

MUNICÍPIO DE TIMBÓ/SC – CENTRAL DE LICITAÇÕES

FUNDO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO SERVIDOR DE TIMBÓ - FASS

EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 01/2017

O Município de Timbó/SC, através do Fundo de Assistência à Saúde do Servidor de Timbó/SC, pessoa jurídica de direito público, CNPJ n.º 20.727.444/0001-30, com sede na Avenida Getúlio Vargas, nº. 700, Centro, Timbó/SC, representado pelo Presidente, Sr. Eduardo Espindola, no uso de suas prerrogativas legais, torna público que se encontra aberto **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DE DIREITO PRIVADO QUE ATUEM NA ADMINISTRAÇÃO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, DESTINADA À PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA COMPLEMENTAR, POR INTERMÉDIO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA OU DE SEGURO SAÚDE COLETIVO, COM ABRANGÊNCIA ESTADUAL, ENGLOBANDO OS SEGMENTOS AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTETRÍCIA, COM AS EXIGÊNCIAS MÍNIMAS ESTABELECIDAS NA LEI N.º 9.656/98, COM AS COBERTURAS OBRIGATÓRIAS ASSEGURADAS POR LEI E POR NORMAS COMPLEMENTARES DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, ALÉM DE OUTRAS CONDIÇÕES MÍNIMAS PREVISTAS NO TERMO DE REFERÊNCIA, AOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS ATIVOS, INATIVOS E SEUS DEPENDENTES (administração direta e indireta, autarquias e fundações)**, conforme especificação contida no Anexo I – Termo de Referência.

Rege o presente processo de credenciamento a Lei n.º 8.666/1993, Lei n.º 9.656/1998, Lei Complementar n.º 412/2011, Lei Complementar 486/2017, Atos Normativos da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS), demais normas que eventualmente venham a substituir as anteriormente citadas.

As dúvidas pertinentes à presente licitação serão esclarecidas pela Central de Licitações no seguinte endereço e contatos:

TELEFONE: (47) 3382.3655 - ramal 2038;

E-MAIL: licitacoes@timbo.sc.gov.br;

ENDEREÇO: Avenida Getúlio Vargas, n.º 700, Centro, Timbó/SC, CEP: 89.120-000;

HORÁRIO ESPECIAL DE ATENDIMENTO: de 16/10/2017 a 16/02/2018, conforme Decreto de nº 4607, de 06 de outubro de 2017.

- Centrais de Atendimento e Protocolo, de segunda a sexta, de forma ininterrupta das 07 (sete) horas às 17 (dezessete) horas;
- Demais órgãos, setores e unidades da administração direta e indireta, de segunda à sexta-feira entre as 07 (sete) horas e às 13 (treze) horas.

NOTA: Qualquer pedido de esclarecimento em relação a eventuais dúvidas na interpretação do presente edital deverá ser encaminhado por escrito à Central de Licitações, através do endereço e/ou e-mail descrito acima. As dúvidas dirimidas por telefone serão somente aquelas de ordem estritamente informais e não poderão ser consideradas como condições editalícias.

1 - OBJETO

1.1 - Constitui objeto do presente edital, credenciamento de pessoas jurídicas de direito privado que atuem na administração de plano de assistência à saúde, destinada à prestação de serviços de assistência médica complementar, por intermédio de plano de assistência médica ou de seguro saúde coletivo, com abrangência estadual, englobando os segmentos ambulatorial, hospitalar e obstetrícia, com as exigências mínimas estabelecidas na Lei n.º 9.656/98, com as coberturas obrigatórias asseguradas por lei e por normas complementares da Agência Nacional de Saúde Suplementar, além de outras condições mínimas previstas no termo de referência, aos servidores públicos municipais ativos, inativos e seus dependentes (administração direta e indireta, autarquias e fundações).

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

1.3 - As condições constantes neste edital são as mínimas a serem respeitadas pela operadora de plano de saúde, podendo ser objeto de avaliação proposta superior, desde que asseguradas as condições mínimas, e atendido o preço estipulado.

1.4 - O procedimento seletivo dar-se-á pelo credenciamento das operadoras e, posteriormente, pela livre escolha do beneficiário, por um dos planos ofertados pelas credenciadas.

1.4.1 - A livre escolha do servidor beneficiário, coercitiva para os beneficiários vinculados ao servidor beneficiário, e do pensionista vinculado ao Instituto de Previdência e Assistência do Município de Timbó/SC, dar-se-á pela assinatura pelo beneficiário do FORMULÁRIO DE OPÇÃO, fornecido pela operadora credenciada.

1.5 - Serão consideradas credenciadas as operadoras que cumprirem as exigências deste edital, e apresentarem planos de saúde regulamentados que atendam, no mínimo, aos requisitos constantes do Termo de Referência (Anexo I) do presente edital.

2 - FONTE DE RECURSO E VALOR ESTIPULADO

2.1 - Os recursos orçamentários necessários à realização do objeto de que trata a presente habilitação, correrão por conta do Fundo de Assistência à Saúde do Servidor, à conta dos seguintes recursos:

<i>Dotação Utilizada</i>	
<i>Código Dotação</i>	<i>Descrição</i>
18	FUNDO ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO SERVIDOR
1	GESTÃO DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO SERVIDOR
9	PREVIDENCIA SOCIAL
271	PREVIDENCIA BASICA
25	GESTÃO DA ASSISTENCIA A SAUDE DO SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL
2120	MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO FASS
33903950	SERVIÇOS MEDICO-HOSP. ODONTOLOGICO
10300	CONTRIBUIÇÃO PARA O RPPS

2.2 - O Município de Timbó pagará à operadora por beneficiário inscrito o valor de R\$ 301,00 (trezentos e um reais), a título de inscrição e mensalidade.

2.2.1 - Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da Resolução Normativa nº 279, de 2011, foi adotado o critério do preço único e da participação do empregador na formação do preço, observado o dispositivo abaixo:

- a) A contratação do plano dar-se-á através de preço único para todas as faixas etárias;
- b) O critério adotado para definição de preço único para todas as faixas etárias deverá ter como base o cálculo da receita média per capita de todas as faixas. Sobre a receita per capita calculada poderá haver um acréscimo de até 0,5% (zero vírgula cinco por cento), a título de margem de segurança, em virtude do risco de alteração na idade média do grupo após a contratação e para compensar a perda dos reajustes por mudanças etárias que ocorrem anualmente.

3 - PRAZOS

3.1 - O prazo de execução dos serviços objeto do presente edital será de 12 (doze) meses, com vigência a contar da subscrição do contrato registrado na Agência Nacional de Saúde (ANS) e aceito pela municipalidade, podendo ser aditado anualmente até o prazo máximo de 60 (sessenta) meses, na forma do artigo 57, inciso II da Lei n.º 8666/1993.

3.2 - PERÍODO DE CARÊNCIA

Urgência e Emergência	24 horas
Consultas médicas	30 dias
Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raio-x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia	30 dias
Fisioterapia	90 dias
Parto a Termo	300 dias
Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia	180 dias
Todas as demais coberturas	180 dias

3.2.1 - Não poderá ser exigido período de carência dos servidores e dependentes que ingressarem no plano no período de 30 (trinta) dias após a assinatura do contrato.

3.2.2 - Não poderá ser exigido período de carência dos servidores e dependentes que ingressarem no plano no período de 30 (trinta) dias subsequentes a contar da posse no cargo ou emprego público tanto da administração direta como indireta.

3.2.3 - Os demais casos deverão observar os períodos de carência acima dispostos.

3.3 - Na contagem dos prazos dos serviços de assistência à saúde, é excluído o dia do início e incluído o dia do vencimento. Se o dia do vencimento cair em feriado, considerar-se-á prorrogado o prazo até o seguinte dia útil. Os prazos de meses e anos expiram no dia de igual número do de início, ou no seguinte se faltar a exata correspondência.

3.4 - A proposta de preço será válida para o período contratual de 12 (doze) meses.

4 - CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

4.1 - Poderão participar do presente credenciamento as pessoas jurídicas que operem planos de assistência à saúde, quer mediante rede credenciada, quer diretamente através de rede própria, que comprovarem possuir os requisitos exigidos neste edital.

4.2 - Os interessados deverão protocolar os envelopes na Central de Protocolos da Prefeitura de Timbó/SC durante o período de vigência do credenciamento, que será de 12 (doze) meses contados da data de publicação do extrato em órgão oficial:

4.2.1 - Local da entrega: Prefeitura de Timbó/SC, Avenida Getúlio Vargas, n.º 700, Centro, Timbó/SC – CEP 89.120-000, **Central de Protocolo – SALA 04.**

4.3 - Não serão admitidas as habilitações de empresas suspensas do direito de licitar, no prazo e nas condições do impedimento, ou que tenham sido declaradas Inidôneas por Órgãos da Administração Direta ou Indireta, inclusive Fundações, nos níveis federal, estadual ou municipal, bem como as que estiverem em liquidação extra judicial ou sob intervenção da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

4.4 - Não será permitida a participação de operadoras cujos dirigentes, gerentes, sócios ou componentes do seu quadro técnico sejam servidores do Município ou de suas sociedades paraestatais, fundações ou autarquias, ou que o tenham sido nos últimos 180 (cento e oitenta) dias anteriores à data deste certame.

4.5 - Não será permitida a participação de operadoras que tenham participado da elaboração, como autores ou colaboradores, do Termo de Referência, bem como de licitantes cujo quadro técnico seja integrado por profissional que tenha participado como autor ou colaborador do Termo de Referência.

5 - FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

5.1 - Os documentos para habilitação no credenciamento deverão ser apresentados de acordo com a orientação do subitem 4.2 acima, em envelope fechado e protocolado na Central de Protocolos da Prefeitura de Timbó/SC, com a seguinte identificação externa:

*Central de Licitações de Timbó/SC
Fundo de Assistência à Saúde do Servidor
CREDENCIAMENTO n.º 01/2017 – FASS
Envelope - HABILITAÇÃO/CREDENCIAMENTO
Licitante: (denominação social completa da empresa e n.º do CNPJ)
Email:*

5.2 - Os documentos necessários deverão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por tabelião de notas ou cópia acompanhada do original para autenticação por servidor municipal da Central de Licitações.

