

CREDENCIAMENTO

nº 01/2025 (RETIFICADO)

CONTRATANTE:
MUNICÍPIO DE TIMBÓ

OBJETO

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.



MUNICÍPIO DE TIMBÓ / CENTRAL DE LICITAÇÕES
FUNDO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS DE TIMBÓ
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2025 (RETIFICADO)

O Município de Timbó/SC, através do Fundo de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos de Timbó, localizado na Avenida Getúlio Vargas, número 700, Centro, Timbó, SC, CNPJ nº 20.727.444/0001-30, representado pelo Presidente do Fundo de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos de Timbó, Sr. Romero Espíndola e Silva, torna público, para conhecimento dos interessados, que encontra-se aberto o procedimento auxiliar de **CREDENCIAMENTO**, nos termos do art. 78, I e 79 II ambos da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, do Decreto nº 6.770, de 09 de março de 2023, e demais legislações aplicáveis e, ainda, de acordo com as condições estabelecidas neste Edital.

DATA/ HORÁRIO INÍCIO DO CREDENCIAMENTO: 08h00min do dia 03/03/2025 e ficará aberto pelo prazo de 12 (doze) meses

REFERÊNCIA DE TEMPO: horário de Brasília (DF).

HIPÓTESE DE CONTRATAÇÃO: seleção a critério de terceiros (inciso II do art. 79 da Lei nº 14.133/21)

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

O Edital e seus anexos estão disponíveis, na íntegra, no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), endereço eletrônico no link de licitações (www.timbo.sc.gov.br) e Sistema Eletrônico no endereço <http://comprasbr.com.br>.

As dúvidas pertinentes ao presente credenciamento serão esclarecidas pela Central de Licitações, no seguinte endereço e contatos:

TELEFONE: (47) 3380.7000 - ramal 7035;

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

ENDEREÇO: Avenida Getúlio Vargas, nº 700, Centro, Timbó/SC, CEP: 89.120-000;

HORÁRIO DE EXPEDIENTE: Central de Licitações: segunda a sexta-feira, das 08h às 12h, e das 14h às 17h.

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. DO OBJETO

1.1. O objeto do presente Credenciamento é **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,** conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste Edital e seus anexos.

1.2. O Credenciamento será realizada em único item, conforme tabela constante do Termo de Referência.

1.3. As práticas dos serviços a serem contratados devem ser aplicadas segundo as regulamentações baixadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego bem como as normalizações acordadas em convenções coletivas de trabalho de cada categoria.

1.4. Os serviços deverão ser executados por pessoal capacitado que desenvolverá as tarefas, acompanhadas e fiscalizadas sua execução, por servidor previamente designado, que anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução e determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados.

1.5. A forma de execução dos serviços, seus quantitativos, valores, prazos e demais situações estão previstos no Anexo I – Termo de Referência deste Edital.

1.6. As quantidades propostas são estimadas para o período de 12 (doze) meses, podendo ser alterado e sofrer variações nos termos da Lei nº 14.133/2021 e Decreto nº 6.770/2023.

2. PRAZO DE VALIDADE DO CREDENCIAMENTO

2.1. O Credenciamento se efetivará uma vez que a empresa seja considerada habilitada para a prestação dos serviços objeto do credenciamento e permanecerá válido pelo prazo de vigência do Edital ou até que a empresa requeira sua retirada do credenciamento.

2.2. O desatendimento a qualquer das exigências deste Edital, Termo de Referência e demais anexos implicará no descredenciamento da empresa.

2.3. Após a efetivação do credenciamento, será firmado o contrato com a credenciada, o qual entrará em vigor na data da sua publicação no Diário Oficial dos Municípios – DOM e terá vigência



durante o período do Credenciamento, podendo ser prorrogado de acordo com a Lei nº 14.133/2021.

2.4. A prorrogação do Edital não implicará em prorrogação automática do credenciamento e nem a prorrogação deste último implicará em prorrogação automática do contrato, devendo ser interposto pedido de prorrogação do contrato e fornecido pela empresa a documentação de habilitação necessária para sua efetivação.

2.5. Preenchidos os requisitos, será realizada a prorrogação do contrato, a qual implicará a prorrogação do credenciamento.

2.6. O período de credenciamento para habilitação de credenciados permanecerá aberto durante todo o prazo de validade do Edital.

3. MODO DE FORNECIMENTO

3.1. A contratação dos credenciados será efetivada de acordo com a necessidade e conveniência da Município/ órgão participante e mediante a expedição de ordem de serviço/ compra ou instrumento contratual equivalente.

3.2. Por se tratar este Credenciamento com Seleção a Critério de Terceiros, a seleção/escolha da empresa credenciada está a cargo do beneficiário direto da prestação, ou seja, caberá aos usuários do Serviço de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos de Timbó a escolha do fornecedor, de forma livre, sem interferência do Município, cabendo à credenciada exigir do usuário a apresentação de requisição subscrita pelo Município/ Fundo de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos de Timbó.

3.3. O Fundo de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos de Timbó manterá e divulgará uma lista contendo os nomes e endereços de todas as empresas Credenciadas oportunizando que o usuário do Serviço de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos de Timbó possa fazer a escolha do Fornecedor do Serviço.

4. DO ORÇAMENTO

4.1. Dotações orçamentárias/convênios extra orçamentários a serem utilizados:

Dotação Utilizada	
Código Dotação	Descrição
2025	
1	Referência
18	FUNDO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO SERVIDOR - FASS
1	Gestao da Assistencia a Saude do Servidor



35	MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO FASS
33390395000000000000	Serviços médico-hospitalar, odontológico e laboratorial
175970000100	Recursos vinculados a fundos

5. DA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

5.1. Poderão participar deste Credenciamento todas e quaisquer empresas ou sociedades, regularmente estabelecidas no País, que sejam especializadas e credenciadas no objeto deste Credenciamento e que satisfaçam todas as exigências, especificações e normas contidas neste Edital e seus Anexos.

5.2. É de responsabilidade do fornecedor manter atualizado seus dados cadastrais na municipalidade, devendo proceder, imediatamente, à correção ou à alteração dos registros tão logo identifique incorreção ou aqueles se tornem desatualizados.

5.3. Será concedido tratamento favorecido para as microempresas e empresas de pequeno porte, para as sociedades cooperativas mencionadas no artigo 16 da Lei nº 14.133, de 2021, para o agricultor familiar, o produtor rural pessoa física e para o microempreendedor individual - MEI, nos limites previstos da Lei Complementar nº 123, de 2006 e Decreto nº 4283, de 2016.

5.4. Não poderão participar deste credenciamento:

5.4.1. aquele que não atenda às condições deste Edital e seu(s) anexo(s);

5.4.2. autor do anteprojeto, do projeto básico ou do projeto executivo, pessoa física ou jurídica, quando a licitação versar sobre serviços ou fornecimento de bens a ele relacionados;

5.4.3. empresa, isoladamente ou em consórcio, responsável pela elaboração do projeto básico ou do projeto executivo, ou empresa da qual o autor do projeto seja dirigente, gerente, controlador, acionista ou detentor de mais de 5% (cinco por cento) do capital com direito a voto, responsável técnico ou subcontratado, quando a licitação versar sobre serviços ou fornecimento de bens a ela necessários;

5.4.4. pessoa física ou jurídica que se encontre, ao tempo da licitação, impossibilitada de participar da licitação em decorrência de sanção que lhe foi imposta;

5.4.5. aquele que mantenha vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que desempenhe função na licitação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau;

5.4.6. empresas controladoras, controladas ou coligadas, nos termos da Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976, concorrendo entre si;

5.4.7. pessoa física ou jurídica que, nos 5 (cinco) anos anteriores à divulgação do edital, tenha sido condenada judicialmente, com trânsito em julgado, por exploração de trabalho infantil, por submissão de trabalhadores a condições análogas às de escravo ou por contratação de adolescentes nos casos vedados pela legislação trabalhista;

5.4.8. agente público do órgão ou entidade licitante;

5.4.9. Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP, atuando nessa condição;

5.4.10. Não poderá participar, direta ou indiretamente, da licitação ou da execução do contrato agente público do órgão ou entidade contratante, devendo ser observadas as situações que possam



configurar conflito de interesses no exercício ou após o exercício do cargo ou emprego, nos termos da legislação que disciplina a matéria, conforme § 1º do art. 9º da Lei nº 14.133, de 2021.

5.5. O impedimento de que trata o item **5.4.4** será também aplicado ao fornecedor que atue em substituição a outra pessoa, física ou jurídica, com o intuito de burlar a efetividade da sanção a ela aplicada, inclusive a sua controladora, controlada ou coligada, desde que devidamente comprovado o ilícito ou a utilização fraudulenta da personalidade jurídica do fornecedor.

5.6. A critério da Administração e exclusivamente a seu serviço, o autor dos projetos e a empresa a que se referem os itens **5.4.2** e **5.4.3** poderão participar no apoio das atividades de planejamento da contratação, de execução da licitação ou de gestão do contrato, desde que sob supervisão exclusiva de agentes públicos do órgão ou entidade.

5.7. Equiparam-se aos autores do projeto as empresas integrantes do mesmo grupo econômico.

5.8. A vedação de que trata o item **5.4.8** estende-se a terceiro que auxilie a condução da contratação na qualidade de integrante de equipe de apoio, profissional especializado ou funcionário ou representante de empresa que preste assessoria técnica.

5.9. É permitida a participação de empresas em forma de consórcio ou grupos de empresas, desde que atendidas as normas do art. 15 da Lei nº 14.133/2021, observado as seguintes regras:

I – comprovação de compromisso público ou particular de constituição de consórcio, subscrito pelos consorciados;

II – indicação da empresa líder do consórcio, que será responsável por sua representação perante a Administração;

III – admissão, para efeito de habilitação técnica, do somatório dos quantitativos de cada consorciado e, para efeito de habilitação econômico-financeira, do somatório dos valores de cada consorciado, caso exigido;

IV – impedimento de a empresa consorciada participar, na mesma licitação, de mais de um consórcio ou de forma isolada;

V – responsabilidade solidária dos integrantes pelos atos praticados em consórcio, tanto na fase de licitação quanto na de execução do contrato.

VI – O licitante vencedor é obrigado a promover, antes da celebração da ata de registro preços, a constituição e o registro do consórcio, nos termos do compromisso referido no item I acima, no prazo de até 30 (trinta) dias, após a homologação.

VII – A substituição de consorciado deverá ser expressamente autorizada pelo Órgão Gerenciador e condicionada à comprovação de que a nova empresa do consórcio possui, no mínimo, os mesmos quantitativos para efeito de habilitação técnica e os mesmos valores para efeito de qualificação econômico-financeira apresentados pela empresa substituída para fins de habilitação do consórcio neste processo licitatório que originou o contrato, quando exigido.

5.10. Os profissionais organizados sob a forma de cooperativas poderão participar quando:

a) a constituição e o funcionamento da cooperativa observarem as regras estabelecidas na legislação aplicável;



- b) a cooperativa apresentar demonstrativo de atuação em regime cooperado, com repartição de receitas e despesas entre os cooperados;
- c) qualquer cooperado, com igual qualificação, for capaz de executar o objeto contratado, vedado à Administração indicar nominalmente pessoas;
- d) o objeto da licitação referir-se, em se tratando de cooperativas enquadradas na Lei nº 12.690, de 19 de julho de 2012, a serviços especializados constantes do objeto social da cooperativa, a serem executados de forma complementar à sua atuação, conforme disposto no art. 16 da Lei nº 14.133, de 2021.

6. FORMA DE INSCRIÇÃO

6.1. Os interessados deverão protocolar os documentos listados no item 7, mediante Requerimento para Credenciamento, de acordo com o modelo anexo ao Edital.

6.2. O protocolo dos documentos deverá ser realizado através de protocolo no Portal do Cidadão do Município de Timbó.

6.2.1. Para fazer o protocolo no Portal do Cidadão, o fornecedor deverá acessar o serviço Emissão de Processo Digital, através do link <https://timbo.atende.net/autoatendimento/servicos/emissao-de-processo-digital/detalhar/1>, selecionar o Assunto “LICITAÇÃO”, Subassunto “CREDENCIAMENTO ONLINE” e inserir todos os documentos exigidos no Edital.

6.2.2. Se o fornecedor interessado não possuir cadastro no Portal do Cidadão deverá solicitar o acesso através da função “Cadastre-se”.

6.2.3. Os documentos de habilitação que requeiram assinatura deverão ser assinados por meio de assinatura digital, mediante certificado digital emitido em âmbito da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil) nos termos do §2º do art. 12 da Lei nº 14.133/2021.

6.3. A efetivação do credenciamento dar-se-á somente quando da apresentação dos documentos enumerados no item 7 - DOCUMENTAÇÃO.

6.4. Atendidas todas as exigências do edital de credenciamento, será firmado contrato com a empresa credenciada, sem prejuízo do pleno cumprimento das condições estabelecidas neste edital, e em conformidade com a Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, do Decreto nº 6.770, de 09 de março de 2023, e demais legislações aplicáveis.

6.5. O contrato de credenciamento constante em anexo não dispensa a apresentação de contrato homologado pela ANS, que não poderá conter cláusulas contraditórias aos termos deste edital e anexos, e cujas condições e prazos vincularão a avença entre as partes.

7. DOCUMENTAÇÃO



7.1. Os documentos para habilitação deverão ser protocolados através do Portal do Cidadão do Município de Timbó.

7.2. Os documentos necessários deverão ser apresentados em original, por cópia ou por meio eletrônico.

7.3. Para habilitação no presente edital de credenciamento serão exigidos os seguintes documentos.

7.3.1. Quanto à regularidade jurídica:

- a) Ato Constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor (de acordo com as exigências do Novo Código Civil), a alteração contratual referente à mudança de razão social, na hipótese de haver a referida mudança, bem como a última alteração, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado dos documentos de eleição de seus administradores;
- b) Certidão emitida pela Junta Comercial na qual se encontra inscrita, assim como deverá apresentar declaração de que se enquadra no porte descrito pela mesma Lei para que se apliquem os benefícios da Lei Complementar 123/2006;
- c) Caso seja representada por procurador, este deverá apresentar procuração ou documento equivalente, com firma reconhecida do Outorgante ou outro meio de autenticação reconhecido, cópias dos respectivos RG - Registro Geral e CPF/MF – Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda, do Outorgante e do Outorgado.

7.3.2. Quanto à regularidade fiscal e trabalhista:

- a) Prova de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ);
- b) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual e/ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- c) Certidão Negativa de Débitos Federais/União;
- d) Certidão negativa de Débitos Estaduais;
- e) Certidão Negativa de Débitos Municipais do domicílio da licitante;
- f) Certidão de Regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviços – FGTS
- g) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, em vigor.

7.3.2.1. Quanto à regularidade fiscal das Microempresas (ME) e Empresas de Pequeno Porte (EPP), nos termos da Lei Complementar nº 123/2006:

- a) As Microempresas (ME) e Empresas de Pequeno Porte (EPP), beneficiárias do tratamento diferenciado e favorecido previsto na Lei Complementar nº 123/2006, deverão apresentar toda a documentação exigida para efeito de comprovação de regularidade fiscal, mesmo que esta apresente alguma restrição;



- b) Nesta hipótese, havendo alguma restrição na comprovação de regularidade fiscal, será assegurado o prazo de 05 (cinco) dias úteis, cujo termo inicial corresponderá ao momento em que o proponente for declarado vencedor do certame, prorrogáveis por igual período, a critério da Administração Pública, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito, e emissão de eventuais Certidões Negativas ou positivas com efeito de certidão negativa;
- c) A não regularização da documentação, no prazo previsto no item anterior, implicará decadência do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas no art. 155 e seguintes da Lei Federal nº 14.133, de 2021.

