficiário titular e dependentes, fica condicionada a apresentação da documentação abaixo, podendo ser necessários outros documentos não listados, em atendimento as determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

TITULAR:

- **Cópia RG, CPF, CNS e RIC**
- **Comprovante de residência** em nome do **titular** ou outro documento que comprove, conforme exemplos abaixo:
 - Conta de água, luz ou telefone
 - Contrato de Locação
 - Declaração de endereço
- **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:**
 - a) **Funcionários:**
 - Contra cheque, folha de pagamento, portaria de nomeação/designação
 - b) **Temporário:**
 - Portaria de nomeação/designação
 - c) **Agente Político**
 - Documento de Diplomação – que comprove a sua nomeação ao cargo.
 - d) **Os aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante**
 - Portaria comunicando a aposentadoria.

DEPENDENTES:

- **Esposa:** Cópia RG, CPF, CNS, RIC e Certidão de Casamento;
- **Companheira:** Cópia RG, CPF, CNS, RIC e Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório);
- **Filhos menores de 18 anos:** CNS, e Cópia da Certidão de Nascimento;
- **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;
- **Filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente:** Mesma documentação prevista para filhos menores de 18 anos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento de paternidade;
- **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e comprovação de convivência do casal;
- **Filho Incapaz a partir de 18 anos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e Termo de Curatela ou Tutela ou laudo da perícia médica do INSS ou relatório de junta médica.

CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

O beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos no Plano de Saúde têm direito ao atendimento médico, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, executados nos hospitais, clínicas e laboratórios integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, por médicos cooperados, profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe. O atendimento será realizado de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, devendo ser assegurado independentemente da circunstância e local de origem daquele,

respeitadas a área de abrangência, área de atuação, segmentação e a cláusula de exclusão de coberturas do contrato e incluirá:

- 1) assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei e no contrato.
- 2) consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 3) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 4) cobertura de medicamentos registrados e regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, desde que utilizados durante a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em regime ambulatorial e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 5) cobertura de consultas/sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista, solicitados pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;**
- 6) sessões de psicoterapia solicitada pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o número de sessões previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;**
- 7) cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física (Fisioterapia), conforme solicitação do médico assistente em número ilimitado de sessões por ano e executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA;
- 8) ações de Planejamento Familiar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, observando as seguintes definições:
 - a) **planejamento familiar:** conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;
 - b) **concepção:** fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;
 - c) **anticoncepção:** prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;
 - d) **atividades educacionais:** são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;
 - e) **aconselhamento:** processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

- f) **atendimento clínico**: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.
- 10) cobertura ambulatorial obrigatória para os seguintes procedimentos, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- a) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
 - b) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, conforme prescrição do médico assistente;
 - c) radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial;
 - d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, com segmentação ambulatorial e que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares;
 - e) hemoterapia ambulatorial;
 - f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 11) participação do médico anestesiológico, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 12) atendimento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes seguintes:
- a) a atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente;
 - b) internação psiquiátrica: custeio integral de até 30 (trinta) dias por ano de contrato, não cumulativos, em regime de internação hospitalar ou hospital-dia, em hospital integrante da rede própria ou credenciada da Contratada;
 - ✓ Ultrapassado os prazos previstos para as internações psiquiátricas por ano de contrato, a CONTRATANTE poderá estabelecer, a partir do 31º dia de internação, co-participação do beneficiário nas despesas limitado a 50% (cinquenta por cento) do valor contratualizado com o prestador;
 - ✓ Estão cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
 - c) **hospital-dia para transtornos mentais** é o recurso intermediário entre a internação e o ambulatorio, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionar ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

d) a cobertura em hospital-dia para transtornos mentais, será prestada de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.**

13) todas as modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias (que necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar), incluindo centro de terapia intensiva ou similar, hospital dia e clínicas básicas e especializadas integrantes da rede própria ou credenciada da Contratada, sendo vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;

14) despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;

15) cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

16) exames complementares indispensáveis ao 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 e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

17) toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

18) órteses e próteses ligados aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

a) a classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br);

b) é de responsabilidade do médico ou cirurgião dentista assistente a **prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões)** das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

c) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano de saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

d) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, através do mecanismo de junta médica, com as despesas arcadas pela operadora;

19) tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a abrangência geográfica, a segmentação do plano e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

a) entende-se como complicação os eventos não previstos na realização do tratamento ou os previstos que não acontecem de maneira sistemática;

- b) Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura (como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto) **não são considerados tratamento de complicações**, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.
- 20) estão cobertos os exames pré e pós-operatórios constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às cirurgias cobertas ou não;
- 21) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme disposto na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência e Remoção;
- 22) quando se tratar de criança ou adolescente menores de 18 (dezoito) anos, é assegurada ao acompanhante a cobertura de acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante;
- 23) conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, quando se tratar de idosos a partir do 60 anos de idade e pessoas portadoras de deficiências, é assegurada ao acompanhante a cobertura de acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante;
- 24) as cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, **para segmentação hospitalar**, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe e devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, incluindo a cobertura de exames complementares e fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais, ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;
- 25) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação odontológica, passíveis de realização em regime ambulatorial, mas **que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar**:
- a) inclui a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar. **Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura do plano de saúde**;
- b) a necessidade da internação por imperativo clínico que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, é determinada pelo cirurgião-dentista, que irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.
- 26) cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária e indicada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, conforme cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência e Remoção;
- 27) procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar e **listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento**:

- a. hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- b. quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;
- c. radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial e hospitalar;
- d. hemoterapia;
- e. nutrição parenteral ou enteral;
- f. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- g. embolizações listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- h. radiologia intervencionista;
- i. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j. procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- k. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, exceto o fornecimento de medicação de manutenção;

28) cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;

29) cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

30) atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:

- a) cobertura assistencial ao recém-nascido, **filho natural ou adotivo e sob guarda ou tutela** do titular ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou 30 (trinta dias) da guarda ou tutela, vedada alegação de doença ou lesão preexistente. Ultrapassado o prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, salvo se o dependente estiver inscrito no plano, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão;
- b) cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (paramentação, acomodação e alimentação de acordo com a dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante), conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes;
 - ✓ entende-se como pós-parto imediato as primeiras 48 (quarenta e oito) horas após o parto, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;

31) transplante de córnea e rim, observadas as especificações abaixo:

Nos transplantes de córnea e rim, as despesas de procedimentos vinculados entendidos estes como os necessários à realização do transplante, incluindo:

- 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 de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde).**

32) os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

33) transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

34) transplante de medula óssea: alogênico e autólogo, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.**

CLÁUSULA 5ª – EXCLUSÃO DE COBERTURA

Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:

- a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que:
 - ✓ empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - ✓ são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
 - ✓ cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label).
- b) procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- c) inseminação artificial entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- d) métodos contraceptivos abaixo indicados:
 - ✓ pílulas anticoncepcionais; adesivo anticoncepcional;
 - ✓ anticoncepcionais hormonais injetáveis e implante hormonal, exceto para cobertura ambulatorial nos casos de quimioterapia oncológica;
 - ✓ anel vaginal; preservativos femininos e masculinos; diafragma; esponja e espermicida.
- e) tratamento de rejuvenescimento ou para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- f) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- g) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde (tais como: hospitais, ambulatórios, clínicas);
- h) fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
- i) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

- j) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, da lista disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br);
- k) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- l) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- m) clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- n) transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- o) consultas e exames periódicos, admissional, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, que são de responsabilidade do empregador conforme determina a NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho;
- p) consultas, internações e demais atendimentos domiciliares;
- q) tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar (listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento);
- r) os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, exceto para os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação hospitalar;
- s) todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- t) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato;

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias, sejam realizadas pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, ligações telefônicas, produtos de higiene e perfumaria diferentes dos disponibilizados pelo hospital, alimentação diferente da ofertada na dieta geral do hospital, etc.