5.2.1 - Quanto às autenticações:

- a) As interessadas que optarem por autenticar documentos com servidor municipal da Central de Licitações **deverão fazê-lo durante o horário de expediente, em tempo hábil para conferência e autenticação.**
- b) Para a autenticação na Central de Licitações as interessadas deverão apresentar os documentos originais e as fotocópias dos mesmos, na mesma ordem de organização objetivando otimizar a conferência, as quais deverão ser feitas previamente por conta do licitante. A Central de Licitações não fornecerá fotocópias.

- c) Os documentos expedidos pela Internet poderão ser apresentados em forma original ou cópia reprográfica sem autenticação, entretanto, estarão sujeitos à verificação de sua autenticidade por meio de consulta realizada pela comissão de licitações.

5.3 - O envelope deverá conter os seguintes documentos:

5.3.1 - Quanto à habilitação jurídica:

- a) Comprovante de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ;
- b) Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor em forma consolidada ou acompanhado de suas alterações, tudo devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e no caso de sociedade por ações, acompanhados ainda de documentos de eleições de seus administradores;
- c) Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de sociedade simples (antiga sociedade civil), acompanhada da prova da composição da diretoria em exercício;
- d) Comprovação através de documento emitido pelo órgão fiscalizador ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar de que a participante está habilitada a operar planos privados de assistência à saúde.

5.3.2 - Quanto à regularidade fiscal e trabalhista:

- a) Certidão de Regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviços (FGTS) (emitida pela Caixa Econômica Federal);
- b) Certidão Negativa de Débitos Federais/União; (A Certidão Negativa de Débito Previdenciário foi unificada à CND Federal, conforme Portaria MF nº 358, de 05 de setembro de 2014);
- c) Certidão negativa de Débitos Estaduais;
- d) Certidão Negativa de Débitos Municipais do domicílio da licitante;
- e) Certidão Negativa de Débitos do Município de Timbó/SC conforme art. 193 do Código Tributário Nacional e art. 50 da Lei Complementar Municipal 142/98. *
 - e.1) Para obter a Certidão Negativa de Débitos do Município de Timbó/SC a empresa interessada poderá solicitar da seguinte forma:
 - ✓ E-mail: negativas@timbo.sc.gov.br;
 - ✓ Telefone: (47) 3382.3655 - ramal 2066 - Setor de Tributos;
 - ✓ Através do ícone Portal do Cidadão no site do Município: www.timbo.sc.gov.br (para usuários já cadastrados no Município).
 - * A Certidão Negativa de Débitos do Município de Timbó/SC deve ser solicitada com antecedência de 24 (vinte e quatro) horas sob pena de não ser entregue em tempo para a licitação.
- f) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, em vigor.

5.3.3 - Quanto à qualificação econômico-financeira:

- a) Certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica;
- b) Declaração da operadora de que atende as normas da ANS quanto à apresentação do Plano de Contas, bem como análise de balanço comprovando a saúde financeira da empresa, apresentada por auditores independentes.

5.3.4 - Quanto às declarações obrigatórias:

5.3.4.1 - Deverá conter no envelope de habilitação declaração subscrita pela interessada, aonde ateste, conforme modelo constante do Anexo III deste edital, no mínimo:

- a) Para fins do disposto no inciso V do artigo 27 da Lei n.º 8.666/1993, acrescido pela Lei n.º 9.584/1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos. Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz (...). *Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima;*
- b) Que não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com a Administração Pública;
- c) Que o ato constitutivo é vigente;
- d) Que não é impedido de transacionar com a Administração Pública;
- e) Que conhece e aceita todas as condições do referido edital;
- f) Que cumpre os requisitos de habilitação.

5.3.5 - Quanto à Qualificação Técnica:

- a) Atestado(s) de Capacidade Técnica, expedido em nome da Administradora de Plano de Saúde, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadora, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde – ANS, atendimento de 1.265 vidas em um único plano;
- b) Comprovação de que a Administradora de Plano de Saúde mantenha cadastrada na Agência Nacional de Saúde (ANS), na data da publicação do edital, no mínimo 5.000 (cinco) mil beneficiários;
- c) Prova de registro/autorização expedido pela Agência Nacional de Saúde (ANS), demonstrando que a Administradora de Plano de Saúde e a(s) operadora(s) a ela vinculada(s) está (ão) apta (s) a prestar os serviços;
- d) Comprovação por meio de livros ou catálogos de que dispõe de rede credenciada de atendimento para prestar os serviços de saúde, conforme exigências descritas no Anexo I, no Estado de Santa Catarina;

- e) Certificado de inscrição da operadora no Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, com indicação do respectivo responsável técnico, e comprovação de que o mesmo é profissional do quadro permanente da operadora, caracterizado por vínculo societário ou empregatício, devidamente comprovado por contrato social ou estatuto atualizado, no primeiro caso; e por ficha de registro de empregado devidamente autenticada, no segundo caso, ou através de comprovação de registro como responsável técnico junto à Agência Nacional de Saúde (ANS);
- f) Certificado de Registro de Produtos emitido pela Agência Nacional de Saúde (ANS), indicando os que estão sendo oferecidos ao presente edital;
- g) Declaração de possuir atendimento telefônico regional e/ou estadual (Município de Timbó/SC), para atender ao grupo beneficiário, sendo uma linha destinada a reclamações e informações e outra, distinta, para marcação de consultas, exames e procedimentos médicos, que deverão ser divulgadas amplamente em até 10 (dez) dias antes do início da prestação dos serviços;
- h) Declaração expressa da participante de que tem conhecimento e aceita integralmente os termos do Edital e que assume integral responsabilidade, na forma da lei, pela autenticidade e veracidade de todos os documentos e informações incluídos na sua documentação e em sua proposta de detalhe.

5.3.6 - Quanto à Proposta:

5.3.6.1 - As interessadas deverão apresentar Formulário de Proposta (Anexo V) e Formulário Rede de Atendimento (Anexo VI) devidamente preenchidos, acompanhados do Manual do Usuário ou Livro de Credenciamento, onde constem as condições de utilização dos serviços e a rede credenciada para cada plano ofertado.

5.3.6.2 - A interessada poderá apresentar plano próprio já comercializado e registrado na Agência Nacional de Saúde (ANS), desde que contemplados todos os requisitos mínimos estabelecidos no Termo de Referência constante do Anexo I deste edital.

5.3.6.2.1 - Na hipótese de apresentação de plano próprio, juntamente com a proposta, a empresa deverá apresentar minuta prévia do contrato já homologado pela Agência Nacional de Saúde (ANS) para comparação e verificação de consonância com as condições mínimas estabelecidas no Termo de Referência constante do Anexo I.

OBSERVAÇÃO:

A) Os documentos necessários à habilitação deverão ser preferencialmente apresentados conforme a sequência acima mencionada, podendo ser em original ou se preferir, por qualquer processo de cópia autenticada ou publicação em órgão da imprensa oficial. Os documentos que

forem apresentados em original não serão devolvidos e passarão a fazer parte integrante deste processo licitatório.

B) Quando se tratar de cópia de documento obtido através da Internet, este não precisa ser autenticado, vez que terá sua validade confirmada pela comissão de licitações.

5.4 - A apresentação do envelope será considerada como evidência de que a proponente examinou criteriosamente os documentos deste edital e seus anexos, aceitando-os expressamente, e que os serviços apresentam todas as características e especificações exigidas neste edital.

6 - ABERTURA E JULGAMENTO

6.1 - A documentação exigida para credenciamento será analisada pela Comissão Permanente de Licitações, observando-se aos seguintes procedimentos:

6.1.1 - Os envelopes serão abertos pela Comissão Permanente de Licitações, sendo todas as folhas constantes do mesmo, rubricadas pelos membros.

6.1.2 - Examinada a documentação e atendidos os requisitos exigidos neste edital e seus anexos, a proponente será declarada pela Comissão Permanente de Licitações como habilitada para a prestação dos serviços objeto do credenciamento.

6.1.2.1 - Os proponentes inabilitados, serão notificados para que, querendo, no prazo de 08 (oito) dias úteis, providenciem os documentos escoimados dos vícios que geraram sua inabilitação.

6.1.2.2 - A inobservância ao prazo estabelecido no subitem anterior e/ou a ausência/inexatidão nos documentos novamente apresentados, acarretarão na inabilitação e exclusão do proponente do processo de credenciamento.

6.2 - Das sessões de Abertura e Julgamento da Documentação de Habilitação será lavrada ata, assinada pelos membros da Comissão, que será encaminhada, via e-mail, à proponente, bem como publicada no Diário Oficial do Município.

6.2.1 - As fases internas do processo de credenciamento, assim sendo as atas, convocações e demais atos relativos ao processo licitatório serão divulgados através do veículo oficial de imprensa da Prefeitura de Timbó/SC, o Diário Eletrônico dos Municípios, no site www.diariomunicipal.sc.gov.br, quando necessário, ficando desde a data da publicação convocadas as interessadas à apresentação de recurso ou demais manifestações cabíveis.

7 - RECURSOS

7.1 - Os recursos administrativos deverão obedecer ao disposto do artigo 109 da Lei n.º 8.666/1993 e alterações.

7.2 - Havendo intenção de recorrer, terá a interessada o prazo de 05 (cinco) dias úteis para apresentação do recurso, contados do efetivo comunicado de julgamento da documentação.

7.3 - Os recursos deverão ser protocolados em prazo previsto em lei, junto ao setor de protocolos do Município de Timbó/SC (Avenida Getúlio Vargas, n.º 700 – Centro – CEP: 89.120-000, Sala 04), no horário de expediente indicado no preâmbulo deste edital, fazendo constar obrigatoriamente na identificação do envelope (devidamente lacrado) o “número do credenciamento”, seu conteúdo (“Interposição de Recurso”) e seu encaminhamento aos cuidados da Central de Licitações, sob pena da não apreciação e nulidade.

7.4 - Serão aceitos os recursos enviados por fac-símile ou outro meio eletrônico de transmissão de dados, **estando sua validade condicionada à apresentação do original na forma legalmente estabelecida na Lei n.º 9.800/1999.**

7.5 - Caberá à Autoridade Competente a decisão dos recursos interpostos contra os atos da Comissão e a resposta ao recurso por parte do Fundo de Assistência à Saúde do Servidor de Timbó (FASS) dar-se-á pela forma mais conveniente, podendo ser por e-mail, carta registrada, ou entrega pessoal protocolada.

8 - CREDENCIAMENTO E HOMOLOGAÇÃO

8.1 - Inexistindo manifestação recursal, será adjudicado o credenciamento da proponente pela Comissão de Licitações que conduziu o julgamento.

8.1.1 - Decididos os recursos porventura interpostos, e constatada a regularidade dos atos procedimentais, a Autoridade Competente homologará a adjudicação.