7.3.3. Declarações obrigatórias: deverá conter declaração subscrita pelo representante legal do fornecedor interessado onde ateste, conforme modelo constante anexo ao Edital:

- a) Que não incorre nas condições impeditivas do art. 14 da Lei Federal nº 14.133/21;
- b) Que atende aos requisitos de habilitação, conforme disposto no art. 63, inciso I, da Lei Federal nº 14.133/21;
- c) Que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas, conforme art. 63, inciso IV, da Lei Federal nº 14.133/21;
- d) Que está ciente do edital e concorda com as condições locais para o cumprimento das obrigações objeto da licitação, conforme art. 67, inciso VI, da Lei Federal nº 14.133/21;
- e) Para fins do disposto no inciso VI do art. 68, da Lei Federal nº 14.133/21, que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 (dezesesseis) anos, salvo menor, a partir dos 14 (quatorze) anos, na condição de aprendiz, nos termos do inciso XXXIII, do art. 7º, da Constituição Federal/88;
- f) Que não possui, na cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal/ 88.

7.3.4. Quanto à regularidade econômico-financeira:

- a) Certidão Negativa de Falência, Concordata ou Recuperação Judicial, expedida pelo distribuir da sede da pessoa jurídica, com data de emissão não superior a 60 (sessenta) dias, quando não constar expressamente do corpo da mesma o seu prazo de validade.
- a.1) Não será inabilitada a licitante que estiver em recuperação judicial desde que comprove contabilmente ter condições de assumir a obrigação. ¹
- b) As empresas deverão apresentar o Balanço Patrimonial e a Demonstração do Resultado do Exercício, extraídos do livro diário, na forma da lei, dos 2 (dois) últimos exercícios sociais já exigíveis, acompanhadas dos respectivos termos de abertura e encerramento do livro diário, devidamente submetidos ao ato de autenticação no órgão competente do registro do comércio, subscritos pelo

¹ ***“A exigência de apresentação da certidão negativa de recuperação judicial deve ser relativizada a fim de possibilitar à empresa em recuperação judicial participar do certame, desde que demonstre, na fase de habilitação, a sua viabilidade econômica”*** (STJ, AREsp 309.867/ES, rel. Min. Gurgel de Faria, Primeira Turma, j. 26/06/2018, DJe 08/08/2018)



representante legal da empresa e pelo profissional da contabilidade, com registro profissional regular no CRC.

- b.1) Em se tratando de demonstrações apresentadas no formato SPED, será exigido o recibo de entrega do SPED CONTÁBIL, e também, no formato SPED, autenticados com o número do recibo apresentado: o Balanço Patrimonial, a Demonstração do Resultado do Exercício e o Termo de Abertura e Encerramento.
- b.2) As exigências do item A e A.1 desta qualificação, limitar-se-ão ao último exercício social já exigível no caso de a pessoa jurídica ter sido constituída a menos de 2 (dois) anos.
- b.3) As empresas criadas no exercício financeiro da licitação deverão atender a todas as exigências da habilitação e poderão substituir os demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura devidamente subscrito pelo representante legal da empresa e pelo profissional da contabilidade com registro profissional regular no CRC.
- a.4) É vedada a apresentação de balancetes ou balanços intermediários encerrados fora do exercício social. Também é vedada a substituição de Balanço Patrimonial por balancetes ou balanços provisórios.

c) As empresas deverão apresentar demonstrativo da boa saúde financeira da empresa, em papel timbrado ou devidamente identificado com os dados da Licitante e assinado pelo contador responsável, apresentando os cálculos a partir das fórmulas do quadro abaixo e das informações do Balanço Patrimonial do último exercício social exigível, de modo a atender aos seguintes índices:

Nome do Índice	Fórmula do Cálculo	Índice Exigido
LC = Índice de Liquidez Corrente	$\frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$	Igual ou superior a 1,00
LG = Índice de Liquidez Geral	$\frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a Longo Prazo}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante}}$	Igual ou superior a 1,00
GE = Grau de Endividamento	$\frac{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante}}{\text{Ativo Total}}$	Igual ou inferior a 1,00

- c.1) Os consórcios deverão apresentar demonstrativo da boa saúde financeira nos termos do item B. No caso de consórcios formados exclusivamente por microempresas (ME) e empresas de pequeno porte (EPP), aplicam-se os índices mencionados acima. Para os demais consórcios, os índices exigidos são os seguintes: Índice de Liquidez Corrente (LC) e



Índice de Liquidez Geral (LG), ambos com índice exigido de igual ou superior a 1,10; e Grau de Endividamento (GE), com índice exigido de igual ou inferior a 0,90. Esses índices devem ser calculados e apresentados conforme as fórmulas descritas no quadro acima, a partir do somatório dos valores do Balanço Patrimonial do último exercício social apresentado de cada consorciado.

- c.2) Na verificação dos índices constantes do quadro acima serão consideradas até 2 (duas) casas decimais após a vírgula, adotando-se as regras matemáticas de arredondamento das demais casas decimais desconsideradas.

7.3.5. 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 545 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 1.100 (mil e cem 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, catálogos, ou site eletrônico 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 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.

7.3.6. Quanto à declaração de aceite das condições e preço: o fornecedor interessado deverá apresentar declaração subscrita pelo representante legal do fornecedor interessado, onde ateste o aceite das condições e preços do credenciamento, conforme modelo anexo ao Edital.

7.4. Os documentos de habilitação deverão estar em plena vigência, ficando, porém, a critério do Agente de Contratação solicitar as vias originais de quaisquer dos documentos, caso haja constatação de fatos supervenientes. Na hipótese de inexistência de prazo de validade expresso no documento, deverão ter sido emitidos há menos de 60 (sessenta) dias da data do protocolo realizado.



7.5. A aceitação das certidões, quando emitidas através da Internet, fica condicionada à verificação de sua validade e dispensam a autenticação.

7.6. Os fornecedores interessados que, por sua natureza ou por força de lei, estiverem dispensadas da apresentação de determinados documentos de habilitação, deverão apresentar declaração identificando a situação e citando os dispositivos legais pertinentes.

7.7. Os documentos exigidos para fins de habilitação poderão ser apresentados em original, por cópia ou por meio eletrônico.

7.8. 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.

8. ABERTURA, PROCEDIMENTOS E JULGAMENTO

8.1. A documentação exigida para credenciamento será analisada pelo Agente ou Comissão de Contratação, observando-se os seguintes procedimentos:

8.1.1. Examinada a documentação e atendidos os requisitos exigidos neste edital e seus anexos, o fornecedor interessado será declarado pelo Agente ou Comissão de Contratação como **habilitado** para a prestação dos serviços objeto do credenciamento.

8.1.2. Os proponentes inabilitados, serão notificados para que, querendo, no prazo de 03 (três) dias úteis, providenciem os documentos esboçados dos vícios que geraram sua inabilitação.

8.1.3. 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.

8.1.4. Ocorrida a exclusão do proponente pela ausência de documentação mínima necessária ao credenciamento, o mesmo poderá, durante o período de vigência do edital, apresentar nova documentação para credenciamento.

8.1.5. Na análise dos documentos de habilitação, o Agente ou Comissão de Contratação poderá sanar erros ou falhas, que não alterem a substância dos documentos e sua validade jurídica, mediante decisão fundamentada, registrada em ata e acessível a todos, atribuindo-lhes eficácia para fins de habilitação e classificação.

8.2. Da Abertura e Julgamento da Documentação de Habilitação será lavrada ata, assinada pelo Agente ou Comissão de Contratação, que será encaminhada, via e-mail, ao fornecedor interessado, bem como publicada no Diário Oficial do Município.



8.3. As fases internas do procedimento, assim sendo as atas, convocações e demais atos serão divulgadas através do Diário Oficial dos Municípios - site www.diariomunicipal.sc.gov.br, quando necessário, ficando desde a data da publicação convocado o fornecedor interessado a apresentar recurso ou demais manifestações cabíveis.

9. ADJUDICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO

9.1. Após a declaração de habilitação do fornecedor interessado, não havendo manifestação recursal, a Autoridade Competente opinará sobre a adjudicação do credenciado.

9.2. No caso de interposição de recurso, caberá à Autoridade Competente, após decisão do recurso, opinar pela adjudicação do credenciado.

9.3. A autoridade competente homologará o credenciamento, convocando o credenciado a assinar o Contrato ou retirar o instrumento equivalente.

10. DO CONTRATO

10.1. Homologado o credenciamento, o fornecedor credenciado terá o prazo de 05 (cinco) dias, contados a partir da data de sua convocação, para assinar o Contrato, cujo prazo de validade encontra-se nele fixado, sob pena de decadência do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas na Lei nº 14.133, de 2021.

10.1.1 Como requisito para a assinatura do Contrato será exigida a apresentação de Certidão Negativa de Débitos junto ao Município de Timbó.

10.2. O prazo de convocação poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, mediante solicitação do fornecedor convocado, desde que:

- (a) a solicitação seja devidamente justificada e apresentada dentro do prazo; e
- (b) a justificativa apresentada seja aceita pela Administração.

10.3. O Contrato será assinado por meio de assinatura digital, mediante certificado digital emitido em âmbito da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil) nos termos do §2º do art. 12 da Lei nº 14.133/2021.

10.4. Serão formalizadas tantos Contratos quantos forem necessários para o credenciamento de todos os fornecedores interessados.

10.5. O Contrato, com a indicação do fornecedor, será divulgado no PNCP e disponibilizado durante a vigência do Contrato.



10.6. A divulgação no PNCP e no sítio eletrônico oficial do Poder Executivo do Município de Timbó é condição indispensável para a eficácia do contrato e de seus aditamentos e deverá ocorrer no prazo de até 10 (dias) úteis da data de sua assinatura.

10.7. Caberá ao Gestor de Contratos o gerenciamento dos participantes contratados por meio deste Edital de Credenciamento.

11. DOS RECURSOS

11.1. A interposição de recurso referente ao julgamento dos documentos de habilitação ou inabilitação dos fornecedores interessados, observará o disposto no art. 165 da Lei nº 14.133, de 2021.

11.2. O prazo recursal é de 3 (três) dias úteis, contados da data de intimação ou de lavratura da ata.

11.3. Quando o recurso apresentado impugnar o julgamento da habilitação ou inabilitação do fornecedor interessado:

11.3.1. a intenção de recorrer deverá ser manifestada imediatamente, sob pena de preclusão;

11.3.2. o prazo para a manifestação da intenção de recorrer não será inferior a 10 (dez) minutos.

11.3.3. o prazo para apresentação das razões recursais será iniciado na data de intimação ou de lavratura da ata de habilitação ou inabilitação;

11.3.4. na hipótese de adoção da inversão de fases prevista no § 1º do art. 17 da Lei nº 14.133, de 2021, o prazo para apresentação das razões recursais será iniciado na data de intimação da ata de julgamento.

11.4. Os recursos deverão ser protocolados na Central de Licitações da Prefeitura de Timbó ou através do Portal do Cidadão, mediante a utilização do assunto “LICITAÇÃO” e subassunto “RECURSO”.

11.5. O recurso será dirigido à autoridade que tiver editado o ato ou proferido a decisão recorrida, a qual poderá reconsiderar sua decisão no prazo de 3 (três) dias úteis, ou, nesse mesmo prazo, encaminhar recurso com a sua motivação para a autoridade superior, a qual deverá proferir sua decisão no prazo de 10 (dez) dias úteis, contado do recebimento dos autos.

11.6. Os recursos interpostos fora do prazo não serão conhecidos.

11.7. O prazo para apresentação de contrarrazões ao recurso pelos demais licitantes será de 3 (três) dias úteis, contados da data da intimação pessoal ou da divulgação da interposição do recurso, assegurada a vista imediata dos elementos indispensáveis à defesa de seus interesses.

11.8. O recurso e o pedido de reconsideração terão efeito suspensivo do ato ou da decisão recorrida até que sobrevenha decisão final da autoridade competente.



11.9. O acolhimento do recurso invalida tão somente os atos insuscetíveis de aproveitamento.

11.10. Os autos do processo permanecerão com vista franqueada aos interessados no sítio eletrônico <https://timbo.atende.net/transparencia/item/licitacoes-gerais>

12. DAS INFRAÇÕES ADMINISTRATIVAS E SANÇÕES

12.1. Comete infração administrativa, nos termos da lei, o licitante que, com dolo ou culpa:

12.1.1. deixar de entregar a documentação exigida para o certame ou não entregar qualquer documento que tenha sido solicitado pelo/a pregoeiro/a durante o certame;

12.1.2. Salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado, não manter a proposta em especial quando:

12.1.2.1. não enviar a proposta adequada ao último lance ofertado ou após a negociação;

12.1.2.2. recusar-se a enviar o detalhamento da proposta quando exigível;

12.1.2.3. pedir para ser desclassificado quando encerrada a etapa competitiva; ou

12.1.2.4. deixar de apresentar amostra;

12.1.2.5. apresentar proposta ou amostra em desacordo com as especificações do edital;

12.1.3. não celebrar o contrato ou não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade de sua proposta;

12.1.3.1. recusar-se, sem justificativa, a assinar o contrato, ou a aceitar ou retirar o instrumento equivalente no prazo estabelecido pela Administração;

12.1.4. apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante a licitação;

12.1.5. fraudar a licitação ou praticar ato fraudulento na execução do contrato;

12.1.6. comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza, em especial quando:

12.1.6.1. agir em conluio ou em desconformidade com a lei;

12.1.6.2. induzir deliberadamente a erro no julgamento;

12.1.6.3. apresentar amostra falsificada ou deteriorada;

12.1.7. praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da licitação

12.1.8. praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei n.º 12.846, de 2013.

12.1.9. dar causa à inexecução parcial ou total do contrato;

12.1.10. dar causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à Administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;

12.1.11. ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da licitação sem motivo justificado.

12.2. Com fulcro na Lei nº 14.133, de 2021, a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos licitantes e/ou adjudicatários as seguintes sanções, sem prejuízo das responsabilidades civil e criminal:

12.2.1. advertência;

12.2.2. multa;



12.2.3. impedimento de licitar e contratar e

12.2.4. declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.

12.3. Na aplicação das sanções serão considerados:

12.3.1. a natureza e a gravidade da infração cometida.

12.3.2. as peculiaridades do caso concreto

12.3.3. as circunstâncias agravantes ou atenuantes

12.3.4. os danos que dela provierem para a Administração Pública

12.3.5. a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

12.4. A multa será aplicada exclusivamente pela infração administrativa prevista no item 12.1.9 quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave.

12.5. A multa será recolhida em percentual de 0,5% a 30% incidente sobre o valor do contrato licitado, recolhida no prazo máximo de **05 (cinco) dias** úteis, a contar da comunicação oficial.