Parágrafo Segundo. A responsabilidade pelo pagamento das despesas extraordinárias será exclusivamente do beneficiário, que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

CLÁUSULA 6ª - DURAÇÃO DO CONTRATO

O início de vigência do contrato dar-se-á na data da assinatura pelo (a) CONTRATANTE, ou conforme negociação entre as partes, desde que até o início da vigência estabelecida não tenha ocorrido nenhum pagamento.

Parágrafo Primeiro. A vigência para cada um dos beneficiários, contudo, subordina-se ao recebimento pela CONTRATADA do respectivo formulário cadastral, iniciando-se na data indicada no campo específico daquele documento.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA incluirá os novos beneficiários para o primeiro dia do mês seguinte desde que a informação e dos documentos para inclusão sejam entregues na sede da CONTRATADA até o (_____) dia do mês corrente.

O presente contrato tem prazo de 60 (sessenta) meses de vigência, iniciando com a assinatura e findando em _____ de _____ de _____.

CLÁUSULA 7ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E REMOÇÃO

Para efeito da presente cláusula, considera-se:

- a) Emergência: os atendimentos que implicarem em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- b) Urgência: os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário no plano (titular ou dependente, conforme o caso), é assegurada a cobertura dos procedimentos de urgência e emergência, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.

Parágrafo Primeiro. O(a) CONTRATANTE poderá autorizar a CONTRATADA, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano, a efetuar o reembolso das despesas com assistência à saúde (nos limites das obrigações contratuais), efetuadas pelos beneficiários titular ou dependentes, repassando-se o custo para as faturas, conforme prevê a cláusula Formação de Preço e Mensalidade. O valor do reembolso será de acordo com os valores praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano.

Parágrafo Segundo. O (a) CONTRATANTE ou beneficiário deve entregar a CONTRATADA, no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta, a documentação original relativa às despesas efetuadas (*recibo do pagamento, além de declaração do médico assistente de que se tratava de uma situação de urgência ou emergência*). A CONTRATADA terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual **reembolso do valor**.

Parágrafo Terceiro. A CONTRATADA garantirá a cobertura da remoção do paciente, mediante indicação do médico assistente e consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, nas seguintes situações, comprometendo-se o(a) CONTRATANTE pelo pagamento da remoção:

I – Quando o beneficiário estiver dentro da área de atuação e abrangência de cobertura do plano:

- a) De Hospital ou Pronto Atendimento do SUS, para um hospital da rede vinculado ao plano de saúde;
- b) De Hospital ou Pronto Atendimento particular ou público, não integrante da rede da operadora, para um hospital da rede vinculado ao plano de saúde;
- c) De Hospital ou Pronto Atendimento da Rede do plano de saúde para outro hospital da rede vinculada ao plano de saúde, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem.
- d) De clínica ou consultório público ou privado para um hospital da rede vinculado ao plano de saúde, somente em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no local onde o paciente foi atendido, conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa nº 259 de 2011 ou outra norma que a substitua,**

II - Quando o beneficiário estiver fora da área de atuação e abrangência de cobertura do plano:

- a) de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do plano de saúde, para hospital credenciado e vinculado ao plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, **quando o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano de saúde.**

- b) de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do plano de saúde, para hospital credenciado na área de atuação e abrangência de cobertura e vinculado ao plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, **em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município demandado pelo beneficiário e/ou área de atuação do plano, conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa nº 259 de 2011 ou outra norma que a substitua.**

Parágrafo Quarto. Após atendimentos classificados como urgência ou emergência a CONTRATADA garantirá a cobertura da remoção do paciente nas seguintes situações:

- a) se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, **a CONTRATADA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento, comprometendo-se o(a) CONTRATANTE pelo pagamento da remoção;** e

Parágrafo Quinto. A remoção do paciente nas situações acima descritas, serão realizadas em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital.