8.2 - Adjudicado o credenciamento, será efetuada a homologação do resultado pela Autoridade Competente.

9 - FORMA DE PAGAMENTO

9.1 - O Município de Timbó/SC proporcionará custeio parcial das mensalidades dos servidores ativos, inativos e pensionistas que integram o objeto da licitação na forma da Lei Complementar n.º 412, de 26 de dezembro de 2011 e Lei Complementar n.º 486, de 31 de agosto de 2017, ou em norma posterior que

venha a substituí-la, em proporção definida pelo dispositivo legal citado.

9.1.1 - O custeio das mensalidades dos dependentes correrá, integralmente, por conta do titular.

9.1.2 - Em todos os casos os respectivos valores serão retidos na folha de pagamento (contracheque) do servidor e repassados à operadora do plano de saúde credenciada.

9.2 - O Município de Timbó pagará à operadora por beneficiário inscrito:

9.2.1 - A título de inscrição e mensalidade, os valores relacionados na proposta credenciada.

9.2.2 - As coparticipações previstas na Cláusula Mecanismos de Regulação.

9.3 - Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da Resolução Normativa nº 279, de 2011, foi adotado o critério do preço único e da participação do empregador na formação o preço, observado o dispositivo abaixo:

9.3.1 - A contratação do plano dar-se-á através de preço único para todas as faixas etárias.

9.3.1.1 - O critério adotado para definição de preço único para todas as faixas etárias deverá ter como base o cálculo da receita média per capita de todas as faixas. Sobre a receita per capita calculada poderá haver um acréscimo de até 0,5% (zero vírgula cinco por cento), a título de margem de segurança, em virtude do risco de alteração na idade média do grupo após a contratação e para compensar a perda dos reajustes por mudanças etárias que ocorrem anualmente.

9.4 - O valor será pago através do Fundo de Assistência à Saúde do Servidor de Timbó (FASS), até o 5º dia útil do mês de referência dos serviços, desde que a entrega ou envio da fatura tenha ocorrido previamente até o último dia útil do mês de sua competência.

9.4.1 - Caso da fatura não for recebida até o último dia útil do mês de sua competência, o prazo máximo de pagamento será de até 10 (dez) dias úteis, a partir da data de entrega e/ou envio da fatura.

9.4.2 - No caso de erro dos documentos de faturamento ou cobrança, estes serão devolvidos à operadora para retificação ou substituição, passando o prazo de pagamento a fluir, então, a partir da reapresentação válida desses documentos.

9.5 - O pagamento referente aos dependentes vinculados ao servidor beneficiário dar-se-á através de consignação na folha de pagamento do respectivo servidor, desde que este tenha margem consignável suficiente.

10 - ASSINATURA CONTRATUAL/TERMO DE CREDENCIAMENTO

10.1 - O Município de Timbó disporá do prazo de 05 (cinco) dias para convocar a credenciada a assinar o contrato/termo de credenciamento, contados a partir da data de homologação do processo licitatório.

10.1.1 - A convocação poderá ser efetivada através do e-mail ou telefone comunicados pela empresa nos documentos apresentados, bem como pelo Diário Oficial dos Municípios – DOM/SC.

10.2 - Após convocada, a credenciada disporá do prazo de 05 (cinco) dias consecutivos para comparecer à assinatura.

10.2.1 - A credenciada deverá, obrigatoriamente, assinar o contrato/termo de credenciamento na Central de Licitações, localizada na Prefeitura de Timbó, não sendo permitido o envio do contrato por correio ou por qualquer outro meio. A inobservância desta determinação caracteriza o descumprimento total da obrigação assumida, estando a empresa sujeita às penalidades estabelecidas na Lei n.º 8.666/1993 em especial o artigo 81.

10.3 - A credenciada deverá, no mesmo prazo estabelecido para subscrição do contrato/termo de credenciamento, apresentar o contrato padrão registrado pela Agência Nacional de Saúde (ANS) para subscrição e efetivo registro junto ao órgão competente.

10.4 - O contrato/termo de credenciamento reger-se-á, especialmente no que concerne à sua alteração, inexecução ou rescisão, pelas disposições da Lei n.º 8.666/1993, edital e preceitos do direito público.

10.5 - O contrato/termo de credenciamento poderá, com base nos preceitos de direito público, ser rescindido pelo Fundo de Assistência à Saúde do Servidor (FASS) a todo e qualquer tempo, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, mediante simples aviso, observadas as disposições legais pertinentes.

10.6 - A credenciada é exclusivamente responsável pela qualidade do serviço e materiais executados direta e indiretamente para consecução do objeto contratado, devendo promover toda e qualquer readequação, sempre que detectadas impropriedades que possam comprometer a consecução do serviço contratado.

10.7 - A fiscalização da execução do contrato/termo de credenciamento ficará a cargo do Fundo de Assistência à Saúde do Servidor de Timbó (FASS), através do servidor Eduardo Espindola.

10.8 - As operadoras habilitadas deverão manter, durante toda a execução do contrato/termo de credenciamento, compatibilidade com as obrigações por elas assumidas e todas as condições de habilitação e qualificação exigidas neste edital conforme previsto no inciso XIII, do artigo 55 da Lei nº.

8666/93 e suas alterações.

10.9 - Na hipótese da operadora deixar de prestar os serviços e quando houver decretação de “portabilidade especial” pela Agência Nacional de Saúde (ANS), independentemente da aplicação das sanções administrativas, a contratante solicitará aos servidores que exerçam a livre escolha entre as demais habilitadas, devendo estas aceitar o ingresso da massa de servidores sem exigência de carência.

10.10 - A contratada é obrigada a aceitar nas mesmas condições contratuais os acréscimos ou supressões de até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato/termo de credenciamento, conforme prevê o artigo 65, parágrafo primeiro, da Lei n.º 8.666/1993.

10.11 - O edital, contrato/termo de credenciamento, termo de referência e demais anexos, bem como o contrato registrado junto a ANS e aceito pelo município são complementares entre si de forma que qualquer especificação, obrigação, condição ou responsabilidade constante em um ou omitido em outro será considerado válido para todos os fins.

11 - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL

11.1 - O atraso do pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na suspensão do serviço até a regularização.

11.2 - O contrato rescindir-se-á, também:

11.2.1 - Imotivadamente, somente após a vigência mínima de 12 (doze) meses:

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

11.2.2 - Motivadamente, a qualquer tempo, mediante aviso prévio, por escrito de 30 (trinta) dias:

- a) Se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
- b) Por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) titular/dependente;
- c) Se a pessoa jurídica contratante encerrar suas atividades.

12 - REAJUSTE

12.1 - Os valores das mensalidades e coparticipações serão reajustados a cada 12 (doze) meses conforme a variação positiva do VCMH – Variação do Custo Médico Hospitalar positivo e específico da operadora,

ou na ausência deste, pelo IPCA Serviços de Saúde – Índice de preços ao Consumidor Amplo (IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou por outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), em conjunto com o Índice de Reajuste por Sinistralidade – IRS%, apurado no período.

12.2 - O Índice de Sinistralidade (proporção entre as Despesas Assistenciais e as Receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos) será avaliado comparando-se a sinistralidade real apurada, com a definida como padrão ideal para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Também são consideradas as despesas não assistenciais da Operadora.

12.3 - Poderá ser aplicado um único reajuste contratual a cada 12 (doze) meses.

13 - PENALIDADES

13.1 - Pelas falhas, irregularidades e/ou pelo não cumprimento das condições, obrigações e prazos estipulados, a credenciada estará sujeita às seguintes penalidades, isoladas ou cumulativamente:

- a) Advertência por escrito;
- b) Multa no valor de 5% (cinco por cento) do valor total do contrato pela recusa injustificada de assinar o instrumento contratual, no prazo estabelecido pelo município;
- c) Descredenciamento, com rescisão do contrato.
- d) Multa de mora no valor de 0,5% (meio por cento) do valor total da ordem de serviço por dia de atraso na entrega dos objetos no início e/ou conserto/adequação dos serviços contratados;
- e) Multa no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) pelo não cumprimento de qualquer das cláusulas deste edital e do contrato, sem prejuízo da aplicação das demais sanções atinentes à espécie;
- f) Suspensão do direito de licitar com a Administração Municipal, pelo prazo de 02 (dois) anos, observadas as disposições legais;
- g) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos da punição.

13.1.1 - Caso haja inexecução total ou parcial do objeto, a concessão do objeto poderá ser rescindida unilateralmente, a qualquer tempo, pelo Município de Timbó.

13.2 - A aplicação destas sanções será precedida de regular processo administrativo, com a expedição de notificação pelo poder público para apresentação de defesa no prazo máximo e improrrogável de 05 (cinco) dias úteis.

13.3 - As multas serão recolhidas no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação da decisão administrativa que as tenham aplicado, podendo ser descontadas dos valores devidos, o que é totalmente aceito pela licitante vencedora.

14 - OBRIGAÇÕES

14.1 - DO FUNDO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR DE TIMBÓ (FASS):

- a) Aplicar penalidades às credenciadas, quando for o caso;
- b) Prestar as informações necessárias à perfeita execução do contrato;
- c) Efetuar o pagamento à credenciada no prazo avençado, após a prestação dos serviços e entrega da Nota Fiscal ao setor competente;
- d) Notificar a credenciada, por escrito, da aplicação de qualquer sanção;
- e) Vistoriar, avaliar a execução dos serviços contratados, e solicitar a emissão de relatórios gerenciais através de agente previamente designado;
- f) Comunicar à contratada, imediatamente e por escrito, toda e qualquer irregularidade, imprecisão ou desconformidade verificada na execução dos serviços, assinalando-lhe prazo para que a regularize, sob pena de aplicação das sanções legais e contratuais previstas.

14.2 - DA(S) CREDENCIADA(S):

- a) Prestar o serviço deste credenciamento nas especificações contidas no Edital e demais anexos;
- b) Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência contratual e de acordo com a legislação vigente, ressalvado o plano ambulatorial;
- c) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- d) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico- Hospitalar e/ou Odontológica (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras);
- e) Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do Termo de Acordo;
- f) Possuir central de atendimento para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

15 - DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 - As fases internas da licitação, assim sendo as atas, convocações e demais atos serão divulgadas através do veículo oficial de imprensa da Prefeitura de Timbó/SC, qual seja o Diário Oficial dos

Municípios - site www.diariomunicipal.sc.gov.br, quando necessário, ficando desde a data da publicação convocados os licitantes a apresentarem recurso ou demais manifestações cabíveis. O Município também poderá comunicar os licitantes diretamente e/ou através de AR e e-mail, acerca dos procedimentos vinculados ao presente certame, sendo que os prazos computar-se-ão a partir do seu recebimento, situação que os licitantes têm plena ciência e aceitam para todos os fins.