12.5.1. Para as infrações previstas nos itens 12.1.1, 12.1.2 e 12.1.3, a multa será de 0,5% a 15% do valor do contrato licitado.

12.5.2. Para as infrações previstas nos itens 12.1.4, 12.1.5, 12.1.6, 12.1.7, 12.1.8, 12.1.9, 12.1.10 e 12.1.11 a multa será de 15% a 30% do valor do contrato licitado.

12.6. As sanções de advertência, impedimento de licitar e contratar e declaração de inidoneidade para licitar ou contratar poderão ser aplicadas, cumulativamente ou não, à penalidade de multa.

12.7. Na aplicação da sanção de multa será facultada a defesa do interessado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação.

12.8. A sanção de impedimento de licitar e contratar será aplicada ao responsável em decorrência das infrações administrativas relacionadas nos itens 12.1.1, 12.1.2, 12.1.3, 12.1.10 e 12.1.11 quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave, e impedirá o responsável de licitar e contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta do ente federativo a qual pertencer o órgão ou entidade, pelo prazo máximo de 3 (três) anos.

12.9. Poderá ser aplicada ao responsável a sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, em decorrência da prática das infrações dispostas nos itens 12.1.4, 12.1.5, 12.1.6, 12.1.7 e 12.1.8, bem como pelas infrações administrativas previstas nos itens 12.1.1, 12.1.2, 12.1.3, 12.1.10 e 12.1.11 que justifiquem a imposição de penalidade mais grave que a sanção de impedimento de licitar e contratar, cuja duração observará o prazo previsto no art. 156, §5º, da Lei n.º 14.133/2021.

12.10. A recusa injustificada do adjudicatário em assinar o contrato ou a ata de registro de preço, ou em aceitar ou retirar o instrumento equivalente no prazo estabelecido pela Administração, descrita no item 12.1.3, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e o sujeitará às penalidades e à imediata perda da garantia de proposta em favor do órgão ou entidade promotora da licitação, se houver.



12.11. A apuração de responsabilidade relacionadas às sanções de impedimento de licitar e contratar e de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar demandará a instauração de processo de responsabilização a ser conduzido por comissão composta por 2 (dois) ou mais servidores estáveis, que avaliará fatos e circunstâncias conhecidos e intimará o licitante ou o adjudicatário para, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação, apresentar defesa escrita e especificar as provas que pretenda produzir.

12.12. Caberá recurso no prazo de 15 (quinze) dias úteis da aplicação das sanções de advertência, multa e impedimento de licitar e contratar, contado da data da intimação, o qual será dirigido à autoridade que tiver proferido a decisão recorrida, que, se não a reconsiderar no prazo de 5 (cinco) dias úteis, encaminhará o recurso com sua motivação à autoridade superior, que deverá proferir sua decisão no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do recebimento dos autos.

12.13. Caberá a apresentação de pedido de reconsideração da aplicação da sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data da intimação, e decidido no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do seu recebimento.

12.14. O recurso e o pedido de reconsideração terão efeito suspensivo do ato ou da decisão recorrida até que sobrevenha decisão final da autoridade competente.

12.15. A aplicação das sanções previstas neste edital não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral dos danos causados.

12.16. As penalidades de multa impostas, após o devido processo legal, deverão ser recolhidas no prazo máximo de **05 (cinco) dias úteis**, a contar da intimação da decisão administrativa que as tenham aplicado, podendo ser descontadas dos valores devidos.

12.17. A falta de pagamento da(s) multa(s) aplicada(s) mediante regular processo administrativo, acarretará ao infrator a suspensão do direito de licitar e/ou contratar com a administração pública municipal direta e indireta, enquanto perdurar sua inadimplência, independente da instauração de novo processo, até o efetivo cumprimento da obrigação.

12.18. Serão retidos os créditos decorrentes do contrato até o limite dos prejuízos causados à administração Pública, inclusive os custos necessários à sua cobrança, e das multas aplicadas.

12.19. Inexistindo créditos a serem retidos, ou sendo estes insuficiente à satisfação dos valores de multa e/ou danos ocasionados, os valores devidos serão inseridos em dívida ativa e cobrados judicialmente, aplicando-lhes, a partir da inscrição, as regras de cobrança da dívida ativa de natureza não tributária, mediante protesto e/ou ação judicial, com acréscimo das despesas processuais/procedimentais, bem como honorários que lhes venham a incidir.



13. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Todos os atos inerentes ao Edital de Credenciamento serão divulgados no Diário Oficial dos Municípios, bem como no site oficial do Município de Timbó, campo 'Licitações' (www.timbo.sc.gov.br).

13.2. A homologação do resultado deste Edital de Credenciamento não implicará direito à contratação.

13.3. As normas disciplinadoras da licitação serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, desde que não comprometam o interesse da Administração, o princípio da isonomia, a finalidade e a segurança da contratação.

13.4. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus Anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente na Administração.

13.5. O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará o afastamento do fornecedor, desde que seja possível o aproveitamento do ato, observados os princípios da isonomia e do interesse público.

13.6. Em caso de divergência entre disposições deste Edital e de seus anexos ou demais peças que compõem o processo, prevalecerá as deste Edital.

13.7. O Edital e seus anexos estão disponíveis, na íntegra, no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), endereço eletrônico no link de licitações (www.timbo.sc.gov.br) e Sistema Eletrônico no endereço <http://comprasbr.com.br>.

13.8. Integram este Edital, para todos os fins e efeitos, os seguintes anexos:

13.8.1. ANEXO I - Termo de Referência

13.8.1.1. Apêndice do Anexo I – Estudo Técnico Preliminar

13.8.2. ANEXO II – Requerimento de Credenciamento

13.8.3. ANEXO III – Declaração de aceitação das condições e preço

13.8.4. ANEXO IV – Modelo de Declarações Obrigatórias

13.8.5. ANEXO V – Modelo de Declaração de Enquadramento no regime de tributação de ME/EPP

13.8.6. ANEXO VI - Minuta de Contrato

MUNICÍPIO DE TIMBÓ (SC) 28 de fevereiro de 2025

ROMERO ESPÍNDOLA E SILVA
Presidente do Fundo de Assistência
a Saúde dos Servidores Públicos de Timbó

ANEXO I



TERMO DE REFERÊNCIA
CREDENCIAMENTO DE ADMINISTRADORA(S) DE PLANO DE SAÚDE

DEFINIÇÃO 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 de assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, garantindo a cobertura para o tratamento das doenças definidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10), divulgada pela OMS – Organização Mundial de Saúde, limitada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, **vigente à época do evento**.

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.

O contrato a ser celebrado com a Operadora poderá estabelecer diretrizes ou regras não previstas expressamente neste edital, desde que não haja contrariedade com as disposições aqui estabelecidas.

As referências aos 'inativos', constantes neste edital, dizem respeito exclusivamente aos beneficiários que se encontram na condição de aposentados, conforme estabelecido nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98

DA JUSTIFICATIVA

Conforme exposto no ETP,

A Saúde do servidor público sempre foi uma preocupação por parte do município de Timbó, ao ponto de incluir, no estatuto do servidor público, Lei Complementar nº 01/1993, como direito social a ser assegurado pelo município a ASSISTÊNCIA À SAÚDE, mediante plano de seguridade social, conforme dispunham os artigos 160 e 162 do texto original do estatuto onde:



Artigo 160 - O plano de seguridade social compreende um conjunto de benefícios que atendam as seguintes finalidades:

- I - garantir meios de subsistência nos eventos de doença, invalidez, velhice, acidente em serviço, inatividade, falecimento e reclusão;
- II - proteção e maternidade, a adoção e a paternidade;
- III - assistência à saúde.

Artigo 162 - O Município, suas Autarquias e Fundações Públicas, instituídas e mantidas por seus órgãos ou mediante contratos ou com convênios com outras instituições, prestarão serviços de assistência médica, odontológica, laboratorial, hospitalar e farmacêutica e pensão vitalícia e temporária aos servidores e dependentes, na forma estabelecida em lei especial.

Referida norma, embora tenha sido objeto de reforma ao longo dos anos, sempre manteve hígida na obrigação do Município de garantir ao servidor, mediante contribuição, o direito à saúde supletiva, conforme infere-se da atual redação do art. 160, onde:

“Art. 160. Fica assegurado aos servidores efetivos, estáveis e inativos, submetidos ao regime jurídico estatutário, e aos pensionistas, conforme as regras definidas nesse título e em legislação específica, os seguintes Benefícios Sociais, Estatutários e Assistenciais

...

II – Regime Municipal de Saúde do Servidor, mediante contribuição, na forma da Lei, com o objetivo de assegurar assistência supletiva à saúde do servidor.

...

Parágrafo Único. O Plano de Seguridade Social e o Regime Municipal de saúde, serão contributivos, e serão regidos pelas normas constantes em legislação específica.”

Em cumprimento ao comando normativo, foi criado, através da Lei Complementar nº 153/1999, e substituído pela Lei Complementar n.º 412/2011 o FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTENCIA A SAÚDE DO SERVIDOR, com CNPJ n.º 20.727.444/0001-30, cuja finalidade é “...**assegurar, mediante contribuição, o direito suplementarmente, a assistência à saúde nos termos desta lei.**”

Aludida norma dispõe no Inciso II do §2º do art. 18², que a assistência supletiva à saúde se dará mediante convênios ou planos regulamentados, sendo que, desde a consecução do direito pelo Estatuto, o Município tem mantido plano de saúde aos seus servidores.

Atualmente o Município através do Fundo de Assistência à Saúde do Servidor de Timbó/SC, CNPJ n.º

² Art. 18. A assistência supletiva à saúde visa proporcionar ao segurado, mediante contribuição, os seguintes serviços de saúde:... § 2º A prestação dos serviços relativos à saúde, poderão ser efetuados:... II - Por hospitais ou entidades particulares, sob convênios e planos firmados, conforme fixado em regulamento;



20.727.444/0001-30, possui contratado, por meio do credenciamento nº 01/2017³, a 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)”, tendo como um dos critérios estabelecidos no edital o pagamento de preço único para todas as faixas etárias, conforme item 2.2.1 do referido edital onde:

“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.”*

Ocorre que, por força das regras contratuais e normativas de revisão do plano, a adoção do critério então vigente de preço único para todas as faixas etárias e coparticipação de 20% não demonstram ser economicamente viáveis, ao ponto, inclusive, da contratada comunicar não ter mais interesse na prorrogação do contrato nestas condições.

Diante desta realidade, o Conselho Gestor do FASS, envidou, ao longo dos últimos meses, estudos comparativos de mercado, os quais apontaram para a necessidade de revisão dos termos de adimplemento do plano disponibilizado a seus servidores, substituindo a contraprestação em preço único para todas as faixas etárias e com coparticipação de 20%, para a contraprestação escalonada com coparticipação de 30%, nos moldes praticados pelo mercado e que, conforme verificado, viabilizam sua implementação e manutenção ao longo do tempo, com revisões menos onerosas aos servidores e a fazenda pública.

Face a esta realidade, o lançamento de novo certame é medida que se impõe, para não só garantir a implementação de nova forma de adimplemento para atendimento dos servidores, como também para viabilizar ampliação na adesão de novos servidores ao fundo e consequentemente ao novo plano, que, por força das revisões ordinárias e valor atualmente praticado, tornou-se inviável para alguns segurados.

³ <https://www.timbo.sc.gov.br/licitacao/01-2017-fass/>



Outrossim, a escolha do método credenciamento para operadora de plano em detrimento de licitação, se dá pela necessidade de garantir ampla cobertura de fornecedores para saúde dos servidores, com liberdade de escolha entre os planos comercializados, nos termos do art. 79, inciso II da Lei nº 14.133/2022 – qual seja, com seleção a critério de terceiros: caso em que a seleção do contratado está a cargo do beneficiário direto da prestação.

DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

- Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.
- Atos Normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- Lei Complementar nº 01, de 22 de outubro de 1993 – art. 160, inciso II⁴;
- 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.

Além das normas acima informadas, a contratação em apreço está baseada no artigo 79, inciso II da Lei nº 14.133/2021 e artigo 78, inciso I e artigo 85 ambos do Decreto nº 6.770/2023, conforme descrito abaixo:

- Lei nº 14.133/2021 - Lei de Licitações e Contratos Administrativos:

*“Art. 79. O credenciamento poderá ser usado nas seguintes hipóteses de contratação:
II - com seleção a critério de terceiros: caso em que a seleção do contratado está a cargo do beneficiário direto da prestação”*

- Decreto nº 6.770/2023 - Licitações e contratos administrativos no Poder executivo do Município de Timbó:

*“Art. 78. O credenciamento poderá ser usado nas seguintes hipóteses de contratação:
II – com seleção a critério de terceiros (...)”*

“Art. 85. Na hipótese de contratação com seleção a critério de terceiros, caso em que a

⁴ “Art. 160. Fica assegurado aos servidores efetivos, estáveis e inativos, submetidos ao regime jurídico estatutário, e aos pensionistas, conforme as regras definidas nesse título e em legislação específica, os seguintes Benefícios Sociais, Estatutários e Assistenciais:... II - Regime Municipal de Saúde do Servidor, mediante contribuição, na forma da Lei, com o objetivo de assegurar assistência supletiva à saúde do servidor.”



seleção do contratado está a cargo do beneficiário direto da prestação, serão observadas, no que couber, as disposições constantes nos dispositivos deste decreto relacionados às contratações paralelas e não excludentes.

NATUREZA DO CONTRATO

Trata-se da contratação de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido no inciso I do artigo 1º da Lei 9.656 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.

A cobertura será dada para o tratamento das doenças definidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10), divulgada pela OMS – Organização Mundial de Saúde, limitada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento.

Os procedimentos serão prestados por profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede própria ou credenciada pela operadora do plano de saúde.

O contrato deverá ser de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, na forma do Código Civil Brasileiro e disposições do Código de Defesa do Consumidor

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.

Da área de atuação do plano

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

REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

Diante da natureza do objeto, que contempla a administração de 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, cujos detalhamentos encontram-se definidos no item 7 deste Estudo Técnico Preliminar, tem-se que além dos demais critérios de qualificação jurídica/trabalhista e econômico/financeira usualmente exigidos, toda empresa que pretenda se credenciar para prestação do serviço deverá deonstrar os seguintes requisitos técnicos mínimos:



- 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 545 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 1.100 (mil e cem 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, catálogos, ou site eletrônico 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 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.

ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES

A estimativa das quantidades levou em consideração a contratação atual, com número de usuários nas correspondentes faixas etárias, conforme detalhamento abaixo:

FX etária	Total Titulares	Total Dependentes	Total Geral
0 - 18	0	18	18
19 - 23	7	10	17
24 - 28	14	0	14
29 - 33	47	2	49
34 - 38	64	1	65
39 - 43	101	4	105
44 - 48	99	8	107
49 - 53	97	14	111
54 - 58	123	11	134



59 ou +	365	104	469
Total	917	172	1089

A quantidade informada leva em consideração a adesão ao contrato vigente, com apenas um credenciado, porém, poderá variar para mais ou para menos conforme a adesão de novos servidores ou novos credenciados.