Parágrafo Sexto. Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento comprometendo-se o(a) CONTRATANTE pelo pagamento da remoção.

CLÁUSULA 8ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

I. Cartão de Identificação

A CONTRATADA fornecerá ao beneficiário titular e respectivos dependentes o *cartão individual de identificação*, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

Parágrafo Primeiro. **Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do(a) CONTRATANTE devolver os respectivos cartões individuais de identificação, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.**

Parágrafo Segundo. Ocorrendo a *perda ou extravio do cartão individual de identificação*, o(a) CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R\$ _____ (_____), podendo ser reajustada conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

II. Condições de Atendimento e Autorização Prévia

Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

- I. Consultas Médicas: **Os beneficiários são atendidos no consultório dos médicos cooperados, indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão;**

- II. Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista: **são realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;**
- III. Sessões de psicoterapia: **são realizadas pelos profissionais cooperados, credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;**
- IV. atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: **são realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);**
- V. Os exames complementares e serviços auxiliares: **devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA.**
- VI. Cirurgia buco-maxilo-facial: **é realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);**

Parágrafo Primeiro. Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da CONTRATADA, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

Parágrafo Segundo. Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se a um escritório de autorização na Operadora mais próxima, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

Parágrafo Terceiro. A CONTRATADA garantirá a liberação dos procedimentos que necessitam de autorização prévia no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação e em prazo inferior quando for caracterizada urgência ou emergência.

Parágrafo Quarto. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

Parágrafo Quinto. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia eletrônico através do sítio _____, sob a indicação de Rede _____. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do “site”, conforme previsto na Cláusula Condições Gerais.

Parágrafo Sexto. A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas abaixo estabelecidas no art. 17 da Lei 9656/98:

1. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
2. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.
3. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a CONTRATADA deverá solicitar à ANS autorização expressa e posteriormente comunicar ao beneficiário e CONTRATANTE.

Parágrafo Sétimo. Condições diferenciadas de atendimento:

- a) a CONTRATADA autorizará medicamentos e materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) nacionais, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA, (somente autorizando os importados, caso não existam similares nacionais). As eventuais divergências serão dirimidas pelo mecanismo de junta médica, abaixo previsto.
- b) a CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo médico ou cirurgião dentista solicitante, médico da operadora e por um médico-perito desempatador, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA) conforme prevê o art 4º da Resolução Consu nº 8/98, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidência.

Parágrafo Oitavo. PARÁGRAFO ÚNICO: qualquer atendimento ou internação fora da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, deverá ser feita com prévia e expressa autorização do CONTRATANTE, sob pena de exclusão de cobertura.

CLÁUSULA 9ª – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Trata-se de plano de assistência à saúde com valores pós-estabelecidos pelo sistema custo operacional, onde o valor da contraprestação pecuniária mensal é pago pelo (a) CONTRATANTE após a realização das despesas com as coberturas contratadas.

Parágrafo Primeiro. Os valores referentes aos procedimentos realizados pelos beneficiários serão cobrados do (a) CONTRATANTE de acordo com os valores da Proposta.

Parágrafo Segundo. O(A) CONTRATANTE não pode repassar aos beneficiários o ônus pelo custo assistencial. A participação financeira dos beneficiários nas despesas assistenciais somente se dá a título de fator moderador de uso do custo assistencial ou rateio das despesas entre os beneficiários, conforme determina a Sumula Normativa ANS nº 09/05.

Parágrafo Terceiro. A participação financeira do(a) Contratante e dos beneficiários no custeio assistencial deste contrato, se dará conforme condições especificadas na Proposta de Contratação, no campo Rateio de Custos, que é parte integrante deste contrato.

Parágrafo Quarto. O(A) CONTRATANTE reconhece o extrato de serviços prestados destinados a identificar a utilização dos bens e serviços objeto do presente contrato.