15.2 - Nenhuma indenização será devida às proponentes por apresentação de documentação relativa ao presente credenciamento.

15.3 - O presente credenciamento poderá vir a ser revogado por razões de interesse público decorrentes de fato superveniente ou anulado, no todo ou em parte, por ilegalidade, de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer escrito e fundamentado.

15.4 - O presente edital e seus anexos são complementares entre si de forma que qualquer condição, especificação, obrigação e outros constantes em um e omitido em outro será considerado válido e existente para todos os fins.

15.5 - Constitui Autoridade Competente para em última instância administrativa analisar e julgar os recursos eventualmente interpostos, o Presidente do Fundo de Assistência à Saúde do Servidor de Timbó (§ 1º, artigo 3º do Decreto Municipal n.º 2.976/2012).

15.6 - O proponente é responsável pela fidelidade e legitimidade das informações e documentos apresentados em qualquer fase da licitação.

15.7 - Para dirimir quaisquer questões decorrentes do procedimento licitatório, elegem as partes o foro da Comarca de Timbó/SC, com renúncia expressa a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

15.8 - Faz parte integrante do Edital:

- a) ANEXO I - Termo de Referência;
- b) ANEXO II - Estimativa do número de usuários e receita de mensalidades mensais;
- c) ANEXO III - Modelo de Declarações Obrigatórias;
- d) ANEXO IV - Declaração de aceite das condições de preço;
- e) ANEXO V - Modelo de proposta;
- f) ANEXO VI - Rede de Atendimento;
- g) ANEXO VII - Minuta Contratual/Termo de Credenciamento.

Timbó/SC, 22 de novembro de 2017

EDUARDO ESPINDOLA

Presidente do Fundo de Assistência à Saúde do Servidor de Timbó (FASS)

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

CREDENCIAMENTO DE ADMINISTRADORA(S) DE PLANO DE SAÚDE

1 – DO OBJETO:

O presente Termo de Referência tem como escopo o CREDENCIAMENTO de pessoas jurídicas de direito privado que atue na Administração de Plano de Assistência à Saúde, destinada à prestação de serviços de assistência médica complementar, por intermédio de PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA OU DE SEGURO SAÚDE COLETIVO, englobando os segmentos ambulatorial, hospitalar e obstetrícia, com as exigências mínimas estabelecidas na Lei nº 9.656/98 (Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde), com as coberturas obrigatórias asseguradas por lei e por normas complementares da Agência Nacional de Saúde Suplementar, além de outras condições mínimas previstas no presente termo, aos servidores públicos municipais ativos, inativos e seus dependentes legais.

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

As condições constantes neste termo são as mínimas a serem respeitadas pela operadora de plano de saúde, podendo ser avaliada a proposta pela comissão se asseguradas as condições mínimas dispuser outras formas complementares da prestação do serviço.

2 – DA JUSTIFICATIVA:

O Município de Timbó, através dos órgão de administração direta e indireta, tem exigido de seus servidores ativos e inativos, desde o ano 1993, a assistência complementar à saúde. Isto porque, com o advento da Constituição de 1988, deu-se relevância e destaque as ideias de prevenção e manutenção da saúde do servidor.

Importa registrar que a política implementada, de incentivo e assistência complementar à saúde, tem o objetivo de garantir às instituições públicas condições legais para a promoção e proteção à saúde que atendam, não somente ao servidor, mas também a sua família, o que, vem a fortalecer o princípio de valorização da dignidade da pessoa humana e proporcionar a todos melhor qualidade de vida.

Portanto, através do presente credenciamento, pretende-se garantir um Plano de Assistência à Saúde para os servidores da Prefeitura Municipal de Timbó que venha a revelar-se numa ferramenta de fortalecimento das políticas de valorização do servidor.

3 – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

- Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.
- Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

- Atos Normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- Lei Complementar nº 412, de 26 de dezembro de 2011, do município de Timbó/SC.
- Lei Complementar nº 486, de 31 de agosto de 2017, do município de Timbó/SC.
- Normas posteriores que eventualmente venham a substituir as supra relacionadas.

4 – DO CUSTEIO

A Prefeitura Municipal de Timbó proporcionará custeio parcial das mensalidades dos servidores ativos, inativos que integram o objeto da licitação na forma da Lei Complementar nº 412, de 26 de dezembro de 2011 e Lei Complementar 486, de 28 de setembro de 2017, do município de Timbó – SC ou em norma posterior que venha a substituí-la, em proporção definida pelo dispositivo legal citado. O custeio das mensalidades dos dependentes ocorrerão integralmente por conta do titular.

Em todos os casos os respectivos valores serão retidos da folha de pagamento do servidor e repassados à operadora do plano de saúde.

5 - DA NATUREZA 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 preço pré-estabelecido, 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 à 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 deverão ser prestados por profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede própria ou credenciada pela operadora do plano de saúde.

O contrato deverá ser de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, conforme o disposto nos artigos 458 a 461, do Código Civil Brasileiro e disposições do Código de Defesa do Consumidor.

6 - DO TIPO DE CONTRATAÇÃO

O contrato observará o Regime de Contratação Coletivo Empresarial, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção à saúde prestada à população delimitada e vinculada estatutariamente à Prefeitura Municipal de Timbó.

7 - DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Em atendimento ao que dispõe a Lei Complementar nº 412, de 26 de dezembro de 2011 e Lei Complementar 486, de 28 de setembro de 2017, do município de Timbó – SC, todos os servidores estatutários deverão possuir plano de saúde complementar.

A saber, todos os servidores da Prefeitura de Timbó, suas Fundações e Autarquia que possuírem vínculo empregatício estatutário (ativos e/ou inativos) irão aderir ao plano, salvo somente quando forem dependentes de outros planos.

São considerados beneficiários do plano de saúde, os seguintes:

I. Na qualidade de servidor (beneficiário titular): os ocupantes de cargo efetivo (estatutário), ativos e/ou inativos da administração direta e indireta (autarquias e fundações).

II. Na qualidade de dependentes do beneficiário titular, custeados integralmente por estes, os seguintes: 1) o cônjuge; 2) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia; 3) os filhos e/ou enteados solteiros até 24 anos incompletos; 4) a criança ou adolescente solteiro, até 24 anos incompletos, sob a guarda ou tutela do beneficiário titular por força de decisão judicial; 5) a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge; 6) os filhos incapazes.

Uma vez optado por um plano o servidor deverá permanecer pelo período mínimo de 12 meses para poder optar por outro plano de outra empresa credenciada.

Eventual mudança de plano sujeita o servidor ao período de carência conforme regras estabelecidas no item 14 deste termo de referência.

8 - DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

O plano de saúde deverá ter área de abrangência geográfica MÍNIMA estadual, compreendendo todo o território do Estado de Santa Catarina.

Os atendimentos de urgência/emergência deverão ter área geográfica de abrangência nacional, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico, ressalvado o plano ambulatorial.

9 - DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO

O plano de saúde deverá ter área de atuação em todo o território do Estado de Santa Catarina, sendo que nos casos de urgência/emergência deverão ter área de atuação nacional.

10 - DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO NA INTERNAÇÃO

Nos casos de internação o plano deverá ofertar acomodação no mínimo em quarto coletivo (enfermaria), sendo que, não havendo disponibilidade para tal, a operadora deverá ofertar acomodação em padrão superior sem que haja qualquer ônus ao beneficiário, até que lhe seja disponibilizada a internação em apartamento coletivo.

O Municipal de Timbó, em atendimento à Lei Complementar nº 412, de 26 de dezembro de 2011 e Lei Complementar 486, de 28 de setembro de 2017, efetuará o pagamento de percentual que lhe compete tomando como base a acomodação em enfermaria.

Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada 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 operadora do plano de saúde.

11 - DAS 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 operadora do plano de saúde, por médicos prestadores de serviço à operadora, 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) consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 2) 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
- 3) 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;
- 4) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial, solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de auxiliar e complementar o diagnóstico odontológico, executados na rede própria ou credenciada da operadora do plano de saúde;
- 5) 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;
- 6) sessões de psicoterapia solicitada pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da operadora, de acordo com o número de sessões previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, devendo ser 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 operadora do plano de saúde;
- 8) cobertura de consultas e/ou sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista, solicitados pelo médico assistente e realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da operadora do plano de saúde, de acordo com o previsto no

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, devendo ser respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;

9) 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;

10) Cobertura ambulatorial obrigatória para os seguintes procedimentos:

10.1) 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;

10.2) Hemoterapia ambulatorial;

10.3) Radioterapia para segmentação ambulatorial;

10.4) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;

10.5) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

10.6) Hemodiálise e diálise peritoneal.

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, obedecendo aos seguintes critérios:

12.1) Priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se da internação como último recurso, devendo a mesma sempre ocorrer por prescrição médica;

12.2) Nos casos de internação psiquiátrica deve haver o custeio integral de até 30 dias por ano, em regime de internação hospitalar ou hospital-dia, em hospital integrante da rede própria ou credenciada da operadora do plano de saúde;

12.2.1) Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias acima previsto, os atendimentos serão realizados mediante pagamento de co-participação conforme mecanismo de regulação;

12.2.2) O plano deve cobrir todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas

12.3) Hospital-dia para transtornos mentais é o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, 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;

12.4) 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) Cobertura para 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 operadora do plano de saúde, sendo proibida a 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) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

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

17) Exames complementares 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;

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

18.1) 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)

18.2) 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;

18.3) 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;

18.4) 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 do plano de saúde.

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 segmentação do plano e os prazos de carência;

20) Cobertura para 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;

22) 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;

23) Cobertura para 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 operadora do plano de saúde, 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;

24) 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:

24.1) O plano deve incluir 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;

24.2) 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;

25) Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária e indicada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste termo de referência;

26) 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:

26.1) Hemodiálise e diálise peritoneal;

26.2) 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;

26.3) Radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial e hospitalar;

26.4) Hemoterapia;

26.5) Nutrição parenteral ou enteral;

26.6) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

26.7) Embolizações listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

26.8) Radiologia intervencionista;

26.9) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

26.10) Procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

26.11) 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;

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

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

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

26.15) 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;

26.16) 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;

26.17) Transplante de córnea e rim, observadas as seguintes especificações:

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

26.17.1.1) despesas assistenciais com doadores vivos;

26.17.1.2) medicamentos utilizados durante a internação;

26.17.1.3) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

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

26.17.2) Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadavérico, 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.