CRITÉRIOS PARA EXECUÇÃO DO OBJETO

Das condições de admissão dos beneficiários

Em atendimento ao que dispõe o Art. 160 inciso II do Estatuto do Servidor Público Municipal instituído pela Lei Complementar nº 01/93 são segurados/beneficiários dos serviços de saúde complementar, mediante contribuição, os servidores efetivos e/ou estáveis, os inativos, submetidos ao regime jurídico estatutário, nos termos e condições reguladas pela Lei Complementar nº 412, de 26 de dezembro de 2011, e alterações, notadamente a Lei Complementar nº 486, de 28 de setembro de 2017, do município de Timbó – SC e a Lei Complementar nº 500, 08, de maio de 2018.

A saber, todos os servidores da Prefeitura de Timbó, suas Fundações e Autarquia que possuem vínculo empregatício estatutário, nos moldes da legislação vigente poderão aderir ao plano.

São considerados beneficiários do plano de saúde, os seguintes:

a) qualidade de servidor (beneficiário titular): os ocupantes de cargo efetivo (estatutário), ativos e/ou inativos nos moldes da legislação vigente

b) Na qualidade de dependentes do beneficiário titular, custeados integralmente por estes, os seguintes: a) o cônjuge ou companheiro(a) com união estável e sem concorrência com o cônjuge; b) Filhos (inclusive com paternidade reconhecida judicial ou extrajudicialmente), enteados ou pessoa sob guarda, solteiros até 35 anos incompletos; c) Tutelados ou curatelados do beneficiário titular por força de decisão judicial.

b.1) Deverá ser assegurada a inscrição de recém-nascido filho natural ou adotivo, sob guarda ou tutela, filho do titular ou de seu dependente, desde que atendidas as condições abaixo:

- Filho natural – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias após o nascimento;
- Filho adotivo e menor sob guarda ou tutela – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias da tutela ou guarda;
- Deve atender os critérios de elegibilidade (grau de dependência) estabelecido neste item
- Sem imposição de carências quando o pai ou a mãe tenham cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias;
- Com aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular, quando o pai ou a mãe não tiverem cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias;



b.2) Deverá também ser assegurada a inscrição de menor de 12 (doze) adotado, sob guarda ou tutela e filho, cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que atendidas as condições abaixo:

- A inscrição deve ser realizada em até 30 dias a contar da guarda, tutela ou adoção ou reconhecimento da paternidade;
- Filho adotivo e sob guarda ou tutelado: com aproveitamento das carências já cumpridas pelo adotante (pai ou mãe) ou responsável legal;
- Reconhecimento da paternidade: com aproveitamento das carências já cumpridas pelo pai;
- Deve atender os critérios de elegibilidade (grau de dependência) estabelecida nesta cláusula

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 Município 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.

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.

Todas as coberturas que deverão estar contempladas no contrato dependem de sua previsão junto ao rol taxativo denominado Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde determinado pela ANS, vigente à época do evento, respeitado:

- a) **Diretrizes de Utilização – DUT:** Que estabelecem os critérios a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Rol.
- b) **Diretrizes Clínicas – DC:** Que visam à melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis.



- c) **Protocolo de Utilização – PROUT:** Que estabelecem os critérios para fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina.
- d) **Ano de contrato:** período de doze meses contados a partir da data de ingresso do beneficiário no plano de saúde, seja ele titular ou dependente.
- e) **Hospital-dia:** 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.

Os beneficiários 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, vinculados ao contrato a ser firmado, e por médicos cooperados, profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe, observados os limites de carência estabelecidos no contrato a ser firmado.

O atendimento será realizado de acordo com as coberturas assistenciais referenciadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde realizados exclusivamente no território nacional, devendo ser assegurado independentemente da circunstância e local de origem daquele, respeitadas a área de abrangência, área de atuação, segmentação, rede assistencial vinculada a este produto e a cláusula de exclusão de coberturas do contrato a ser firmado.

Observado o limite do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento deverão ser garantidas:

Segmentação Ambulatorial

1. consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, observadas as regras para o acesso e atendimento descritas no sub item deste Termo de referência” MECANISMOS DE REGULAÇÃO”. As áreas de atuação estabelecidas pelo CFM não são consideradas especialidades médicas.
2. garantia de cobertura nas urgências e emergências por, no máximo, 12 (doze) horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação.
3. cobertura da remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.
4. cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou



cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

5. cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstétrico e obstetriz, conforme as **Diretrizes de Utilização da ANS**.

6. cobertura de psicoterapia que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado conforme **Diretrizes de Utilização da ANS**.

7. cobertura dos procedimentos de **reeducação e reabilitação física**, em número ilimitado de sessões por ano, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta.

8. ações de planejamento familiar que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, observando as seguintes definições:

a) **planejamento familiar:** conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

b) **concepção:** fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

c) **anticoncepção:** prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

d) **atividades educacionais:** são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

e) **aconselhamento:** processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

f) **atendimento clínico:** realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

9. cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD.

10. cobertura de 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.

11. cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização da ANS.
12. cobertura dos procedimentos de radioterapia ambulatorial.
13. cobertura dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica ambulatorial.
14. cobertura para hemoterapia ambulatorial.
15. cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

Segmentação Hospitalar

1. cobertura para os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar, em número ilimitado de dias, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente sobre o tema.
2. cobertura de hospital-dia conforme indicação e a critério do médico assistente.
3. cobertura de hospital-dia para transtornos mentais conforme diretrizes da ANS.
4. despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de atendimento médico/hospitalar.
5. os eventos e procedimentos que necessitem de anestesia, com ou sem a participação do médico anestesista, caso haja indicação clínica, respeitadas as condições contratuais, incluindo a equipe cirúrgica e todos os insumos necessários e para realização dos procedimentos.
6. cobertura para taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados, e suas indicações constem na bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.
7. cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:
 - a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e



b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento.

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

9. órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, devendo ser observado que:

a) cabe ao médico ou cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

b) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela OPERADORA, 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;

c) em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a OPERADORA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela OPERADORA; e

d) a classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no site da ANS.

10. cobertura para os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, desde que contempladas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT.

11. procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da OPERADORA.

12. cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato.

13. cobertura das despesas, incluindo acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;

b) idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e



c) pessoas com deficiência.

14. cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilofaciais, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a solicitação 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.

15. cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos, passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária a complexidade do caso, incluindo exames complementares e fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar, observadas as seguintes regras:

a) em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

b) os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura contratada.

16. cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo a simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar.

17. cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções.

18. a cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

b) cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

c) cobertura dos procedimentos de radioterapia;

d) cobertura para hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;



- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - g) embolizações;
 - h) radiologia intervencionista;
 - i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - j) cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, em número ilimitado de sessões por ano, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
19. cobertura para todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio.
20. cobertura de transplantes contemplados pelo Rol de Procedimentos e Eventos editado pela ANS e os procedimentos a eles vinculados, incluindo:
- a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da OPERADORA de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
 - b) os medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
 - d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.
21. cobertura para nutrição parenteral ou enteral, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar.

Os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO e se sujeitarão ao critério de fila única de espera de seleção.

Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS.

Segmentação assistencial hospitalar com obstetrícia

1. cobertura para procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:
- a) cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto, e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;



b) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, ficando sujeitas as cobranças de coparticipação;

c) para fins de cobertura do parto normal listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, esse procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico ou obstetriz habilitado, conforme a legislação e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

Os procedimentos e eventos listados nesta cláusula poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, exclusivamente na rede própria, credenciada ou referenciada da OPERADORA, vinculados a este produto.

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

Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos - que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião-dentista.

O atendimento eletivo solicitado será assegurado pela OPERADORA nos prazos e condições estabelecidas em legislação específica vigente na data da demanda, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário.

Todas as coberturas mencionadas neste item dependem de sua previsão junto ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente. Não cabendo interpretação de forma a ampliar a cobertura mínima disciplinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e garantida neste instrumento, ressalvado o previsto na legislação.

As alterações nas coberturas obrigatórias, notadamente quanto às inclusões e exclusões de procedimentos e eventos em saúde deverão ser comunicadas aos beneficiários através do site da operadora de plano de saúde, além disso, poderão ser consultadas no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pois precedem de publicidade legal.

Exclusão de cobertura

Ficam expressamente excluídos das coberturas do contrato a ser firmado, os eventos e procedimentos não contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como os abaixo listados:



1. tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:
 - emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou pelo Conselho Federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento; ou
 - não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).
2. procedimentos clínicos ou 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, entendida como técnica de reprodução assistida que 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.
4. fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA.
5. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso.
6. fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.
7. fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, no site da ANVISA.
8. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
9. casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
10. tratamento em clínica de rejuvenescimento e emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, assim como spas, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.



11. exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.
12. consultas, internações e demais atendimentos domiciliares.
13. tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilofaciais previstas para segmentação hospitalar que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos previstos para segmentação odontológica passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar.
14. honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista para os procedimentos previstos para segmentação odontológica, realizados em ambiente hospitalar por imperativo clínico.
15. remoções não previstas na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso.
16. enfermagem e/ou cuidador em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar.
17. vacinas, bem como sua aplicação.
18. investigação da paternidade, maternidade ou consanguinidade.
19. procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato.
20. despesas extraordinárias, realizadas pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, ligações telefônicas, produtos de higiene, perfumaria e alimentação diferente da disponibilizada pelo prestador de serviço, entre outras.
21. 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 à época do evento.
22. procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da OPERADORA.
23. atendimento em hospitais de alto custo, considerados tabela própria, que não possuem valores praticados por convênio.
24. despesas com prestadores não integrantes à rede prestadora da OPERADORA disponível na lista no site da OPERADORA,

Por força das características deste contrato excluem-se da cobertura deste plano:



- a) atendimentos e serviços prestados antes do início da vigência contratual;
- b) atendimentos e serviços prestados antes do cumprimento dos prazos de carências ou no período de Cobertura Parcial Temporária-CPT;
- c) atendimentos e serviços prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;
- d) atendimentos e serviços prestados em especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

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

No caso de procedimentos não cobertos explicitamente pelo contrato, mas que forem determinados pela justiça ou por órgão de defesa do consumidor, caso sejam posteriormente revogadas ou decididas em contrário, a CONTRATANTE pagará o valor integral despendido pela OPERADORA, incluindo as despesas administrativas e judiciais de honorários e custas processuais

Atendimento de urgência e emergência, remoção e reembolso

Deverá ser garantido o atendimento de urgência, emergência, remoção e reembolso observando as condições abaixo, bem como os normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes à época do evento, respeitando as cláusulas contratuais de cobertura descritas no contrato.

I – Atendimento de urgência e emergência:

Nos termos da Lei considera-se:

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

Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário no plano, deverá ser assegurada a cobertura dos procedimentos de urgência decorrente de acidentes pessoais, sem restrições, respeitadas a cobertura e segmentação contratadas.

Quando o atendimento de urgência ou de emergência em decorrência de complicações no processo gestacional for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação, esta será limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, **não garantindo cobertura de procedimentos**



exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas. Neste sentido, a cobertura cessará, sendo que **a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário**, não cabendo ônus à OPERADORA.

Quando envolver **acordo de Cobertura Parcial Temporária, por doenças e lesões preexistentes**, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e relacionados a doenças ou lesão preexistente ficam limitados as primeiras 12 (doze) horas, em regime ambulatorial. Se, na continuidade do atendimento, for necessária a realização de procedimentos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária exclusivos da cobertura hospitalar, a responsabilidade financeira da OPERADORA cessará a partir da internação, ainda que ela se efetive dentro do período de 12 (doze) horas

Quando o atendimento de emergência for **efetuado no decorrer dos períodos de carência, este abrangerá a cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial**, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, **não garantindo cobertura de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar**, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que **a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário**, não cabendo ônus à OPERADORA.

Depois de cumpridas as carências estabelecidas na Cláusula PERÍODOS DE CARÊNCIA, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções, de acordo com a cobertura contratada.

II – Remoção:

A OPERADORA garantirá a remoção do paciente, com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida do paciente, conforme prescrito pelo médico assistente, nos atendimentos classificados como urgência ou emergência, nas situações abaixo descritas:

- a) se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade de atenção ao paciente, a OPERADORA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima;
- b) remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, respeitada a abrangência geográfica contratada, nos casos do beneficiário estar cumprindo período de carência para internação, cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.



c) quando for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia, ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período de Cobertura Parcial Temporária, caberá à OPERADORA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde – SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.

Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS, a OPERADORA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando não possa haver remoção por risco de vida, a CONTRATANTE e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a OPERADORA desse ônus.

A OPERADORA garantirá a remoção do beneficiário que tiver cumprido o período de carências para internação hospitalar, mediante autorização do médico assistente e consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável legal. A remoção será assegurada nas situações abaixo descritas:

1) Quando o beneficiário estiver dentro da área de atuação e abrangência de cobertura do plano de saúde:

- a) De hospital ou pronto atendimento não integrante da rede da OPERADORA, para um hospital da rede da OPERADORA vinculada a este contrato;
- b) De hospital ou pronto atendimento da rede da OPERADORA vinculada a este contrato, para outro hospital da rede da OPERADORA vinculada a este contrato, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem.
- c) **De clínica ou consultório público ou privado para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde, somente em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município onde o paciente foi atendido, conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.**

2) Quando o beneficiário estiver fora da área de atuação e abrangência de cobertura do plano:

- a) De hospital ou pronto atendimento não integrante da rede da OPERADORA, para um hospital da rede da OPERADORA vinculado a este contrato, apto a realizar o devido atendimento,



apenas nos **casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano de saúde**, e em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no município demandado pelo beneficiário e/ou área de atuação do plano, conforme regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.

A remoção do beneficiário não será garantida, de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores previstos na legislação vigente, bem como de hospital ou serviço de pronto atendimento pertencente a rede da OPERADORA vinculada a este contrato, para estabelecimento não pertencente a rede da OPERADORA vinculada a este contrato.

Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para realizar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a OPERADORA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

III - Reembolso:

Considerando que o referido plano de saúde não possui característica de livre escolha de prestadores para os atendimentos, os beneficiários inscritos pela CONTRATANTE terão assegurado o direito ao reembolso de atendimento somente nas situações e condições abaixo, quando devidamente comprovadas.

a) **Em caso de atendimento de urgência ou emergência:** Será garantido ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência contratualmente cobertos que tenham ocorrido na área geográfica de abrangência e de atuação do plano sempre que não for possível a utilização dos serviços da rede de prestadores própria da OPERADORA ou credenciada a este plano de saúde. (Nos valores e limites contratuais).

b) **Em caso de ausência, inexistência ou indisponibilidade de prestador:** Será devido o reembolso em conformidade com a legislação específica vigente à época do evento, desde que seja fornecida a autorização prévia da OPERADORA.

A solicitação de reembolso deverá ser formalizada pela CONTRATANTE ou beneficiário, junto a OPERADORA, no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta.

Deverá ser anexada a respectiva solicitação de reembolso a documentação original relativa às despesas efetuadas (cópia da conta do atendimento, documento fiscal que deverá conter CNPJ/CPF do profissional ou estabelecimento que realizou o atendimento, em caso de documentação contendo CPF, necessário apresentar endereço de atendimento do executante, declaração do médico assistente atestando e comprovando que se tratava de uma situação de urgência ou emergência, e nos casos de ausência, inexistência ou indisponibilidade de prestador também será necessário o número do



protocolo fornecido pela OPERADORA na solicitação de serviço ou atendimento realizado pelo beneficiário ou responsável).