Parágrafo Quinto. Havendo dúvidas em relação ao extrato de serviços prestados a CONTRATANTE deverá apresentar no prazo máximo de 30 dias, após a data do recebimento da fatura de cobrança, as contestações para análise da CONTRATADA, devendo esta apresentar os esclarecimentos em até 30 dias, a contar da data de registro do recebimento das contestações.

Parágrafo Sexto. O (A) CONTRATANTE assume em caráter irrevogável, irretratável e integral a responsabilidade pelo pagamento dos ressarcimentos exigidos nos termos da Lei 9656/98, artigo 32 e demais disposições legais, na hipótese de utilização dos serviços do SUS, por seus inscritos.

Parágrafo Sétimo. Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

Parágrafo Oitavo. Ocorrendo impontualidade no pagamento das prestações, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

Parágrafo Nono. Em caso de suspensão ou rescisão do presente contrato, por qualquer que tenha sido o motivo, incumbe ao (à) CONTRATANTE o pagamento dos valores relativos aos serviços já realizados, acrescidos dos valores especificados nesta Cláusula, ainda que a CONTRATADA não tenha processado as respectivas faturas.

CLÁUSULA 10ª – DO REAJUSTE

Os valores a que se referem a Cláusula de Formação de Preço e Mensalidade, serão reajustados conforme segue, mediante acordo entre as partes:

- a) taxa de inscrição a cada 12 meses tendo como parâmetro a variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preço do Mercado) ou outro índice que o substitua;
- b) consultas, honorários médicos e SADT (Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia) sempre que houver aumento nos valores das tabelas propostas;
- c) diárias e taxas sempre que houver reajuste nos valores pagos aos prestadores;
- d) Os materiais e medicamentos sempre que houver reajuste nos valores pagos aos prestadores.

CLÁUSULA 11ª - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS

O presente contrato observa o **Regime de Contratação Coletivo Empresarial**, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção a saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

Parágrafo Primeiro. Os direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, não se aplicam ao plano de saúde com característica de preço pós-estabelecido na modalidade de custo operacional, uma vez que a participação do empregado se dá apenas no pagamento de coparticipação ou franquia em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica. Ressalvada a hipótese do beneficiário já ter contribuído no pagamento de planos anteriores em pré-pagamento ou pós-pagamento na opção rateio, mantidos pelo mesmo empregador, nesta ou em outra operadora, sem interrupção, conforme determina a RN 279/11. Nesta situação, a CONTRATANTE deverá contratar um plano exclusivo para ex-empregados na modalidade pré-pagamento.

I - ABSORÇÃO DE CARÊNCIAS EM CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO

Em caso de cancelamento deste contrato, a CONTRATADA disponibilizará para os beneficiários (titulares e dependentes) inscritos, um plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, descontadas as carências já cumpridas neste contrato. Considera-se na contagem de prazos de carências, o tempo de permanência dos beneficiários no plano cancelado.

Parágrafo Primeiro. Os beneficiários devem fazer a sua opção pelo plano individual ou familiar no prazo máximo de 30 dias após o cancelamento deste contrato.

Parágrafo Segundo. É de responsabilidade da (o) CONTRATANTE comunicar aos beneficiários o cancelamento deste contrato e do benefício disposto nesta cláusula, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de opção acima mencionado.

CLÁUSULA 12ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Será excluído do contrato o beneficiário titular, juntamente com seus dependentes, quando:

- a) por solicitação do (a) CONTRATANTE, mediante comunicação escrita remetida à CONTRATADA;
- b) perder o vínculo com o (a) CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano;
- c) por fraude, por esta entendida a permissão do uso indevido do cartão individual de identificação (como por exemplo permitir a sua utilização por terceiros), seu ou de seus dependentes seja por dolo ou culpa, entre outras;
- d) não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o (a) CONTRATANTE;
- e) o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual.

Parágrafo Primeiro. Também serão excluídos os dependentes que perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição, conforme Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições de vínculo dos beneficiários titulares com (o)a CONTRATANTE e a condição de dependência dos beneficiários dependentes com o titular.