26.18) 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.

12 - DOS PROCEDIMENTOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA

Os procedimentos abaixo descritos não serão contemplados pelo plano de saúde:

- 1) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 2) 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;
- 3) inseminação artificial, que deverá ser entendida como técnicas de reprodução assistida (Inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto), entre outras técnicas pertinentes ao procedimento supra intitulado.
- 4) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;
- 5) Tratamento de rejuvenescimento ou para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- 6) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, sendo estes aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde (tais como: hospitais, ambulatórios, clínicas);
- 7) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico sendo a prótese entendida 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;
- 8) 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;
- 9) Clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 10) Transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 11) Consultas e exames periódicos, admissional, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, que são de responsabilidade do empregador;
- 12) Consultas, internações e demais atendimentos domiciliares;
- 13) 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;
- 14) 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;

- 15) Todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.
- 16) Quaisquer remoções não antevistas na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso.
- 17) enfermagem e/ou cuidador em caráter particular, independentemente de ser em regime hospitalar ou domiciliar.
- 18) vacinas e aplicação.
- 19) investigação de paternidade/maternidade ou consanguinidade.
- 20) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida, exceto situações emergenciais em conformidade com cláusula própria;
- 21) despesas extraordinárias, realizadas pelo beneficiário internado ou seu acompanhante;
- 22) procedimentos cujo beneficiário não atenda as diretrizes de utilização, diretrizes clínicas ou protocolo de utilização estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar como parte do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes;
- 23) atendimento em hospitais de alto custo, considerados tabela própria;
- 24) despesas com prestadores não integrantes à rede.

13 - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, REMOÇÃO E REEMBOLSO

1) Dos Serviços de Urgência e Emergência:

1.1) Entende-se por:

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

1.2) Os beneficiários inscritos pela Prefeitura Municipal de Timbó deverão ter direito, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela operadora do plano de saúde, dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano, ao reembolso das despesas com assistência à saúde (nos limites das obrigações contratuais), efetuadas pelos beneficiários titular ou dependentes;

1.3) O titular ou dependente deve entregar à operadora do plano 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 operadora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual reembolso do valor.

1.4) O serviço de urgência/emergência terá cobertura em todo território nacional.

2) Da Remoção:

2.1) A operadora do plano deve garantir a cobertura da remoção do paciente nas seguintes situações:

2.2) Na internação, quando for comprovadamente necessária a remoção para outro estabelecimento hospitalar, próprio ou contratado mais próximo que disponha dos recursos necessários para o atendimento, dentro dos limites de abrangência geográfica previsto no contrato;

2.3) Depois de realizar os atendimentos classificados como urgência e emergência, e se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a operadora do plano garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento, sem ônus para o titular ou dependente.

2.4) A remoção do paciente nas situações acima descritas, após a realização dos atendimentos classificados como urgência ou emergência, serão realizadas em ambulância com os recursos necessários

2.5) Para a utilização do serviço, o paciente deve estar internado em situação que exija transporte especial, situação esta que será indicada pelo médico assistente e que deverá ser avaliada quando da solicitação da remoção diretamente à operadora;

2.6) A definição quanto à utilização do meio aéreo ou terrestre é incumbência da operadora, que avaliará em conjunto com o diretor médico operacional o melhor meio de transporte, valorizando a patologia e as condições de saúde do transportado, bem como condições meteorológicas e infra-estrutura aéreo-rodoviária;

2.7) A equipe médica responsável pelo transporte fará uma avaliação das condições do paciente, para se certificar de que não existe contra-indicação para o transporte aéreo e terrestre.

2.8) Estarão fora da cobertura contratual os portadores de patologias que ofereçam risco à integridade física e à saúde dos tripulantes das aeronaves, tais como doenças infecto-contagiosas, os pacientes em coma irreversível e aqueles sem possibilidades terapêuticas ("fase terminal"), bem como os portadores de patologias incompatíveis com o transporte aéreo e ambulância UTI.

3 – Do Reembolso:

3.1 - Os beneficiários inscritos pelo Município terão assegurado o direito ao reembolso de atendimento somente nas situações e condições abaixo, quando devidamente comprovadas, tendo em vista que o plano de saúde não possui característica de livre escolha.

3.1.1 - O reembolso será devido em atendimentos de urgência/emergência comprovados, bem como nos limites das obrigações contratuais, nas despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, em valor não inferior aos preços de serviços médicos e hospitalares praticados, deduzidos os valores relativos a coparticipação, a serem pagos no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação pertinente.

3.1.2 – O requerimento para reembolso, deverá ser formalizada pelo Município ou beneficiário, junto a Operadora, no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta.

3.1.3 - O reembolso é pertinente também para caso de ausência, inexistência ou indisponibilidade de prestador em conformidade com a legislação específica vigente à época do evento, desde que o beneficiário ou seu responsável tenha comunicado previamente a operadora.

14 - DA DURAÇÃO DO CONTRATO

O contrato terá duração de 12 (doze) meses, podendo aditado anualmente até o prazo máximo de 60 (sessenta) meses.

DO PERÍODO DE CARÊNCIA

Urgência e Emergência	24 horas
Consultas médicas	30 dias
Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raio – x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultra-sonografia	30 dias
Fisioterapia	90 dias

Parto a Termo	300 dias
Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia	180 dias
Todas as demais coberturas	180 dias

- 1) Não poderá ser exigido período de carência dos servidores e dependentes que ingressarem no plano no período de 30 dias após a assinatura do contrato;
- 2) Não poderá ser exigido período de carência dos servidores e dependentes que ingressarem no plano no período de 30 dias subsequentes a contar da posse no cargo ou emprego público tanto a administração direta como indireta;
- 3) Os demais casos deverão observar os períodos de carência acima dispostos.

15 - DAS DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

- 1) Não haverá análise de Doença e Lesão Preexistente, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado:
 - 1.1) Em até 30 dias da celebração do contrato; ou
 - 1.2) Em até 30 dias do estabelecimento da relação empregatícia com a Prefeitura Municipal de Timbó.
- 2) Os beneficiários titulares e dependentes inscritos fora dos prazos acima previstos, ficam sujeitos à análise de Doença e Lesão Preexistente, exceto os dependentes recém-nascidos e menores de 12 anos: tutelados, sob guarda, adotados e com reconhecimento de paternidade, inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão;
- 3) Os beneficiários titulares e dependentes devem preencher e assinar o formulário de Declaração de Saúde, (um para cada beneficiário), onde devem registrar sua atual condição de saúde e eventuais doenças ou lesões preexistentes, de que saibam ser portadores ou sofredores no ato da adesão ao plano de saúde.

16 - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 1) Co-participação: É a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário, após a realização dos procedimentos e condições abaixo:

- Os atendimentos serão realizados mediante co-participação de no máximo 20% (vinte por cento) do custo dos serviços abaixo listados, limitados a um valor máximo de R\$ 185,00 (cento e oitenta e cinco reais) por serviço realizado.

O valor da co-participação dos beneficiários nos custos assistenciais, quando for o caso, se dará pela aplicação do percentual e/ou quantias, previstos sobre o custo dos serviços executados, devendo prevalecer o menor valor:

- 1.1) Consultas médicas em consultório e pronto socorro;
- 1.2) Exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame;
- 1.3) Consultas e/ou sessões realizadas por profissionais de saúde, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do Evento, tais como: fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia, realizadas em regime

ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos. Exceto: Quimioterapia, Radioterapia e hemodiálise;

1.4) Sempre que houver uma atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e forem inclusos procedimentos não listados acima e também não contemplados no rol anterior, incidirá a cobrança de co-participação sobre as novas coberturas ambulatoriais incluídas;

1.5) Os valores serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

2) Cartão de identificação: A operadora de plano deverá fornecer ao beneficiário titular e seus eventuais dependentes o cartão individual de identificação, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o os direitos e vantagens do plano de saúde.

17 - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Os serviços contratados serão prestados da seguinte forma:

1) Consultas Médicas: Os beneficiários são atendidos no consultório dos médicos credenciados, indicados na relação divulgada pela operadora do plano, 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;

2) atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: são realizados por médicos credenciados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da operadora do plano, podendo existir a necessidade de autorização prévia por parte operadora do plano;

3) Sessões de psicoterapia: Deverão ser realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da operadora do plano, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da solicitação de serviços com autorização prévia da operadora, 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;

4) Consultas e/ou Sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista: Deverão ser realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da operadora, mediante solicitação e/ou indicação escrita do médico assistente e apresentação de solicitação de serviços com autorização prévia da operadora, 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;

5) Exames complementares e serviços auxiliares: Deverão ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da operadora, mediante apresentação da solicitação de serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela operadora.

6) Cirurgia buco-maxilo-facial: Deverá ser realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da operadora, mediante apresentação da solicitação de serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela operadora (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);

7) A operadora poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos. Neste caso o beneficiário, ou quem responda por ele, deverá dirigir-se a um escritório de autorização operadora do plano, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento;

7.1) A operadora deverá manter na cidade de Timbó um escritório onde o beneficiário possa se dirigir para solicitar autorização prévia para a realização de procedimentos, bem como esclarecer dúvidas sobre a cobertura do plano contratado;

7.2) A operadora deverá garantir 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;

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

18 - DO PREÇO E MENSALIDADES:

1) O Município de Timbó pagará à operadora por beneficiário inscrito:

1.1) A título de inscrição e mensalidade, os valores relacionados na proposta credenciada;

1.2) As co-participações previstas na Cláusula Mecanismos de Regulação.

2) Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da Resolução Normativa nº 279, de 2011, foi adotado o critério do preço único e da participação do empregador na formação o preço, observado o dispositivo abaixo:

2.1) A contratação do plano se dará através de preço único para todas as faixas etárias;

2.1.1) O critério adotado para definição de preço único para todas as faixas etárias deverá ter como base o cálculo da receita média per capita de todas as faixas. Sobre a receita per capita calculada poderá haver um acréscimo de até 0,5% (zero vírgula cinco por cento), a título de margem de segurança, em virtude do risco de alteração na idade média do grupo após a contratação e para compensar a perda dos reajustes por mudanças etárias que ocorrem anualmente.