O reembolso, quando devido, será efetuado no prazo máximo de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa, e em valor não inferior aos praticados pela OPERADORA junto a sua rede, deduzidos os valores relativos a coparticipação.

Períodos de carência

Os beneficiários cumprirão os períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da data de seu ingresso no plano:

PROCEDIMENTOS	HORAS / DIAS
Urgência e Emergência, observado o disposto na Cláusula 9ª, I - Atendimento de urgência e emergência	24 (vinte e quatro) horas
Consultas médicas	30 (trinta) dias
Exames laboratoriais, anatomopatológicos e citológicos, raios-x simples e contrastados, eletrocardiogramas, eletroencefalogramas e ultrassonografias	30 (trinta) dias
Consultas e sessões de fisioterapia	90 (noventa) dias
Consultas e sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia.	180 (cento e oitenta) dias
Todas as demais coberturas	180 (cento e oitenta) dias
Parto a termo	300 (trezentos) dias

Não será exigido o cumprimento de carências nos contratos com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que observados os prazos de ingresso abaixo:

- até 30 (trinta) dias da celebração do contrato;
- até 30 (trinta) dias da vinculação do titular à pessoa jurídica contratante;
- até 30 (trinta) dias do início do vínculo de dependência com o titular, condicionado aos critérios do parágrafo sétimo desta cláusula.

Os beneficiários titulares e dependentes que ingressarem no plano fora dos prazos acima previstos, cumprirão os períodos normais de carências estabelecidas no contrato.

Quando se tratar de beneficiário(s) no exercício da portabilidade de carências, deverão ser cumpridos os prazos de carências remanescentes, descontados os períodos de permanência no plano origem; e carência integral para cobertura superior ao do plano origem.



Quando se tratar de inscrição de beneficiário proveniente de outro plano da OPERADORA, de forma ininterrupta, haverá aproveitamento das carências já cumpridas, ressalvadas as modificações de cobertura., como nas hipóteses de ampliação da área geográfica ou acomodação hospitalar superior. Seguirá o limite da carência já cumprida pelo pai, mãe ou responsável legal, ou, será isento quando estes tiverem cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, conforme abaixo:

- a) O recém-nascido filho natural ou adotivo de beneficiário de plano de saúde, quando inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, independente de o parto ter sido coberto pela OPERADORA;
- b) O recém-nascido sob guarda ou tutela, quando inscrito pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela, ou guarda;
- c) O menor de 12 (doze) anos adotado por beneficiário de plano de saúde, ou sob guarda ou tutela deste, quando inscrito no plano em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda ou tutela;
- d) O filho cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente quando inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do reconhecimento.

O direito ao atendimento na nova abrangência geográfica ou acomodação hospitalar superior, conforme o caso, só será possível após o cumprimento das carências acima mencionadas

Doenças e lesões preexistentes

Não haverá análise de Doença e Lesão Preexistente, nos contratos com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes, seja formalizado:

- a) Em até dias da celebração do contrato
- b) Em até 30 dias do estabelecimento da relação empregatícia com a Prefeitura Municipal de Timbó.
- c) até 30 (trinta) dias do início do vínculo de dependência com titular.

Os beneficiários titulares e dependentes que ingressarem no plano fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes, passarão por análise de Doença e Lesão Preexistente.

Não é possível a alegação de doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito no plano nos primeiros 30 (trinta) dias a contar:

- a) do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural de beneficiário, pai ou mãe.
- b) da guarda, ou tutela, ou adoção, no caso de recém-nascido de beneficiário responsável legal.
- c) na hipótese de menor de 12 (doze) anos, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade.



Os beneficiários e dependentes deverão preencher no ato da contratação e assinar o formulário de Declaração de Saúde, observadas as condições e regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar estabelecidas em normativos vigentes, assegurado do direito de fazer a entrevista qualificada, sem ônus financeiro, com um médico indicado pela OPERADORA ou por outro médico de sua escolha, devendo neste caso, o beneficiário assumir o ônus financeiro da entrevista qualificada.

Dos mecanismos de regulação

É a participação financeira na despesa assistencial, a título de fator moderador, a ser paga pela CONTRATANTE após a realização dos procedimentos e cobrada em conjunto com a mensalidade do plano de saúde, nos moldes abaixo:

Evento	Coparticipação
<p>a) <u>consulta de puericultura, demais consultas médicas e</u> às de pronto-socorro ou pronto atendimento, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do procedimento;</p> <p>b) <u>exames e procedimentos de diagnose,</u> realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame;</p> <p>c) <u>consultas/sessões realizadas por profissionais de saúde,</u> 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, psicoterapia e oxigenoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos. Exceto: quimioterapia, radioterapia e hemodiálise.</p>	<p>Percentual: 30%</p> <p>Referência: Tabela de referência da operadora</p> <p>Limite: R\$ 280,00 por serviço ou quantidade realizada.</p>

Os valores elencados na Tabela Referência da operadora deverão ser atualizados anualmente e deverá estar disponível para consulta na área específica e restrita da CONTRATANTE e do beneficiário no site da operadora.

O valor limite para cobrança de coparticipação será reajustado anualmente conforme Cláusula de Reajuste.



Sempre que houver uma atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e forem inclusos procedimentos e eventos não listados acima, incidirá a cobrança de coparticipação sobre as novas coberturas ambulatoriais incluídas e utilizadas pelo beneficiário.

Os percentuais de coparticipação também se aplicam ao recém-nascido que utilize da assistência médica durante o período de 30 (trinta) dias após o parto.

A inadimplência dos valores apurados a títulos de coparticipação, sujeitará o CONTRATANTE às mesmas penalidades impostas à inadimplência das mensalidades.

A OPERADORA deverá fornecer ao beneficiário titular e seus eventuais dependentes cartões individuais, podendo ser de forma física ou virtual, assim como também outras formas de identificação, de acordo com os normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, todavia a garantia da prestação dos serviços somente ocorrerá mediante apresentação deste, acompanhado do documento de identificação oficialmente reconhecido.

Em caso de exclusão de beneficiários ou cancelamento do contrato, é obrigação da CONTRATANTE devolver à OPERADORA os respectivos cartões individuais de identificação, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.

Das condições de atendimento

Os serviços contratados serão prestados da seguinte forma:

1) Consultas Médicas: Os beneficiários são atendidos pelos médicos cooperados, indicados na relação divulgada pela OPERADORA, com agendamento prévio. As consultas de urgência e emergência na rede própria e credenciada serão prestadas pelo médico plantonista.

2) Consultas/Sessões com fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista: são realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados, que integram a rede prestadora de serviços da OPERADORA, mediante autorização prévia, respeitado o limite de uso, quando houver, estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento.

3) Sessões de psicoterapia: são realizadas pelos profissionais cooperados, credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da OPERADORA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia 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.

4) atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: são realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da OPERADORA, mediante apresentação do número da Requisição de Atendimento



autorizada, gerada no ato da solicitação do serviço realizado pelo médico assistente ou cirurgião-dentista no sistema eletrônico da OPERADORA, e na indisponibilidade deste, da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, previamente autorizada pela OPERADORA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência), nos moldes dos normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

5) Exames complementares e serviços auxiliares: o atendimento será executado nos prestadores que integram a rede prestadora da OPERADORA, e mediante apresentação do número da Requisição de Atendimento autorizada, gerada no ato da solicitação do serviço realizado pelo médico assistente ou cirurgião-dentista no sistema eletrônico da OPERADORA, e na indisponibilidade deste, da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião-dentista previamente autorizada pela OPERADORA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência), nos moldes dos normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

6) Cirurgia buco-maxilo-facial: é realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da OPERADORA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela OPERADORA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência).

7) Medicamentos de uso domiciliar para terapia antineoplásica oral e medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso: o medicamento será fornecido pela OPERADORA, mediante apresentação do número da Requisição de Autorização emitida pelo médico solicitante através do sistema eletrônico da OPERADORA e de Receituário Médico, e agendamento prévio realizado pela Central de Agendamentos da OPERADORA, nos moldes dos normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

8) Terapia imunobiológica endovenosa, intramuscular ou subcutânea para tratamento de doenças previstas no ROL de Procedimentos da ANS: a OPERADORA indicará o fornecimento e/ou estabelecimento para realização do serviço, mediante apresentação do número da Requisição de Autorização emitida pelo médico solicitante através do sistema eletrônico da OPERADORA e de Receituário Médico com informações pertinentes da condição da doença atual e pregressa, nos moldes dos normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

9) Fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para Colostomia, Ileostomia e Urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina: ocorrerá nos locais informados pela OPERADORA, mediante agendamento prévio e apresentação do número da Requisição de Atendimento previamente autorizada e emitida no ato da solicitação feita pelo médico, através do sistema eletrônico da OPERADORA e do Protocolo de Utilização, preenchido pelo médico assistente, nos moldes dos normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

As regras acima não se aplicam ao serviço de urgência ou emergência, estando assegurado a realização imediata dos procedimentos.



A OPERADORA deverá garantir a liberação dos procedimentos em prazo suficiente a atender os normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

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

Preços e mensalidades:

O Município de Timbó pagará à operadora por beneficiário inscrito, a título de inscrição e mensalidade, os valores relacionados na proposta credenciada somadas às coparticipações previstas na Cláusula Mecanismos de Regulação.

Preço do plano será de acordo com a faixa etária do beneficiário, conforme relacionados na proposta credenciada e ressalvada as diferenças de valores entre as faixas etárias, não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser inclusos no contrato e aqueles já vinculados.

O cálculo das variações por faixa etária deverá observar os parâmetros definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, sendo que o valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária e, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior a variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

As mensalidades dos beneficiários serão automaticamente reajustadas quando estes completarem a idade limite da faixa etária a qual se encontra, ou seja, no mês subsequente ao do seu aniversário. Nesse caso, o novo valor da mensalidade será equivalente ao valor da faixa etária seguinte a qual se encontrava anteriormente.

DO VALOR DO CONTRATO:

O contrato com os credenciados terá como valor de referência para fins de execução do contrato, o valor estimado equivalente à 12 contraprestações mensais, conforme o número de vidas (servidores ativos, inativos, bem como dependentes aderentes ao plano, e será revisto anualmente conforme o contingente de aderentes e não aderentes amealhados no período.

Reajuste

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.

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

Fica definida como a sinistralidade padrão ideal para a manutenção do equilíbrio econômico financeiro do contrato o percentual de 72% (setenta e dois por cento)

Definidos o índice de reajuste inflacionário e o índice de reajuste por sinistralidade, o índice reajuste do contrato será obtido de acordo com a fórmula abaixo:

$$IR = [(1 + IRS) * (1 + IRI) - 1]$$

Suspensão ou Rescisão contratual

A rescisão poderá ocorrer diante do atraso do pagamento das contraprestações por mais de 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, mediante comunicação prévia à CONTRATANTE, através de notificação por um dos seguintes meios: via postal, ata de visita, e-mail, ligação telefônica gravada, aplicativos que permitam a troca de mensagens criptografadas ou mensagem de texto para telefones celulares (SMS), carta com aviso de recebimento (AR) dos correios ou preposto da OPERADORA, bem como, outros canais de contato ou outros meios com comprovante de entrega, nos termos da legislação vigente. Permitida a purgação da mora, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

O presente contrato poderá igualmente ser rescindido:

Motivadamente – a qualquer tempo, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, quando:

- a) Qualquer das partes infringir cláusula do presente instrumento;
- b) Houver fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte da CONTRATANTE;
- c) Se a CONTRATANTE não aceitar o reajuste proposto pela OPERADORA em consonância com a Cláusula de Reajuste.

Imotivadamente - após a vigência mínima de 12 (doze) meses por iniciativa de qualquer das partes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias. Caso a rescisão ocorra antes do término dos 12 (doze) meses de vigência deste contrato, a parte que solicitar a rescisão do contrato (CONTRATANTE ou OPERADORA), sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades restantes, sendo considerado o valor da última fatura emitida como parâmetro para o cálculo da multa.



MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

O presente Contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133/2021 e Decreto nº 6770/2023, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

As comunicações entre o MUNICÍPIO e a CONTRATADA devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim, por meio de email e whatsapp, informados pela CONTRATADA no preâmbulo deste contrato, que se responsabilizará por comunicar o MUNICÍPIO em caso de eventual alteração.

A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) designado no Edital e/ou Termo de Referência (ou pelo(s) respectivo(s) substituto(s)), para que sejam cumpridas todas as condições estabelecidas, de modo a assegurar os melhores resultados para a Administração.

O(s) fiscal(is) anotar(ão) no histórico de gerenciamento todas as ocorrências relacionadas à execução do objeto, com a descrição do que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados.

Identificada qualquer inexecução ou irregularidade, o(s) fiscal(is) emitirá(ão) notificações para a correção da execução, determinando prazo para a correção.

O(s) fiscal(is) informará(ã) ao gestor do contrato, em tempo hábil, a situação que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem sua competência, para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso.

No caso de ocorrências que possam inviabilizar a execução do contrato, o(s) fiscal(is) comunicará(ão) o fato imediatamente ao gestor do contrato.

O(s) fiscal(is) comunicará(ão) ao gestor do contrato, em tempo hábil, o término do contrato sob sua responsabilidade, com vistas à renovação tempestiva ou à prorrogação, se for o caso.

Caso ocorram descumprimento das obrigações contratuais, o(s) fiscal(is) atuará(ão) tempestivamente na solução do problema, reportando ao gestor do contrato para que tome as providências cabíveis, quando ultrapassar a sua competência.

O gestor do contrato coordenará a atualização do processo de acompanhamento e fiscalização do contrato contendo todos os registros formais da execução no histórico de gerenciamento da ata, elaborando relatório com vistas à verificação da necessidade de adequações da ata para fins de atendimento da finalidade da administração.

O gestor do contrato verificará a manutenção das condições de habilitação da contratada, acompanhará o empenho, o pagamento, as garantias, as glosas e anotar(ão) os problemas que obstem o fluxo normal da liquidação e do pagamento da despesa no relatório de riscos eventuais.



Ao gestor do contrato caberá processar a formalização de apostilamento e termos aditivos, solicitando quaisquer documentos comprobatórios pertinentes, caso necessário.

Coordenará os atos preparatórios à instrução processual e a formalização dos procedimentos de prorrogação, alteração, reequilíbrio, pagamento, eventual aplicação de sanções, extinção dos contratos, dentre outros e emitirá decisão sobre todas as solicitações relacionadas à execução do contrato, no prazo de 30 (trinta) dias contados da instrução do requerimento.

O gestor do contrato acompanhará os registros realizados pelo(s) fiscal(is) do contrato, de todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato e as medidas adotadas, informando, se for o caso, à autoridade superior àquelas que ultrapassarem a sua competência.

O gestor do contrato emitirá documento comprobatório da avaliação realizada pelo(s) fiscal(is), quanto ao cumprimento de obrigações assumidas pela contratada, com menção ao seu desempenho na execução contratual, baseado nos indicadores objetivamente definidos e aferidos, e a eventuais penalidades aplicadas, devendo constar do cadastro de atesto de cumprimento de obrigações.