Parágrafo Terceiro. O (A) CONTRATANTE deve informar as exclusões à CONTRATADA, que poderá estabelecer data limite para que surtam efeito no mês subsequente.

CLÁUSULA 13ª - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL

O não pagamento integral das faturas na data do vencimento implicará na suspensão ou rescisão do contrato, a critério da CONTRATADA.

Parágrafo Primeiro. O presente contrato rescindir-se-á, também:

Imotivadamente – Somente após a vigência mínima de 12 (doze) meses:

1. por iniciativa de qualquer das partes, mediante aviso prévio, por escrito de 60 (sessenta) dias.

Motivadamente – A qualquer tempo, mediante aviso prévio, por escrito de 30 (trinta) dias:

1. se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
2. por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE;
3. se a pessoa jurídica contratante encerrar suas atividades;

4. se não for mantido o número mínimo de beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme mencionado nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

Parágrafo Segundo. Durante o período de aviso prévio do contrato para rescisão, não serão admitidas inscrições de novos beneficiários.

Parágrafo Terceiro. Na hipótese de redução do número de beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá ao (à) CONTRATANTE pagar o equivalente à média per capita das taxas cabíveis, previstas na Cláusula Formação de Preço e Mensalidade, multiplicada pelo número de beneficiários faltantes.

Parágrafo Quarto. Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão contratual, havendo beneficiários em período de internação, esta não será suspensão, porém a CONTRATADA não se responsabiliza pelas despesas ocorridas após a data de cancelamento, cabendo estas ao(à) CONTRATANTE.

CLÁUSULA 14ª - CONDIÇÕES GERAIS

I – DOCUMENTOS PERTINENTES AO PLANO DE SAÚDE

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Contratação, os Formulários Cadastrais, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde, o Guia de Leitura Contratual e Tabela com os valores de procedimentos.

II – REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS

A possibilidade de escolha do(a) CONTRATANTE é restrita aos prestadores de serviços listados no sítio indicado na cláusula Mecanismos de Regulação. **O Plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do “site”, como por exemplo:**

- **Brasília (DF):** Hospital Santa Lúcia; Fundação Zerbini; HCBR - Hospital do Coração; Hospital Anchieta;
- **Guarulhos (SP):** Hospital Carlos Chagas S/A;
- **Porto Alegre (RS):** Hospital Moinhos de Vento e Hospital Mãe de Deus;
- **Recife (PE):** Centro Hospital Albert Sabin, Hospital Memorial São José, Hospital Santa Joana, Hospital Esperança, Hospital Real Português e HOPE - Hospital de Olhos de Pernambuco;
- **Rio de Janeiro (RJ):** Hospital de Clínicas de Niterói LTDA; Hospital Pasteur; Casa de Saúde Laranjeiras, Casa de Saúde São José, Clínica Bambina, Clínica Pediátrica da Barra, DH - Day Hospital, Hospital Barra D'Or Medise, Hospital Integrado Gávea, Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda., IGASE - Hospital São Lucas, Instituto Minesota (Vila Serena), Procardíaco – Pronto Socorro Cardiológico, Protocor Pronto Socorro, Clínica Cardiológica, Hospital Quinta D'Or, Hospital Copa D'Or, Hospital Samaritano, Casa de Saúde Santa Lucia, Sociedade Beneficente Israelita do RJ;
- **Salvador (BA):** Clínica Infantil de Urgência Ltda – PROBABLEY; Fundação José Silveira - Hospital Santo Amaro, Hospital Aliança, Hospital CPI (Pediátrico), Hospital Espanhol, Hospital Português, Hospital Salvador, Monte Tabor – Centro Italo-Brasileiro de Promoção Sanitária – Hospital São Rafael, Hospital Santa Mônica e Brasil Memorial S/A;
- **São Bernardo do Campo (SP):** Hospital e Maternidade Assunção S/A, Hospital Príncipe Humberto S/A e Neomater S/C Ltda.
- **São José do Rio Preto (SP):** Sociedade Portuguesa de Beneficência;