19 - DO REAJUSTE

1) Os valores das mensalidades e co-participações serão reajustados a cada 12 (doze) meses conforme a variação positiva do VCMH – Variação do Custo Médico Hospitalar positivo e específico da operadora, ou na ausência deste, pelo IPCA Serviços de Saúde – Índice de preços ao Consumidor Amplo (IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou por outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), em conjunto com o Índice de Reajuste por Sinistralidade – IRS%, apurado no período.

2) O Índice de Sinistralidade (proporção entre as Despesas Assistenciais e as Receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos) será avaliado comparando-se a sinistralidade real apurada, com a definida como padrão ideal para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Também são consideradas as despesas não assistenciais da Operadora;

3) Só poderá ser aplicado um único reajuste contratual a cada 12 (doze) meses.

20 - DA SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL

1) O atraso do pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na suspensão do serviço até a regularização.

2) O contrato rescindir-se-á, também:

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

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

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

2.2.1) Se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;

2.2.2) Por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) titular/dependente;

2.2.3) Se a pessoa jurídica contratante encerrar suas atividades;

21 - DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

I. Qualificação técnica:

a) Atestado(s) de Capacidade Técnica, expedido em nome da Administradora de Plano de Saúde, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadora, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde – ANS, atendimento de 1.265 vidas em um único plano.

b) Comprovação de que a Administradora de Plano de Saúde mantenha cadastrada na ANS (Agência Nacional de Saúde) na data da publicação do edital, no mínimo 5.000 (cinco) mil beneficiários;

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

d) Comprovação por meio de livros ou catálogos de que dispõe de rede credenciada de atendimento para prestar os serviços de saúde, conforme exigências descritas no Anexo I, no Estado de Santa Catarina.

e) Certificado de inscrição da operadora no Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, com indicação do seu responsável técnico, com a comprovação de que o responsável técnico é profissional do quadro permanente da operadora, caracterizado por vínculo societário ou empregatício, devidamente comprovado por contrato social ou estatuto atualizado, no primeiro caso, e por ficha de registro de empregado devidamente autenticada, no segundo caso, ou através de comprovação de registro como responsável técnico junto à ANS – Agência Nacional de Saúde.

f) Certificado de Registro de Produtos emitido pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, indicando aqueles produtos que estão sendo oferecidos ao presente edital.

g) Declaração de que possui em funcionamento atendimento telefônico regional e/ou estadual (Município de Timbó/SC), para atender ao grupo beneficiário, sendo uma linha destinada a reclamações e informações e outra, distinta, para marcação de consultas, exames e procedimentos médicos, que deverão ser divulgadas amplamente em até 10 (dez) dias antes do início da prestação dos serviços.

h) Declaração expressa da participante de que tem conhecimento e aceita integralmente os termos do Edital e que assume integral responsabilidade, na forma da lei, pela autenticidade e veracidade de todos os documentos e informações incluídos na sua documentação e em sua proposta de detalhe.

22 - DO FISCAL DO CONTRATO

Institui-se como fiscal do referido contrato o Sr. Eduardo Espindola.

23 – DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA EM CARÁTER GERAL:

1. Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência contratual e de acordo com a legislação vigente, ressalvado o plano ambulatorial;

2. Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;

3. Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico- Hospitalar e/ou

Odontológica (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras); • Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do Termo de Acordo;

4. Possuir central de atendimento para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

24 - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

<i>Dotação Utilizada</i>	
<i>Código</i>	<i>Descrição</i>
<i>Dotação</i>	
18	FUNDO ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO SERVIDOR
1	GESTÃO DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO SERVIDOR
9	PREVIDENCIA SOCIAL
271	PREVIDENCIA BASICA
25	GESTÃO DA ASSISTENCIA A SAUDE DO SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL
2120	MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO FASS
33903950	SERVIÇOS MEDICO-HOSP. ODONTOLOGICO
10300	CONTRIBUIÇÃO PARA O RPPS

25 - OBSERVAÇÕES FINAIS:

O Município poderá:

- 1 - Vistoriar e avaliar a execução dos serviços contratados, através de agente previamente designado;
- 2 - Vistoriar, solicitar a emissão de relatórios gerenciais; e
- 3 - Comunicar à CREDENCIADA imediatamente e por escrito toda e qualquer irregularidade, imprecisão ou desconformidade verificada na execução dos serviços, assinalando-lhe prazo para que a regularize, sob pena de serem-lhe aplicadas as sanções legais e contratuais previstas.

Fonte: Documento desenvolvido pelo Fundo de Assistência à Saúde do Servidor de Timbó (FASS)

ANEXO II

ESTIMATIVA DO NÚMERO DE USUÁRIOS

Tabela 1. Todos os beneficiários

Faixa	Titular	Dependente	TOTAL
00 a 18		85	85
19 a 23	30	28	58
24 a 28	53		53
29 a 33	82	3	85
34 a 38	122	9	131
39 a 43	107	10	117
44 a 48	113	14	127
49 a 53	136	13	149
54 a 58	132	21	153
59 ou +	225	82	307
Quant. Total	1.000	265	1.265

Tabela 2. Beneficiários que tem plano atualmente

Faixa	Titular	Dependente	TOTAL
00 a 18		85	85
19 a 23		28	28
24 a 28	7		7
29 a 33	27	3	30
34 a 38	65	9	74
39 a 43	58	10	68
44 a 48	88	14	102
49 a 53	113	13	126
54 a 58	118	21	139
59 ou +	214	82	296
TOTAL	690	265	955

Tabela 3. Nova massa de dados

Faixa	Titular	TOTAL
00 - 18		
19 a 23	30	30
24 a 28	46	46
29 a 33	55	55
34 a 38	57	57
39 a 43	49	49
44 a 48	25	25
49 a 53	23	23
54 a 58	14	14
59 ou +	11	11
TOTAL	310	310

Fonte: Fundo de Assistência à Saúde do Servidor (FASS) – Mês de referência: outubro/2017.

ANEXO III

MODELO DE DECLARAÇÕES OBRIGATÓRIAS

DECLARAÇÃO

Ref. (identificação da licitação)

_____, inscrito no CNPJ n.º _____, por
intermédio de seu representante legal o (a) Senhor (a) _____, portador
(a) da Carteira de Identidade n.º _____ e do CPF n.º _____, declara:

- a) Para fins do disposto no inciso V do artigo 27 da Lei n.º 8.666/1993, acrescido pela Lei n.º 9.584/1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos. Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ().

Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima

- b) Que não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com a Administração Pública de qualquer natureza e esfera governamental.
- c) Que o ato constitutivo é vigente.
- d) Que não é impedido de transacionar com a Administração Pública
- e) Que conhece e aceita todas as condições do referido edital.
- f) Que cumpre os requisitos de habilitação.

(local e data)

(nome e número do documento de Identidade do Declarante)

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE ACEITE DAS CONDIÇÕES DE PREÇO

PROCESSO LICITATÓRIO 01/2017 FASS

(Nome da Empresa), CNPJ nº. (xxxx), Inscrição Estadual n.º (xxxx) sediada (Endereço Completo), telefone (xxxx), e-mail (xxxx) representada por (qualificação completa), DECLARA concordar com o preço estipulado pelo município de Timbó - SC, conforme tabela abaixo, para a PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA COMPLEMENTAR, POR INTERMÉDIO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA OU DE SEGURO SAÚDE COLETIVO, COM ABRANGÊNCIA ESTADUAL, ENGLOBANDO OS SEGMENTOS AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTETRÍCIA, COM AS EXIGÊNCIAS MÍNIMAS ESTABELECIDAS NA LEI N.º 9.656/98, COM AS COBERTURAS OBRIGATÓRIAS ASSEGURADAS POR LEI E POR NOMAS COMPLEMENTARES DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, ALÉM DE OUTRAS CONDIÇÕES MÍNIMAS PREVISTAS NO TERMO DE REFERÊNCIA, AOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS ATIVOS, INATIVOS E SEUS DEPENDENTES (administração direta e indireta, autarquias e fundações) constantes no referido edital de Credenciamento:

ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR UNITÁRIO MENSAL (R\$)
1	CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE PARA OS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS ATIVOS, INATIVOS E SEUS DEPENDENTES (administração direta e indireta, autarquias e fundações)	301,00

No preço proposto estão incluídas, além do lucro, todas as despesas, tributos e custos, diretos ou indiretos, relacionadas com o fornecimento do objeto do presente processo.

Número do Banco, Agência e Conta Corrente para depósito dos pagamentos em nome da proponente

(local e data)

(nome e número do documento de Identidade do Declarante)

ANEXO V

MODELO PROPOSTA

FUNDO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR DE TIMBÓ (FASS)		PROPOSTA-DETALHE – SERVIÇO Processo nº 01/2017 Data / / Fls. Rubrica _____		09 – Identificação da Empresa ou Carimbo Padronizado	
01 – Objeto da Licitação CONTRATAÇÃO DE OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE		02 – N° do Edital		03 – N° da Folha	
04 – Nome do Órgão Fundo de Assistência à Saúde do Servidor de Timbó (FASS)		05 – Endereço Av. Getúlio Vargas, 700, Centro, Timbó/SC		10 - Cód. Banco	11- Cód. Agência
06 – Este documento será preenchido conforme as instruções contidas no Anexo e devolvido até a data da realização da habilitação		12 - N° da Conta Corrente			
07 – Prazo de Execução 12 MESES		08 – Quantitativo de servidores beneficiários a serem atendidos, em função da capacidade técnica da empresa		13 – Declaramos inteira submissão aos termos desta proposta, do Edital e à Legislação em vigor <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____/_____/_____ Data _____ Assinatura </div>	
14 – Item	15 – Descrição do Serviço	16 – Preço Unitário Mensal		17 – Obs.:	
		R\$ 301,00			

ANEXO VI
REDE DE ATENDIMENTO

AO
FUNDO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR DE TIMBÓ (FASS)
AV. GETÚLIO VARGAS, 700, CENTRO, TIMBÓ/SC

Prezados Senhores:

Pela presente, a Instituição _____, inscrita no CNPJ sob o número _____, vem apresentar sua rede de atendimento ao FASS conforme especificado no Edital e seus Anexos, para o seu plano _____: (apresentar a rede de atendimento para cada plano ofertado, caso haja diferença entre eles). Segue listagem da rede credenciada e/ou própria em anexo, composta de _____ (_____) folhas numeradas seqüencialmente e por mim rubricadas.