O gestor do contrato tomará providências para a formalização de processo administrativo de responsabilização para fins de aplicação de sanções, a ser conduzido pela comissão de que trata o art. 158 da Lei nº 14.133, de 2021, ou pelo agente ou pelo setor com competência para tal, conforme o caso.

O gestor do contrato deverá elaborar relatório final com informações sobre a consecução dos objetivos que tenham justificado a contratação e eventuais condutas a serem adotadas para o aprimoramento das atividades da Administração.

DO FISCAL E GESTÃO DO CONTRATO

Designa-se como Fiscal de Contrato do Município de Timbó o Presidente em exercício do FASS, que atualmente é o servidor Romero Espíndola e Silva, ou alguém por ele designado.

A gestão do contrato será realizada pela servidora Amanda Zumach, designada pela Portaria nº 2145/2024.

DAS OBRIGAÇÕES

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, informativo com orientação e contatos da Operadora (0800 e Whatsapp) e forma de consultar 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);
4. Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios de acordo com a legislação vigente.
5. Possuir central de atendimento para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

Das Obrigações do Município

- 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.
- 4 – Subscrever o contrato do plano registrado comercializado, desde que atenda as exigências mínimas deste edital.

CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E PAGAMENTO

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.

FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

De acordo com o instrumento auxiliar do credenciamento, nos termos do art. 79, II, da Lei nº 14.133/2021, a seleção entre as instituições credenciadas caberá aos beneficiários diretos da prestação, compostos pelos servidores ativos e inativos que integram do Município de Timbó.

As exigências de HABILITAÇÃO JURÍDICA, FISCAL, SOCIAL E TRABALHISTA são as usuais para a generalidade dos objetos, conforme segue:



Quanto à regularidade jurídica:

- a) Ato Constitutivo, estatuto, contrato social em vigor (de acordo com as exigências do Novo Código Civil) ou documento equivalente;
- b) Caso seja representada por procurador, este deverá apresentar procuração ou documento equivalente, com firma reconhecida do Outorgante ou outro meio de autenticação reconhecido, cópias dos respectivos RG - Registro Geral e CPF/MF – Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda, do Outorgante e do Outorgado.

Quanto à regularidade fiscal e trabalhista:

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ);
- b) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual e/ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- c) Certidão Negativa de Débitos Federais/União;
- d) Certidão negativa de Débitos Estaduais;
- e) Certidão Negativa de Débitos Municipais do domicílio da licitante;
- f) Certidão de Regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviços – FGTS
- g) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, em vigor.

Os critérios de HABILITAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA a serem atendidos pelo fornecedor são os seguintes.

Quanto à regularidade econômico-financeira:

- a) Certidão Negativa de Falência, Concordata ou Recuperação Judicial, expedida pelo distribuir da sede da pessoa jurídica, com data de emissão não superior a 60 (sessenta) dias, quando não constar expressamente do corpo da mesma o seu prazo de validade.

a.1) Não será inabilitada a licitante que estiver em recuperação judicial desde que comprove contabilmente ter condições de assumir a obrigação.

- b) As empresas deverão apresentar o Balanço Patrimonial e a Demonstração do Resultado do Exercício, extraídos do livro diário, na forma da lei, dos 2 (dois) últimos exercícios sociais já exigíveis, acompanhadas dos respectivos termos de abertura e encerramento do livro diário, devidamente submetidos ao ato de autenticação no órgão competente do registro do comércio, subscritos pelo representante legal da empresa e pelo profissional da contabilidade, com registro profissional regular no CRC.

- b.1) Em se tratando de demonstrações apresentadas no formato SPED, será exigido o recibo de entrega do SPED CONTÁBIL, e também, no formato SPED, autenticados com o número do recibo apresentado: o Balanço Patrimonial, a Demonstração do Resultado do Exercício e o Termo de Abertura e Encerramento.



b.2) As exigências do item A e A.1 desta qualificação, limitar-se-ão ao último exercício social já exigível no caso de a pessoa jurídica ter sido constituída a menos de 2 (dois) anos.

b.3) As empresas criadas no exercício financeiro da licitação deverão atender a todas as exigências da habilitação e poderão substituir os demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura devidamente subscrito pelo representante legal da empresa e pelo profissional da contabilidade com registro profissional regular no CRC.

a.4) É vedada a apresentação de balancetes ou balanços intermediários encerrados fora do exercício social. Também é vedada a substituição de Balanço Patrimonial por balancetes ou balanços provisórios.

c) As empresas deverão apresentar demonstrativo da boa saúde financeira da empresa, em papel timbrado ou devidamente identificado com os dados da Licitante e assinado pelo contador responsável, apresentando os cálculos a partir das fórmulas do quadro abaixo e das informações do Balanço Patrimonial do último exercício social exigível, de modo a atender aos seguintes índices:

Nome do Índice	Fórmula do Cálculo	Índice Exigido
LC = Índice de Liquidez Corrente	$\frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$	Igual ou superior a 1,00
LG = Índice de Liquidez Geral	$\frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a Longo Prazo}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante}}$	Igual ou superior a 1,00
GE = Grau de Endividamento	$\frac{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante}}{\text{Ativo Total}}$	Igual ou inferior a 1,00

c.1) Os consórcios deverão apresentar demonstrativo da boa saúde financeira nos termos do item B. No caso de consórcios formados exclusivamente por microempresas (ME) e empresas de pequeno porte (EPP), aplicam-se os índices mencionados acima. Para os demais consórcios, os índices exigidos são os seguintes: Índice de Liquidez Corrente (LC) e Índice de Liquidez Geral (LG), ambos com índice exigido de igual ou superior a 1,10; e Grau de Endividamento (GE), com índice exigido de igual ou inferior a 0,90. Esses índices devem ser calculados e apresentados conforme as fórmulas descritas no quadro acima, a partir do somatório dos valores do Balanço Patrimonial do último exercício social apresentado de cada consorciado.

c.2) Na verificação dos índices constantes do quadro acima serão consideradas até 2 (duas) casas decimais após a vírgula, adotando-se as regras matemáticas de arredondamento das demais casas decimais desconsideradas.



Quanto a 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 545 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 1.100 (mil e cem 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, catálogos, ou site eletrônico 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 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.

DURAÇÃO DO CONTRATO

O prazo de vigência da contratação é de 12 (doze) meses, prorrogável por até 10 anos, na forma dos artigos 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

O início da vigência do contrato ocorrerá quando da subscrição do contrato registrado perante a ANS conforme Resolução Normativa ANS nº 543/2022 e demais normas aplicáveis a espécie.

DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Gestão: 18 – FUNDO DE ASSISTENCIA A SAÚDE DO SERVIDOR - FASS
Unidade: 001 - GESTÃO DA ASSISTÊNCIA A SAUDE DO SERVIDOR
Ação: 0035 – MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO FASS



Subelemento de Despesa: 333903950– SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIAL

Referência: 1 – Recursos vinculados a fundos

Timbó, 21 de fevereiro de 2025.

Romero Espíndola e Silva
Presidente do FASS

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 14/03/2025 08:59 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE <https://c.ipm.com.br/p52d71ac4a8416>.



APÊNDICE DO ANEXO I ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

1. NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

A Saúde do servidor público sempre foi uma preocupação por parte do município de Timbó, ao ponto de incluir, no estatuto do servidor público, Lei Complementar nº 01/1993, como direito social a ser assegurado pelo município a ASSISTÊNCIA À SAÚDE, mediante plano de seguridade social, conforme dispunham os artigos 160 e 162 do texto original do estatuto onde:

Artigo 160 - O plano de seguridade social compreende um conjunto de benefícios que atendam as seguintes finalidades:

- I - garantir meios de subsistência nos eventos de doença, invalidez, velhice, acidente em serviço, inatividade, falecimento e reclusão;
- II - proteção e maternidade, a adoção e a paternidade;
- III - assistência à saúde.

Artigo 162 - O Município, suas Autarquias e Fundações Públicas, instituídas e mantidas por seus órgãos ou mediante contratos ou com convênios com outras instituições, prestarão serviços de assistência médica, odontológica, laboratorial, hospitalar e farmacêutica e pensão vitalícia e temporária aos servidores e dependentes, na forma estabelecida em lei especial.

Referida norma, embora tenha sido objeto de reforma ao longo dos anos, sempre manteve hígida na obrigação do Município de garantir ao servidor, mediante contribuição, o direito à saúde supletiva, conforme infere-se da atual redação do art. 160, onde:

"Art. 160. Fica assegurado aos servidores efetivos, estáveis e inativos, submetidos ao regime jurídico estatutário, e aos pensionistas, conforme as regras definidas nesse título e em legislação específica, os seguintes Benefícios Sociais, Estatutários e Assistenciais

...

II – Regime Municipal de Saúde do Servidor, mediante contribuição, na forma da Lei, com o objetivo de assegurar assistência supletiva à saúde do servidor.

...

Parágrafo Único. O Plano de Seguridade Social e o Regime Municipal de saúde, serão contributivos, e serão regidos pelas normas constantes em legislação específica."

Em cumprimento ao comando normativo, foi criado, através da Lei Complementar nº 153/1999, e substituído pela Lei Complementar n.º 412/2011 o FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTENCIA A SAÚDE DO SERVIDOR, com CNPJ n.º 20.727.444/0001-30, cuja finalidade é "...assegurar, mediante



contribuição, o direito suplementarmente, a assistência à saúde nos termos desta lei.”

Aludida norma dispõe no Inciso II do §2º do art. 18⁵, que a assistência supletiva à saúde se dará mediante convenios ou planos regulamentados, sendo que, desde a consecução do direito pelo Estatuto, o Município tem mantido plano de saúde aos seus servidores.

Atualmente o Município através do Fundo de Assistência à Saúde do Servidor de Timbó/SC, CNPJ n.º 20.727.444/0001-30, possui contratado, por meio do credenciamento n.º 01/2017⁶, a 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)”, tendo como um dos critérios estabelecidos no edital o pagamento de preço único para todas as faixas etárias, conforme item 2.2.1 do referido edital onde:

“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.”*

Ocorre que, por força das regras contratuais e normativas de revisão do plano, a adoção do critério então vigente de preço único para todas as faixas etárias e coparticipação de 20% não demonstram ser economicamente viáveis, ao ponto, inclusive, da contratada comunicar não ter mais interesse na prorrogação do contrato nestas condições.

Diante desta realidade, o Conselho Gestor do FASS, envidou, ao longo dos últimos meses, estudos comparativos de mercado, os quais apontaram para a necessidade de revisão dos termos de adimplemento do plano disponibilizado a seus servidores, substituindo a contraprestação em preço

⁵ Art. 18. A assistência supletiva à saúde visa proporcionar ao segurado, mediante contribuição, os seguintes serviços de saúde:... § 2º A prestação dos serviços relativos à saúde, poderão ser efetuados:... II - Por hospitais ou entidades particulares, sob convênios e planos firmados, conforme fixado em regulamento;

⁶ <https://www.timbo.sc.gov.br/licitacao/01-2017-fass/>



único para todas as faixas etárias e com coparticipação de 20%, para a contraprestação escalonada com coparticipação de 30%, nos moldes praticados pelo mercado e que, conforme verificado, viabilizam sua implementação e manutenção ao longo do tempo, com revisões menos onerosas aos servidores e a fazenda pública.

Face a esta realidade, o lançamento de novo certame é medida que se impõe, para não só garantir a implementação de nova forma de adimplemento para atendimento dos servidores, como também para viabilizar ampliação na adesão de novos servidores ao fundo e consequentemente ao novo plano, que, por força das revisões ordinárias e valor atualmente praticado, tornou-se inviável para alguns segurados.

Outrossim, a escolha do método credenciamento para operadora de plano em detrimento de licitação, se dá pela necessidade de garantir ampla cobertura de fornecedores para saúde dos servidores, com liberdade de escolha entre os planos comercializados, nos termos do art. 79, inciso II da Lei 14.133/2022 – qual seja, com seleção a critério de terceiros: caso em que a seleção do contratado está a cargo do beneficiário direto da prestação.

2. DEMONSTRAÇÃO DA PREVISÃO DA CONTRATAÇÃO NO PLANO DE CONTRATAÇÕES ANUAL, SEMPRE QUE ELABORADO, DE MODO A INDICAR O SEU ALINHAMENTO COM O PLANEJAMENTO DA ADMINISTRAÇÃO:

Em consulta ao Plano de Contratações Anual do ano de 2025, restou verificada a sua previsão.

3. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

Diante da natureza do objeto, que contempla a administração de 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, cujos detalhamentos encontram-se definidos no item 7 deste Estudo Técnico Preliminar, tem-se que além dos demais critérios de qualificação jurídica/trabalhista e econômico/financeira usualmente exigidos, toda empresa que pretenda se credenciar para prestação do serviço deverá demonstrar os seguintes requisitos técnicos mínimos:

- 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 545 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 1.100 (mil e cem) 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, catálogos, ou site eletrônico 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 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.

4. ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES

A estimativa das quantidades levou em consideração a contratação atual, com número de usuários nas correspondentes faixas etárias, conforme detalhamento abaixo:

FX etária	Total Tit	Total Dep	Total Geral
0 - 18	0	18	18
19 - 23	7	10	17
24 - 28	14	0	14
29 - 33	47	2	49
34 - 38	64	1	65
39 - 43	101	4	105
44 - 48	99	8	107
49 - 53	97	14	111
54 - 58	123	11	134
59 ou +	365	104	469
Total	917	172	1089



A quantidade informada leva em consideração a adesão ao contrato vigente, com apenas um credenciado, porém, poderá variar para mais ou para menos conforme a adesão de novos servidores ou novos credenciados.

5. LEVANTAMENTO DE MERCADO

As alternativas identificadas como modelos de assistência à saúde são as seguintes metodologias:

- I.** Contratação de plano de saúde coletivo do tipo empresarial;
- II.** Implementação de Planos de Autogestão;

A análise das possibilidades de soluções a serem adotadas e as respectivas características serão tratadas a seguir.

I. Plano de Saúde Coletivo Empresarial

Contratação de operadora de plano de saúde com registro no órgão regulador (ANS - Agência Nacional de Saúde), com a finalidade de prestar assistência suplementar à saúde, observado o disposto na Lei nº 9.656/98, que regulamenta os planos de saúde e define a amplitude e os tipos de cobertura que podem ser oferecidos.

Existem dois modelos de contratação para a solução:

Pré-Pagamento:

- Forma de contratação mais utilizada no Brasil, inclusive é a forma que é utilizada pelo plano atualmente vigente
- Valor mensal por vida, podendo ter ou não algum tipo de coparticipação adicional quando da utilização dos serviços pelos beneficiários.
- Reajuste após 12 meses, conforme contrato (índice inflação, sinistralidade,...).
- Fatura mensal tende a estabilizar até o próximo reajuste.
- O risco da utilização exagerada ou indevida do plano é absorvido pela operadora contratada.

O plano pode ser com ou sem coparticipação nos serviços utilizados:

- Com coparticipação → Nesse caso deve-se definir se é um valor fixo ou um percentual do serviço utilizado, bem como se é aplicado para todos os serviços (integral) ou apenas para alguns (parcial), como por exemplo, apenas para as consultas.