- **São Paulo (SP):** Hospital e Maternidade Brasil; Hospital Beneficência Portuguesa, Fundação Antônio Prudente - Hospital A.C. Camargo, Hospital Anchieta, Hospital e Maternidade Santa Joana S.A., Hospital São Luiz - Unidade Itaim, Hospital e Maternidade São Luiz - Unidade Morumbi; Hospital e Maternidade São Luiz - Unidade Tatuapé; Hospital Santa Catarina, Hospital Sírío Libanês, Hospital Albert Einstein, Hospital Nove de Julho S.A, Incor – Instituto do Coração, Pronto Socorro Infantil Sabara S.A, Pro-Matre Paulista S.A., Fundação Adib Jatene (Dante Pazzanese), Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração, Hospital Edmundo Vasconcelos (Gastroclínica), Hospital Samaritano, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Santa Isabel), Hospital Cidade Jardim Ltda, Hospital e Maternidade São Camilo - Pompéia;
- **Sobral (CE):** Santa Casa Misericórdia de Sobral;
- **Manaus (AM):** Hospital Santa Julia Ltda;
- **Porto Velho (RO):** CEOF – Centro Especializado em Oftalmologia;

III – DO PROCESSO DE LICITAÇÃO E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Este termo de Contrato é redigido pelo Processo de Licitação nº. ____/____ na modalidade de Tomada de Preço nº. ____/____ do Fundo de Assistência Social e Médica dos Servidores Públicos do Município de Rio das Antas – FASM.

A despesas correrão por conta do orçamento do FASM nas dotações específicas para cada exercício:

Conta.....
Reduzido.....
Órgão.....
Unidade Orçament.....
Projeto/atividade.....
Mod. Aplicação.....
Fonte.....
Destinação.....

IV - SIGILO MÉDICO

Compromete-se o(a) CONTRATANTE a observar e atender a legislação relativa ao sigilo médico.

V - RECLAMAÇÕES

As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados deve ser encaminhadas à CONTRATADA, através dos canais de comunicação SAC ou Ouvidoria, informados no verso do cartão de identificação do plano de saúde entregue ao(s) beneficiário(s), ou ainda, serem remetidas por meio de correspondência.

CLÁUSULA 15ª - FORO

Fica eleito o foro da Comarca do (a) CONTRATANTE, para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento, juntamente com duas testemunhas.

....., de de

CONTRATADA
TESTEMUNHAS:

CONTRATANTE

1 - _____
 Nome:
 CPF:

2 - _____
 Nome:
 CPF:

ANEXO II- Quantidade de beneficiários

1 – Por questão de direitos reservados de cada servidor e seus dependentes, não será divulgado o nome dos mesmos e sim a quantidade de usuários do Plano.

1.1 – Diante do exposto acima temos a informar que o plano de saúde a ser contratado abrangerá o total estimado de 644 Beneficiários ativos no FASM, sendo 331 Titulares e 313 Dependentes.

ANEXO III - RECIBO DE RETIRADA DE EDITAL -

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 0001/2019– FASM

MODALIDADE: TOMADA DE PREÇO Nº 0001/2019 – FASM

RECIBO DE RETIRADA DE EDITAL

OBJETO: Contratação de empresa prestadora de serviço de assistência Médica, hospitalar, diagnóstica e terapia a nível Nacional, para usuários titulares e dependentes, regularmente inscritos no referido fundo. O procedimento licitatório e o contrato que dele resultar obedecerão integralmente às normas da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, da Lei nº 9.656, de 03/06/98 e o estabelecido no edital completo. **As Empresas participantes deverão possuir Registro Definitivo da Operadora na Agência Nacional de Saúde - ANS.**

R E C I B O

A Empresa _____, inscrita no CNPJ _____ retirou este Edital de licitação e deseja ser informada de qualquer alteração pelo e-mail _____, ou fone _____, ou endereço: _____ CEP _____.

(Assinatura)

Local e data: _____