Atenciosamente,

NOME:

C. IDENTIDADE:

CPF:

CARGO:

Obs.:

- 1) Esta declaração deverá ser apresentada em papel timbrado da empresa;
- 2) Esta declaração deverá ser colocada no envelope "01" PROPOSTA.

ANEXO VII

CONTRATO DE CREDENCIAMENTO Nº. 2017/____

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO DE PESSOAS JURÍDICAS DE DIREITO PRIVADO QUE ATUEM NA ADMINISTRAÇÃO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, DESTINADA À PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA COMPLEMENTAR, POR INTERMÉDIO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA OU DE SEGURO SAÚDE COLETIVO, COM ABRANGÊNCIA ESTADUAL, ENGLOBANDO OS SEGMENTOS AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTETRÍCIA, COM AS EXIGÊNCIAS MÍNIMAS ESTABELECIDAS NA LEI N.º 9.656/98, COM AS COBERTURAS OBRIGATÓRIAS ASSEGURADAS POR LEI E POR NOMAS COMPLEMENTARES DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, ALÉM DE OUTRAS CONDIÇÕES MÍNIMAS PREVISTAS NO TERMO DE REFERÊNCIA, AOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS ATIVOS, INATIVOS E SEUS DEPENDENTES (administração direta e indireta, autarquias e fundações).

MUNICÍPIO DE TIMBÓ, pessoa jurídica de direito público interno, CNPJ nº. 83.102.764/0001-15, com sede na Av. Getúlio Vargas, nº. 700, Centro, cidade de Timbó/SC, através do Fundo de Assistência à Saúde do Servidor de Timbó/SC, CNPJ nº. 11.422.955/0001-53, representado pelo Presidente, Sr. Eduardo Espindola, doravante denominado **MUNICÍPIO** e a empresa _____, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ nº. _____, com sede na Rua _____, nº. _____, bairro _____, cidade de _____/_____, representada por _____, brasileiro(a), _____(estado civil), CPF nº. _____ e RG nº. _____, residente e domiciliado na Rua _____, nº. _____, bairro _____, cidade de _____/_____, abaixo denominada **CREDENCIADA**, resolvem, de comum acordo e com fundamento na Lei nº. 8.666/93 e demais disposições legais aplicáveis à espécie, celebrar o presente CONTRATO DE CREDENCIAMENTO, tudo de conformidade com o Edital de Credenciamento nº. ____/2017, anexos e mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLAUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO E DOS PREÇOS

Pelo presente instrumento fica a empresa _____ **CREDENCIADA** para a plena e total execução dos serviços de administração de plano de assistência à saúde referente a assistência médica complementar, por intermédio de plano de assistência médica ou de seguro saúde coletivo, com abrangência estadual, englobando os segmentos ambulatorial, hospitalar e obstetrícia, com as exigências mínimas estabelecidas na lei n.º 9.656/98, com as coberturas obrigatórias asseguradas por lei e por normas complementares da agência nacional de saúde suplementar, além de outras condições mínimas previstas no termo de referência, aos servidores públicos municipais ativos, inativos e seus dependentes (administração direta e indireta, autarquias e fundações).

O objeto compreende a prestação continuada de serviços ou cobertura dos custos assistenciais médico-hospitalares na forma de Plano Privado de Assistência à saúde, garantindo a cobertura do Rol de Procedimentos Médicos editados pela Agência Nacional de Saúde (ANS), com cobertura para todas as

doenças do CID - 10 - Código Internacional de Doenças, com finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde, conforme o inciso I do artigo 1º da Lei 9656/98.

As condições constantes no edital são as mínimas a serem respeitadas pela operadora de plano de saúde, podendo ser objeto de avaliação proposta superior, desde que asseguradas as condições mínimas, e atendido o preço estipulado.

O procedimento seletivo dar-se-á pelo credenciamento das operadoras e, posteriormente, pela livre escolha do beneficiário, por um dos planos ofertados pelas credenciadas. A livre escolha do servidor beneficiário, coercitiva para os beneficiários vinculados ao servidor beneficiário, e do pensionista vinculado ao Instituto de Previdência e Assistência do Município de Timbó/SC, dar-se-á pela assinatura pelo beneficiário do FORMULÁRIO DE OPÇÃO, fornecido pela operadora credenciada.

O objeto deverá estar à disposição sempre que necessário (horário normal de atendimento e demais estabelecidos pelo MUNICÍPIO), cumprindo obrigatoriamente com todas as formas, condições, observações, descrições, horários, especificações, preços/valores para atendimento e demais disposições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº. __/2017, anexos e no presente instrumento e aquelas apresentadas pelo **MUNICÍPIO**.

O objeto abrange a execução, pela **CREDENCIADA**, de todos os serviços/atos/procedimentos e materiais necessários, conforme o Edital de Credenciamento nº. __/2017, anexos e deste instrumento, sem prejuízo das demais formas, condições e exigências estabelecidas pelo **MUNICÍPIO**.

O presente contrato, Edital de Credenciamento nº. __/2017 e anexos são complementares entre si, de forma que qualquer especificação, obrigação ou responsabilidade constante em um e omitido em outro, será considerado existente e válido para todos os fins.

CLAUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS, PROFISSIONAIS E RESPONSABILIDADES

O objeto será totalmente executado, sem restrições, pela **CREDENCIADA**, obrigatoriamente através de profissional devidamente habilitado, capacitado e regularmente inscrito na entidade profissional competente, cumpridas todas as demais obrigações, atribuições e requisitos constantes do Edital de Credenciamento nº. __/2017, anexos e no presente instrumento.

A **CREDENCIADA** fica desde já responsável em manter corretos seus registros, licenças, demais autorizações e documentos junto aos órgãos competentes e/ou relacionados ao seu ramo de atividade.

A execução do objeto cumprirá com as condições, obrigações, necessidades, especificações e formas estabelecidas pelo **MUNICÍPIO**.

A execução dar-se-á junto à sede da **CREDENCIADA**, mediante apresentação de documento/autorização emitida pelo MUNICÍPIO, observadas as demais condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº. ___/2017 e anexos, em especial deverão ser prestados da seguinte forma:

- 1) Consultas Médicas: Os beneficiários são atendidos no consultório dos médicos credenciados, indicados na relação divulgada pela operadora do plano, 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;
- 2) Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: são realizados por médicos credenciados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da operadora do plano, podendo existir a necessidade de autorização prévia por parte operadora do plano;
- 3) Sessões de psicoterapia: Deverão ser realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da operadora do plano, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da solicitação de serviços com autorização prévia da operadora, 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;
- 4) Consultas e/ou Sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista: Deverão ser realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da operadora, mediante solicitação e/ou indicação escrita do médico assistente e apresentação de solicitação de serviços com autorização prévia da operadora, 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;
- 5) Exames complementares e serviços auxiliares: Deverão ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da operadora, mediante apresentação da solicitação de serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela operadora.
- 6) Cirurgia buco-maxilo-facial: Deverá ser realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da operadora, mediante apresentação da solicitação de serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela operadora (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);
- 7) A operadora poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos. Neste caso o beneficiário, ou quem responda por ele, deverá dirigir-se a um escritório de autorização operadora do plano, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento;
 - 7.1) A operadora deverá manter na cidade de Timbó um escritório onde o beneficiário possa se dirigir para solicitar autorização prévia para a realização de procedimentos, bem como esclarecer dúvidas sobre a cobertura do plano contratado;
 - 7.2) A operadora deverá garantir 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;

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

A contratada é exclusivamente responsável pela qualidade do serviço e materiais executados direta e indiretamente para consecução do objeto contratado, devendo promover toda e qualquer readequação, sempre que detectadas impropriedades que possam comprometer a consecução do serviço contratado.

As operadoras habilitadas deverão manter, durante toda a execução do contrato/termo de credenciamento, compatibilidade com as obrigações por elas assumidas e todas as condições de habilitação e qualificação exigidas neste edital conforme previsto no inciso XIII, do artigo 55 da Lei nº. 8666/93 e suas alterações.

Na hipótese da operadora deixar de prestar os serviços e quando houver decretação de “portabilidade especial” pela Agência Nacional de Saúde (ANS), independentemente da aplicação das sanções administrativas, a contratante solicitará aos servidores que exerçam a livre escolha entre as demais habilitadas, devendo estas aceitar o ingresso da massa de servidores sem exigência de carência.

O atendimento será efetuado de acordo com as exigências constantes do Edital de Credenciamento nº. ___/2017, anexos, presente contrato e aquelas apresentadas pelo **MUNICÍPIO**.

É de plena, exclusiva e total responsabilidade da **CREDENCIADA** a prestação e o cumprimento de todos os serviços e o fornecimento de todo o material (seja ele de que natureza for), mão de obra, pessoal, maquinário, equipamento e produto necessário à total execução do objeto e demais atribuições, obrigações e responsabilidades constantes do Edital de Credenciamento nº. ___/2017, anexos e do presente contrato, bem como arcar, de forma única e exclusiva, com todo e qualquer encargo trabalhista, fiscal, securitário, previdenciário, social, comercial ou de outra natureza, resultante de qualquer vínculo empregatício ou não. Tais responsabilidades, ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos ao **MUNICÍPIO** ou a qualquer entidade e pessoa ele vinculado ou a terceiro.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO, DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E REAJUSTE

O **MUNICÍPIO** pagará à **CREDENCIADA**, durante todo o prazo contratual os valores da Cláusula Primeira – Do Objeto e dos Preços deste contrato, observadas as demais obrigações, atribuições e responsabilidades constantes deste instrumento, do Edital de Credenciamento nº. ___/2017 - e anexos, em especial o item 9 – DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS E PAGAMENTO abaixo:

9.1 - O Município de Timbó/SC proporcionará custeio parcial das mensalidades dos servidores ativos, inativos e pensionistas que integram o objeto da licitação na forma da Lei Complementar n.º 412, de 26 de dezembro de 2011 e Lei Complementar n.º 486, de 31 de agosto de 2017, ou em norma posterior que venha a substituí-la, em proporção definida pelo dispositivo legal citado.

9.1.1 - O custeio das mensalidades dos dependentes correrá, integralmente, por conta do titular.