- Sem coparticipação → Apenas são pagas as mensalidades, sem nenhum outro custo adicional gerado pela utilização dos serviços. Cabe destacar que nessa opção, os valores das mensalidades são mais elevados, pois a operadora tenderá a compensar a ausência de coparticipação.

Pós-pagamento:

- Também conhecido como Custo Operacional
- Operadora cobra Taxa mensal por vida com base em percentual do uso.
- Todos os custos gerados pelos beneficiados são repassados pela operadora para a Contratante, portanto os riscos da utilização sem controle do sistema são absorvidos pela Contratante, que terá que se responsabilizar pela implementação das medidas necessárias para o controle do uso, evitando assim os custos excessivos. Tais custos terão que ser absorvidos pela Contratante e/ou repassados para os usuários. (Risco é da Contratante).
- Necessidade de estrutura adicional no Órgão, com a finalidade de analisar os custos gerados e definir ações a serem tomadas para evitar o uso desenfreado dos serviços de saúde, o que pode resultar na inviabilização da execução orçamentária por parte do Órgão, ou na sobrecarga financeira dos usuários em função dos repasses dos custos.
- Existe uma incerteza quanto ao valor das faturas, pois ocorrerá uma variação mensal em função do grau de utilização.
- A definição das mensalidades, bem como das coparticipações são de competência da Contratante, que deverá definir a forma de cálculo com base no grau de utilização (custo operacional), tendo que considerar variáveis de incerteza em função da variação do custo mensal gerado, bem como da efetividade dos controles implementados para a manutenção do uso racional por parte dos beneficiários. Para tanto terá que se preocupar diretamente com os custos gerados, por meio de análises constantes da utilização do plano, a sinistralidade*.
- Sinistralidade: a realização desenfreada de procedimentos, elevando os custos, comprometendo a gestão financeira da organização.
- A gestão de um plano de saúde no modelo de pós-pagamento requer um maior envolvimento da área responsável (RH ou Benefícios). Nesse modelo, as despesas oscilam de um mês para outro, e é possível que a área responsável seja mais demandada para explicar/justificar os motivos da oscilação de despesas. A gestão do plano, no modelo de pós-pagamento deve ser mais focada na gestão dos custos e da utilização dos procedimentos, com envolvimento constante dos gestores, ao invés de uma gestão mais focada nos prêmios pagos e na sinistralidade do contrato, com envolvimento maior dos gestores apenas no período do reajuste do contrato.

O que diferencia os modelos é o momento em que a empresa quer reconhecer as despesas geradas, ou seja, durante o ano, conforme elas são pagas e repassadas pela administradora do plano (pós-pagamento), ou na data base do reajuste contratual (pré-pagamento).

As vantagens e desvantagens do plano coletivo empresarial:



VANTAGENS:

- Conhecimento histórico de possíveis riscos decorrentes de um processo
- licitatório dessa natureza.
- Não será necessário alterar a estrutura funcional e processos de trabalho para executar as atividades administrativas relacionadas ao gerenciamento de um plano de saúde.
- O atual modelo adotado tem se demonstrado satisfatório quanto à amplitude e qualidade dos serviços oferecidos para os beneficiários, visto que o número de ocorrências de reclamações é irrelevante em comparação ao universo de usuários.

DESVANTAGENS:

Concorrência limitada devido à pouca quantidade de prestadores que consigam comprovar as competências necessárias para a prestação do serviço.

A contratação de plano de saúde coletivo empresarial, na modalidade de pré-pagamento, com mensalidades escalonadas por faixa etária e com coparticipação, é a opção que congrega mais vantagens para a Administração e para os usuários do serviço pelas seguintes razões:

- a) Modelo conhecido, por ser a solução atualmente adotada;
- b) Enquadramento jurídico adequado de contratação e de assistência à saúde;
- c) Amolda-se às condições de gestão e fiscalização condizentes com a atual realidade orçamentária e de pessoal da Prefeitura
- d) Garante acesso a uma ampla gama de serviços de saúde com regulamentação consolidada, a um custo fixo e previsível, tanto para a Administração, quanto para os beneficiários;
- e) Permite flexibilidade ao longo da execução do contrato, com a inclusão de novos serviços que venham a ser demandados pelos beneficiários, desde que previsto em cláusula contratual e regulamentados pela Agência Nacional de Saúde;
- f) Permite, em razão do elevado número de beneficiários, maior poder de negociação junto à CONTRATADA;
- g) Para a contratação dos serviços em comento, tanto as empresas como os tomadores de serviços, e em especial os órgãos públicos, efetivam a contratação de forma semelhante à que se pretende adotar, cumprindo as respectivas exigências legais, normativas e editalícias.

II. Autogestão em Saúde

Modalidade de prestação de assistência à saúde sem fins lucrativos com gestão própria da assistência à saúde, o que implica assumir o risco da variação do custo da assistência médica pela empresa que patrocina o benefício integral ou parcial aos seus funcionários, podendo ou não incluir seus dependentes e agregados até o terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, mediante departamento de benefício de empresas ou entidades jurídicas paralelas.

Nesse sistema, a própria instituição é a responsável pela implantação do plano de assistência à saúde, exercendo um controle com a participação do funcionário, podendo resultar na melhoria na qualidade do atendimento e redução das despesas com assistência médica.

ALTERNATIVAS DE IMPLANTAÇÃO:

1. Administrada pela Empresa Patrocinadora;
2. De forma terceirizada, mediante a contratação de uma parceria especializada para este fim.

1. Administrada pela empresa Patrocinadora:

O sistema permite a interferência direta da organização na escolha da rede credenciada e no acompanhamento da prestação de serviços, sendo um modelo que elimina a necessidade de contratação de intermediários. O seu desenho é definido de acordo com a necessidade apresentada pelos seus beneficiários.

A empresa estabelece junto com seus funcionários o formato do plano e define o credenciamento de médicos, hospitais, especialidades e abrangência da cobertura, os limites de utilização, os períodos de carência, a participação financeira que cabe a cada uma das partes.

Através do programa de autogestão de saúde, a empresa tem a possibilidade de um aumento real na qualidade agregada do benefício, pois o objetivo principal nesse caso é a saúde dos seus empregados. O que seria lucro nos planos comuns, reverte-se em mais benefícios para os usuários.

ESTRUTURA :

- Pessoal integrante do quadro de funcionários dedicados exclusivamente às atividades típicas de gestão de um plano de saúde;
- Planejamento e controle financeiro;
- Equipe de auditores médicos para análise das guias;
- Consultoria atuarial para viabilizar a manutenção da viabilidade econômica do Sistema;
- Investimento tecnológico em sistemas computacionais para gerenciamento de todo o sistema operacional;
- Cadastramento de usuários e controle de utilização;
- Emissão de Carteira de identificação;



- Emissão de Guia Médica para apresentar na hora do atendimento;
- Recebimento, processamento e pagamento dos atendimentos encaminhados pelos Hospitais e Clínicas conveniadas.
- Análise de dados com a finalidade de minimizar custos e para identificar ações com o objetivo de evitar abusos indevidos no uso dos recursos.

Sistema Operacional:

- Tabelas para remuneração dos serviços médicos.
- Desenvolvimento de negociações com as instituições médicas e fechamento de contratos, sendo os principais itens:
 - Recursos oferecidos;
 - Remuneração e forma de reajuste;
 - Horários.
- Controles internos sobre seus associados e a forma de utilização dos recursos oferecidos procurando maior eficiência na administração dos recursos existentes.
- Empregado paga participação nos eventos em saúde visando controle para evitar os excessos de utilização por um sistema de tabelamento relacionado ao tipo de evento;
- Análise para comparar os atendimentos e evitar possíveis excessos.
- Numa tentativa de evitar o custo de absenteísmo, oferecem ambulatorios com serviços próprios de atendimento médico.

2. De forma TERCEIRIZADA, mediante a contratação de uma parceria especializada para este fim:

- Serviços são efetuados através de Associações Benéficas ou Fundações, constituídas para gerar benefícios para os empregados, e por extensão, fazer a administração dessa modalidade de assistência médica, mediante CONVÊNIO.
- As vantagens e desvantagens desta solução de auto gestão: VANTAGENS:
 - Concepção do plano de acordo as características e necessidades da empresa
 - Interferência direta na administração do plano, na escolha dos credenciados e na prestação e utilização dos serviços.
 - Controle de custos mais preciso e confiável pois as tabelas são controladas e negociadas periodicamente.
 - O fato do empregado participar nos custos ajuda no controle.
 - Atendimento bastante pessoal sempre contribuirá para maior integração e dedicação com bons resultados para a empresa.
 - Admite a correção dos desvios e criação de novas alternativas, quando necessárias.
 - Só paga os serviços realmente efetuados.



- Permite facilmente a incorporação de outras especialidades (odontologia, psicologia, fonoaudiologia) e serviços de (farmácias, óticas, material ortopédico, etc.)
- Possibilita o desenvolvimento de programas de promoção e prevenção à saúde e de qualidade de vida.
- Facilita ações conjuntas com o programa de saúde ocupacional.
- Faculta o estabelecimento de moderadores de utilização e reguladores de custos.
- Melhora e imagem institucional, interna e externamente.

DESVANTAGENS PARA AMBOS OS MODELOS:

- Necessidade de investimento inicial alto para estruturação dos serviços
- Participa com a quase totalidade dos custos.
- Apesar dos controles, sempre haverá abusos gerando custos desnecessários.
- Todas as responsabilidades recaem sobre a empresa.
- Correr riscos com casos de tratamentos onerosos.
- Existência de mais um departamento para gerir a saúde, irá ajudar a desviar a atenção dos objetivos principais da área de Recursos Humanos da organização.
- Escassez de gerenciadores especializados.
- Maior responsabilidade perante os usuários e a comunidade.

Razões que comprometem a adoção do modelo Auto Gestão:

Em um sistema de autogestão a Administração é diretamente envolvida na gestão de todos os aspectos relacionados à implementação e suporte de um plano de saúde, exigindo um alto investimento financeiro e de tempo para adequar toda a estrutura necessária.

A implantação da Autogestão de Saúde exigirá o cumprimento de uma série de etapas por parte da Administração.

Nos itens a seguir estão relacionados alguns dos passos indispensáveis à referida implantação:

- Promover consulta pública para discussão do regulamento geral por servidores e magistrados;
- Criação de unidade administrativa com estrutura organizacional de Secretaria para gerenciamento do Plano de Autogestão de Saúde, devendo ser definidas as rotinas e os fluxos de informações da nova unidade (Secretaria de Assistência à Saúde);
- Contratar consultoria especializada em avaliação atuarial e financeira do plano com o objetivo de sugerir os prêmios, por faixa etária e por remuneração, suficientes para cobertura dos sinistros mensais e constituição das reservas financeiras.
- Capacitar o quadro de pessoal para a execução da gestão;
- Criar pessoa jurídica junto à Receita Federal;
- Credenciar os prestadores de serviços médicos e odontológicos



- Cadastrar os beneficiários e expedir as carteiras necessárias à utilização da rede credenciada;
- Contratar auditores especializados em saúde para fins de análise dos requerimentos de procedimentos e acompanhamento das internações.

A partir do estudo realizado, vislumbra-se que esse sistema, em tese, pode ser vantajoso para a Administração e prover serviços de melhor qualidade para os beneficiários, considerando-se sobretudo o fato de não visar lucro.

Porém, a implantação de tal Sistema demanda um estudo mais profundo para uma correta identificação das necessidades e dos recursos necessários, devendo ser elaborado por um grupo de trabalho multidisciplinar especificamente criado para tal finalidade, exigindo tempo e recursos para o processo de estruturação necessário.

Pelo exposto acima, entende-se que a implantação de um Sistema de Autogestão em Saúde é inviável no momento.

Conclusão dos estudos:

Diante das vantagens e desvantagens entre os modelos de solução estudados, o que melhor atende o interesse público do município na relação custo benefício foi o de plano de saúde coletivo empresarial.

6. ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO, ACOMPANHADA DOS PREÇOS UNITÁRIOS REFERENCIAIS, DAS MEMÓRIAS DE CÁLCULO E DOS DOCUMENTOS QUE LHE DÃO SUPORTE.

Valores plano Estadual - coparticipação de 30%

FX etária	Valor do plano	Total Tit	Total Dep	Total Geral	Valor tit R\$	Valor dep R\$	Valor total mensal
0 - 18	190,55	0	18	18	-	3.429,90	3.429,90
19 - 23	238,19	7	10	17	1.667,33	2.381,90	4.049,23
24 - 28	301,07	14	0	14	4.214,98	-	4.214,98
29 - 33	356,32	47	2	49	16.747,04	712,64	17.459,68
34 - 38	419,21	64	1	65	26.829,44	419,21	27.248,65
39 - 43	475,80	101	4	105	48.055,80	1.903,20	49.959,00
44 - 48	538,70	99	8	107	53.331,30	4.309,60	57.640,90
49 - 53	611,86	97	14	111	59.350,42	8.566,04	67.916,46
54 - 58	780,67	123	11	134	96.022,41	8.587,37	104.609,78
59 ou +	1.112,53	365	104	469	406.073,45	115.703,12	521.776,57
Total		917	172	1089	712.292,17	146.012,98	858.305,15



Na tabela acima, seguem as estimativas de custo para o plano estadual com coparticipação de 30% em consultas e exames

A estimativa de custo foi elaborada com base em orçamento da atual prestadora de serviço, que foi a única operadora credenciada no edital de credenciamento atualmente em vigor, bem como a única a fornecer orçamento para o serviço.

O contrato com os credenciados terá como valor de referência para fins de execução do contrato, o valor estimado equivalente à 12 contraprestações mensais, conforme o número de vidas (servidores ativos e inativos, bem como os dependentes) aderentes ao plano.

7. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO:

7.1 – Da natureza da contratação

Trata-se da contratação 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.

7.2 – 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

7.3 – Das condições de admissão dos beneficiários:

Em atendimento ao que dispõe o Art. 160 inciso II do Estatuto do Servidor Público Municipal instituído pela Lei Complementar nº 01/93 são segurados/beneficiários dos serviços de saúde complementar, mediante contribuição, os servidores efetivos e/ou estáveis, os inativos, submetidos ao regime jurídico estatutário, e aos dependentes, nos termos e condições reguladas pela Lei Complementar nº 412, de 26 de dezembro de 2011, e alterações, notadamente a Lei Complementar nº 486, de 28 de setembro de 2017, do município de Timbó – SC e a Lei Complementar nº 500, 08, de maio de 2018.

A saber, todos os servidores da Prefeitura de Timbó, suas Fundações e Autarquia que possuem vínculo empregatício estatutário (ativos e/ou inativos) poderão aderir ao plano.



São considerados beneficiários do plano de saúde, os seguintes:

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

b) Na qualidade de dependentes do beneficiário titular, custeados integralmente por estes, os seguintes: a) o cônjuge ou companheiro(a) com união estável e sem concorrência com o cônjuge; b) Filhos (inclusive com paternidade reconhecida judicial ou extrajudicialmente), enteados ou pessoa sob guarda, solteiros até 35 anos incompletos; c) Tutelados ou curatelados do beneficiário titular por força de decisão judicial.