- 9.1.2 - Em todos os casos os respectivos valores serão retidos na folha de pagamento (contracheque) do servidor e repassados à operadora do plano de saúde credenciada.
- 9.2 - O Município de Timbó pagará à operadora por beneficiário inscrito:
- 9.2.1 - A título de inscrição e mensalidade, os valores relacionados na proposta credenciada.
- 9.2.2 - As coparticipações previstas na Cláusula Mecanismos de Regulação.
- 9.3 - Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da Resolução Normativa nº 279, de 2011, foi adotado o critério do preço único e da participação do empregador na formação o preço, observado o dispositivo abaixo:
- 9.3.1 - A contratação do plano dar-se-á através de preço único para todas as faixas etárias.
- 9.3.1.1 - O critério adotado para definição de preço único para todas as faixas etárias deverá ter como base o cálculo da receita média per capita de todas as faixas. Sobre a receita per capita calculada poderá haver um acréscimo de até 0,5% (zero vírgula cinco por cento), a título de margem de segurança, em virtude do risco de alteração na idade média do grupo após a contratação e para compensar a perda dos reajustes por mudanças etárias que ocorrem anualmente.
- 9.4 - O valor será pago através do Fundo de Assistência à Saúde do Servidor de Timbó (FASS), até o 5º dia útil do mês de referência dos serviços, desde que a entrega ou envio da fatura tenha ocorrido previamente até o último dia útil do mês de sua competência.
- 9.4.1 - Caso da fatura não for recebida até o último dia útil do mês de sua competência, o prazo máximo de pagamento será de até 10 (dez) dias úteis, a partir da data de entrega e/ou envio da fatura.
- 9.4.2 - No caso de erro dos documentos de faturamento ou cobrança, estes serão devolvidos à operadora para retificação ou substituição, passando o prazo de pagamento a fluir, então, a partir da reapresentação válida desses documentos.
- 9.5 - O pagamento referente aos dependentes vinculados ao servidor beneficiário dar-se-á através de consignação na folha de pagamento do respectivo servidor, desde que este tenha margem consignável suficiente.

Esses pagamentos ficam condicionados a apresentação, pela **CREDENCIADA**, dos documentos fiscais/notas fiscais acerca dos serviços efetivamente realizados/prestados, relatórios de atendimento e das autorizações/solicitações do **MUNICÍPIO** (quando necessário), na Divisão de Contabilidade, devendo-se cumprir todas as demais disposições constantes do Edital de Credenciamento nº. __/2017, anexos e do presente instrumento. O **MUNICÍPIO** também poderá exigir a relação de empregados, as guias de recolhimento do INSS e do FGTS devidamente quitadas e o relatório de atividades.

No referido preço estão inclusos todos os custos advindos da responsabilidade técnica, licenças, autorizações, alvarás, mão de obra, pessoal, materiais, transportes, seguros, equipamentos (inclusive os de proteção individual), fretes, tributos, encargos sociais e trabalhistas e demais custos necessários a plena execução do objeto e demais atribuições e obrigações do Edital de Credenciamento nº. __/2017 –, anexos e do presente instrumento.

Incidirá sobre o valor total da(s) nota(s) fiscal(is) emitida(s) pela **CREDENCIADA**, os tributos decorrentes de expressa disposição legal, os quais serão retidos na fonte, observadas as demais disposições constantes do presente instrumento e da legislação aplicável à espécie.

As despesas deste instrumento correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

Dotação Utilizada	
Código Dotação	Descrição

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA

Além das demais obrigações do Edital, anexos e deste instrumento, compete também a **CREDENCIADA**:

- a) Executar e cumprir fielmente todo o objeto, serviços e demais atribuições, observações, obrigações, prazos e responsabilidades constantes deste instrumento e do Edital de Credenciamento nº. __/2017 e anexos, arcando com todos os custos, ônus e obrigações;
- b) Observar e cumprir as especificações contidas;
- c) Prestar o serviço deste credenciamento nas especificações contidas no Edital e demais anexos;
- d) Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência contratual e de acordo com a legislação vigente, ressalvado o plano ambulatorial;
- e) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- f) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico- Hospitalar e/ou Odontológica (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras);
- g) Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do Termo de Acordo;
- h) Possuir central de atendimento para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

Além das responsabilidades e obrigações do Edital, anexos e do presente instrumento, fica o **MUNICÍPIO** obrigado:

- a) em prestar as informações necessárias à **CREDENCIADA**, para a perfeita execução do objeto;
- b) efetuar o pagamento à **CREDENCIADA** nos moldes deste instrumento, Edital e anexos;
- c) acompanhar e fiscalizar, através da Secretaria da Secretaria de saúde, o cumprimento e a execução do presente instrumento, edital e anexos, o que não exime a **CREDENCIADA**, de nenhuma forma, de sua plena, exclusiva e total responsabilidade, inclusive perante quaisquer terceiros e o **MUNICÍPIO**;
- d) em notificar, por escrito, a **CREDENCIADA** da aplicação de qualquer sanção;
- e) em aplicar as penalidades cabíveis por infrações contratuais verificadas na execução do objeto.

CLÁUSULA SEXTA - DO PRAZO

O prazo deste contrato terá início na data de __/__/2017 e término em __/__/2017, podendo ser alterado ou prorrogado, no todo ou em parte, mediante a expedição de termo aditivo, observadas as disposições constantes da Lei nº. 8.666/93 e as demais estabelecidas pelo **MUNICÍPIO**.

A partir do início deste contrato fica a **CREDENCIADA** totalmente responsável em cumprir o objeto, sob pena de aplicação das penalidades constantes deste instrumento e do respectivo edital.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES

Além das demais disposições do Edital, anexos e deste instrumento e ressalvados os motivos de força maior (devidamente comprovados) e aqueles que por ventura possam ser apresentados pelo **MUNICÍPIO**, a **CREDENCIADA** incorrerá nas seguintes penalidades, isoladas ou cumulativamente:

- a) Advertência por escrito;
- b) Multa de mora no valor de 0,5% (meio por cento) do valor total do contrato por dia de atraso na entrega dos objetos no início e/ou conserto/adequação dos serviços contratados;
- c) Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, pelo não cumprimento de qualquer das cláusulas deste edital, ou pela desistência imotivada da manutenção de sua proposta;
- d) Suspensão do direito de licitar com a Administração Municipal, pelo prazo de 02 (dois) anos, observadas as disposições legais;
- e) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos da punição.

Caso haja inexecução total ou parcial do objeto, o presente instrumento poderá ser rescindido unilateralmente e a qualquer tempo pelo **MUNICÍPIO**.

A **CREDENCIADA** será notificada antes da aplicação da penalidade e terá 05 (cinco) dias úteis para apresentar sua defesa, a qual, não sendo aceita ou deixando de ser apresentada, culminará na cobrança da penalidade, tudo de conformidade com o edital, anexos e deste contrato, independentemente das demais medidas editais, contratuais e legais cabíveis.

As multas deverão ser pagas junto à Tesouraria da Fazenda Pública Municipal, podendo ser retirada dos valores devidos a **CREDENCIADA** ou cobrada administrativa ou judicialmente após a notificação, o que esta última expressamente autoriza.

O prazo para o pagamento/recolhimento das multas será de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação da decisão administrativa que as tenham aplicado.

As penalidades serão aplicadas sem prejuízo das demais sanções cabíveis, sejam estas administrativas e/ou penais e/ou civis, previstas na Lei nº. 8.666/1993 e demais atinentes à espécie.

A pena de inidoneidade será aplicada em despacho fundamentado, ponderando-se sua natureza, a gravidade da falta e a extensão do dano efetivo ou potencial, assegurando-se defesa ao infrator.

CLÁUSULA OITAVA - DA RESCISÃO

A rescisão contratual poderá ser:

- a) pela paralisação dos serviços;
- b) pela transmissão ou cessão a terceiros, pela **CREDENCIADA**, do objeto, sem prévia anuência por escrito do **MUNICÍPIO**;
- c) pelo ato de autoridade ou lei superveniente que torne a execução do contrato formal ou materialmente impraticável;
- d) determinada por ato unilateral e escrito da Administração, nos casos enumerados nos incisos I à XII e XVII do art. 78 da Lei Federal nº. 8.666/93;
- e) unilateralmente pelo **MUNICÍPIO**, desde que notifique previamente a **CREDENCIADA**;
- f) amigável, por acordo entre as partes, mediante autorização escrita e fundamentada da autoridade competente, reduzida a termo no processo licitatório, desde que haja conveniência para Administração.

A inexecução total ou parcial do contrato enseja sua rescisão unilateral e a qualquer tempo pelo **MUNICÍPIO**, com as consequências previstas na Cláusula Sétima.

Também constituem motivos para rescisão do Contrato as demais disposições da Lei Federal nº. 8.666/93 (em especial aquelas do art. 78).

Em caso de rescisão prevista nos incisos XII e XVII do art. 78 da Lei Federal nº. 8.666/93, sem que haja culpa ou dolo da **CONTRATADA**, será esta ressarcida dos prejuízos regularmente comprovados, quando os houver sofrido.

A rescisão contratual de que trata o inciso I do art. 78 acarretará as consequências previstas no art. 80, ambos da Lei Federal nº. 8.666/93.

CLÁUSULA NONA– DAS NORMAS GERAIS E DA EVENTUALIDADE E NÃO SUBORDINAÇÃO

O objeto será prestado exclusiva e diretamente por profissionais da **CREDENCIADA**.

O **MUNICÍPIO** exercerá amplo e total direito de fiscalização sobre o objeto, sendo que em nenhuma hipótese estará a **CREDENCIADA** eximida das responsabilidades.

A **CREDENCIADA** não poderá transferir, delegar ou ceder, de qualquer forma a terceiros, as atribuições e responsabilidades constantes deste instrumento, sem que haja prévio consentimento por escrito do **MUNICÍPIO**.

A referida prestação de serviços observará, além das disposições legais e regulamentares já mencionadas, todas as demais normas, regulamentações e legislações aplicáveis a espécie.

A **CREDENCIADA** prestará única e exclusivamente os serviços constantes deste instrumento, não havendo qualquer tipo de subordinação ou vínculo empregatício entre a mesma e o **MUNICÍPIO**.

CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO

As partes elegem o Foro da Comarca de Timbó – SC, para dirimir quaisquer questões oriundas do presente contrato, renunciado a qualquer outro, por mais privilegiado que seja. E, por estarem assim, justas e acordadas, as partes assinam o presente contrato, em 03 (três) vias de igual teor e forma, juntamente com as testemunhas abaixo nomeadas.

Timbó, ____ de _____ de 2017.

MUNICÍPIO

Eduardo Espindola

CREDENCIADA

TESTEMUNHA

NOME

CPF

TESTEMUNHA

NOME

CPF