Demais informações sobre as condições de admissão de beneficiários, assim como todo o detalhamento dos processos de inclusão e exclusão dos mesmos estarão constando no termo de referência

7.4 – 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.

7.5 – 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 Município 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.

7.6 – Coberturas e procedimentos garantidos

Os procedimentos médicos a serem cobertos pelo plano contratado são aqueles que constam do Rol de procedimentos médicos definidos pela Agência Nacional de Saúde (ANS), referentes ao Plano Ambulatorial e Hospitalar com obstetrícia

As características de atendimento, procedimentos e ações cobertas, tem origem da junção entre as disposições previstas para o Plano Ambulatorial e o Plano Hospitalar com obstetrícia, conforme legislação vigente e orientações da Agência nacional de Saúde

Na prestação de qualquer atendimento, tratamento, exames e quaisquer outros procedimentos e intervenções cirúrgicas ou laboratoriais, deverão ser utilizados sempre os meios que ofereçam maior benefício de saúde e recuperação ao usuário.

O detalhamento das coberturas e dos procedimentos não cobertos estarão disciplinados e listados no Termo de Referência.

7.7 – Do atendimento de urgência e Emergência, remoção e reembolso



Deverá ser garantido o atendimento de urgência, emergência, remoção e reembolso observando as condições abaixo, bem como os normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes à época do evento, respeitando as cláusulas contratuais de cobertura descritas no contrato.

I – Atendimento de urgência e emergência:

Nos termos da Lei considera-se:

Emergência: os atendimentos que impliquem 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.

Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário no plano, deverá ser assegurada a cobertura dos procedimentos de urgência decorrente de acidentes pessoais, sem restrições, respeitadas a cobertura e segmentação contratadas.

Quando o atendimento de urgência ou de emergência em decorrência de complicações no processo gestacional for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação, esta será limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, não garantindo cobertura de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas. Neste sentido, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário, não cabendo ônus à OPERADORA.

Quando envolver acordo de Cobertura Parcial Temporária, por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e relacionados a doenças ou lesão preexistente ficam limitados as primeiras 12 (doze) horas, em regime ambulatorial. Se, na continuidade do atendimento, for necessária a realização de procedimentos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária exclusivos da cobertura hospitalar, a responsabilidade financeira da OPERADORA cessará a partir da internação, ainda que ela se efetive dentro do período de 12 (doze) horas

Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este abrangerá a cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, não garantindo cobertura de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário, não cabendo ônus à OPERADORA.



Depois de cumpridas as carências estabelecidas em contrato, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções, de acordo com a cobertura contratada.

II – Remoção:

A OPERADORA garantirá a remoção do paciente, com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida do paciente, conforme prescrito pelo médico assistente, nos atendimentos classificados como urgência ou emergência, nas situações abaixo descritas:

se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade de atenção ao paciente, a OPERADORA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima;

Remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, respeitada a abrangência geográfica contratada, nos casos do beneficiário estar cumprindo período de carência para internação, cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.

quando for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia, ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período de Cobertura Parcial Temporária, caberá à OPERADORA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde – SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.

Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS, a OPERADORA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando não possa haver remoção por risco de vida, a CONTRATANTE e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a OPERADORA desse ônus.

A OPERADORA garantirá a remoção do beneficiário que tiver cumprido o período de carências para internação hospitalar, mediante autorização do médico assistente e consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável legal.

Demais informações e maiores detalhamentos sobre casos de remoção estarão disciplinadas no Termo de Referência

III - Reembolso:

Considerando que o plano de saúde não possui característica de livre escolha de prestadores para os atendimentos, os beneficiários inscritos pela CONTRATANTE terão assegurado o direito ao reembolso de atendimento somente nas situações e condições abaixo, quando devidamente comprovadas.



Em caso de atendimento de urgência ou emergência: Será garantido ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência contratualmente cobertos que tenham ocorrido na área geográfica de abrangência e de atuação do plano sempre que não for possível a utilização dos serviços da rede de prestadores própria da OPERADORA ou credenciada a este plano de saúde. (Nos valores e limites contratuais).

Em caso de ausência, inexistência ou indisponibilidade de prestador: Será devido o reembolso em conformidade com a legislação específica vigente à época do evento, desde que seja fornecida a autorização prévia da OPERADORA.

Demais informa e detalhamentos de todos os procedimentos que deverão ser adotados para o reembolso estarão disciplinados no termo de referência.

7.8 – Duração do contrato

O prazo de vigência da contratação é de 12 (doze) meses, prorrogável por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133 de 2021.

A vigência do contrato de credenciamento está vinculada e será igual à vigência do contrato registrado perante a ANS conforme Resolução Normativa ANS nº 543/2022 ou norma que a substituir.

7.9 – Períodos de carência

Os beneficiários cumprirão os períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da data de seu ingresso no plano.

PROCEDIMENTOS	HORAS / DIAS
Urgência e Emergência, observado o disposto na Cláusula 9ª, I - Atendimento de urgência e emergência	24 (vinte e quatro) horas
Consultas médicas	30 (trinta) dias
Exames laboratoriais, anatomopatológicos e citológicos, raios-x simples e contrastados, eletrocardiogramas, eletroencefalogramas e ultrassonografias	30 (trinta) dias
Consultas e sessões de fisioterapia	90 (noventa) dias
Consultas e sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia.	180 (cento e oitenta) dias
Todas as demais coberturas	180 (cento e oitenta) dias
Parto a termo	300 (trezentos) dias

Os beneficiários titulares e dependentes que ingressarem no plano fora dos prazos acima previstos, cumprirão os períodos normais de carências estabelecidas no contrato.



Quando se tratar de beneficiário(s) no exercício da portabilidade de carências, deverão ser cumpridos os prazos de carências remanescentes, descontados os períodos de permanência no plano origem; e carência integral para cobertura superior ao do plano origem.

Quando se tratar de inscrição de beneficiário proveniente de outro plano da OPERADORA, de forma ininterrupta, haverá aproveitamento das carências já cumpridas, ressalvadas as modificações de cobertura, como nas hipóteses de ampliação da área geográfica ou acomodação hospitalar superior. Demais informações ou detalhes sobre as carências do plano estarão disciplinadas no Termo de Referência.

7.10 – Doenças e Lesões preexistentes

Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento do seu ingresso no plano.

Os beneficiários devem preencher no ato da contratação e assinar o formulário de Declaração de Saúde, observadas as condições e regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar estabelecidas em normativos vigentes, assegurado do direito de fazer a entrevista qualificada, sem ônus financeiro, com um médico indicado pela OPERADORA ou por outro médico de sua escolha, devendo neste caso, o beneficiário assumir o ônus financeiro da entrevista qualificada.

Sendo constatada a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, a OPERADORA oferecerá ao beneficiário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária (CPT), que consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da contratação ou da adesão ao plano, da cobertura desses serviços listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento e disponível no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar, relacionados exclusivamente às doenças e lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, através do Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária.

A OPERADORA irá comunicar ao beneficiário quando for identificado indício de fraude, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente e oferecerá a Cobertura Parcial Temporária pelos meses restantes até completar 24 (vinte e quatro) meses de seu ingresso no plano. Em caso de recusa do beneficiário, a OPERADORA solicitará a abertura do processo administrativo perante a ANS, podendo utilizar-se de qualquer documento para comprovar a omissão de doença ou lesão preexistente.

Comprovada a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente, a OPERADORA adotará as medidas cabíveis para cobrar do beneficiário as despesas efetuadas com a assistência médica, relacionadas com a doença ou lesão preexistente, além de sua exclusão do presente contrato.

É vedada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato em razão da omissão de doença ou lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

Não caberá a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente caso a OPERADORA tenha realizado qualquer tipo de exame ou perícia médica para o ingresso do beneficiário no plano.

Se na contratação ou adesão ao plano, tiver sido constatada a existência de doença ou lesão preexistente do beneficiário e a OPERADORA deixar de oferecer no momento da adesão contratual a



Cobertura Parcial Temporária, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de saúde e nem aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária.

Não haverá análise de Doença e Lesão Preexistente nos contratos com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que observados os prazos de ingresso abaixo:

até 30 (trinta) dias da celebração do contrato;

até 30 (trinta) dias da vinculação do titular à pessoa jurídica contratante;

até 30 (trinta) dias do início do vínculo de dependência com titular.

O prazo de 30 (trinta) dias da vinculação do titular à CONTRATANTE será contado a partir do primeiro dia subsequente ao término do contrato de experiência com prazo determinado.

Os beneficiários titulares e dependentes que ingressarem no plano fora dos prazos acima previstos, independentemente do número de participantes, passarão por análise de Doença e Lesão Preexistente.

Não é possível a alegação de doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito no plano nos primeiros 30 (trinta) dias a contar:

do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural de beneficiário, pai ou mãe.

da guarda, ou tutela, ou adoção, no caso de recém-nascido de beneficiário responsável legal.

Na hipótese de menor de 12 (doze) anos, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade.

Na eventualidade da redução do número de beneficiários para menos de 30 (trinta), as novas inclusões ficam sujeitas à análise de Doença ou Lesão Preexistente, respeitados os normativos vigentes.

7.11 – Mecanismos de regulação

Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela OPERADORA, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados. Observando ainda as atualizações estabelecidas em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigentes à época do evento.

I. Coparticipação

É a participação financeira na despesa assistencial, a título de fator moderador, a ser paga pela CONTRATANTE após a realização dos procedimentos e cobrada em conjunto com a mensalidade do plano de saúde, nos moldes abaixo:

Evento	Coparticipação
d) <u>consulta de puericultura, demais consultas médicas</u> e às de pronto-socorro ou pronto atendimento, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do procedimento;	Percentual: 30% Referência: Tabela de
e) <u>exames e procedimentos de diagnose</u> , realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime	



ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame;	referência da operadora
f) <u>consultas/sessões realizadas por profissionais de saúde</u> , 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, psicoterapia e oxigenoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos. Exceto: quimioterapia, radioterapia e hemodiálise.	Limite: R\$ por serviço ou quantidade realizada.

Os valores elencados na Tabela Referência da operadora deverão ser atualizados anualmente e deverá estar disponível para consulta na área específica e restrita da CONTRATANTE e do beneficiário no site da operadora

O valor limite para cobrança de coparticipação mencionado nesta cláusula será reajustado anualmente conforme Cláusula de Reajuste.

Sempre que houver uma atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e forem inclusos procedimentos e eventos não listados acima, incidirá a cobrança de coparticipação sobre as novas coberturas ambulatoriais incluídas e utilizadas pelo beneficiário.

Os percentuais de coparticipação também aplicam-se ao recém-nascido que utilize da assistência médica durante o período de 30 (trinta) dias após o parto.

A inadimplência dos valores apurados a títulos de coparticipação, sujeitará o CONTRATANTE às mesmas penalidades impostas à inadimplência das mensalidades.

II. Da habilitação do beneficiário

A OPERADORA fornecerá a CONTRATANTE cartões individuais ou outra forma de identificação, de acordo com os normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, todavia a garantia da prestação dos serviços somente ocorrerá mediante apresentação deste, acompanhado do documento de identificação oficialmente reconhecido.

Demais informações sobre a habilitação dos beneficiários estarão disciplinados no Termo de Referência

III. Condições de Atendimento e Autorização Prévia

Todas as regras e detalhamentos com relação as questões envolvendo as condições de atendimento e autorização prévia para utilização do plano de um modo geral estarão disciplinadas no Termo de Referência

7.12 – Do preço e mensalidades:

Os preços dos planos de saúde para os beneficiários serão de acordo com a faixa etária que o mesmo se encontra, num total de 10 faixas etárias.



Deverão ser somados ao valor do plano de acordo com a faixa etária do beneficiário, o valor da coparticipação de um determinado mês

Demais informações e detalhamentos estarão disciplinados no termo de referência

7.13 – Reajuste:

Só será aplicado um único reajuste contratual a cada 12 (doze) meses, ressalvados os reajustes por mudança de faixa etária.

Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

O percentual de reajuste aplicado às contraprestações pecuniárias será comunicado a Agência Nacional de Saúde Suplementar conforme determina a legislação competente.

A CONTRATANTE poderá acompanhar as despesas e demais informações deste contrato, a qualquer tempo, através do seu acesso restrito no portal da OPERADORA.

Independentemente da data de ingresso de novas CONTRATANTES e/ou de beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral no mês de aniversário de vigência do contrato.

A OPERADORA deverá publicar, 30 dias antes da data prevista para a aplicação do reajuste, um extrato pormenorizado, ou prévia deste, contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste acima previsto. As referidas informações serão disponibilizadas no Portal de Informações da Pessoa Jurídica Contratante com acesso restrito, mediante login e senha informados na contratação deste plano.

Para o cálculo do reajuste deverão ser consideradas a sinistralidade real do plano e também a inflação médica, visando sempre preservar o equilíbrio econômico financeiro do contrato.

O detalhamento da metodologia de cálculo estará disposto no Termo de referência.

8. JUSTIFICATIVAS PARA O PARCELAMENTO OU NÃO DA SOLUÇÃO QUANDO NECESSÁRIO PARA INDIVIDUALIZAÇÃO DO OBJETO

A solução a ser contratada refere-se aos serviços de assistência médica para os servidores ativos e inativos da Prefeitura de Timbó, sendo que, conforme as práticas usuais de mercado e as normas vigentes, não se evidencia amparo, necessidade ou vantagem em se realizar o parcelamento do serviço.



O não parcelamento do objeto se justifica em razão de os serviços guardarem compatibilidade entre si, admitindo o julgamento com base em um mesmo critério e permitindo a execução por uma mesma empresa, restando assegurado o caráter competitivo do certame licitatório.

Licitar o objeto em parcelas se revela técnica e economicamente inviáveis, haja vista que pode acarretar em prejuízo para o conjunto da solução ou perda de economia de escala.

Todos os serviços que compõem o objeto deverão ser adjudicados a uma única empresa, visto que o parcelamento da solução incorreria em perda de economia de escala.

O agrupamento importa também em maior facilidade na gestão dos contratos e acompanhamento dos serviços técnicos posteriormente contratados.

Entretanto, no caso em tela, constata-se que o objeto, como um todo, é habitualmente prestado em sua universalidade pelas operadoras de planos de saúde, haja vista que a legislação prevê regras básicas que devem ser seguidas por todas prestadoras, entre as quais, o atendimento obrigatório do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

Certamente que a divisão do objeto não traria vantajosidade alguma para a contratação, pelo contrário, promoveria desnaturação do serviço e uma prestação desarticulada e fora dos padrões normativos existentes.

Diante disso, opta-se pelo não parcelamento do objeto, considerando que todas as prestadoras regularmente registradas na ANS, que prestam serviços de plano de saúde, devem atender ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, o qual contempla os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças e eventos em saúde, em cumprimento ao disposto na Lei nº 9.656/98.

9. DEMONSTRATIVO DOS RESULTADOS PRETENDIDOS EM TERMOS DE ECONOMICIDADE E DE MELHOR APROVEITAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS OU FINANCEIROS DISPONÍVEIS

A solução deverá permitir a continuidade de Assistência à Saúde, por intermédio de Plano de Assistência Médica, destinados a todos os servidores, ativos ou inativos da Prefeitura de Timbó.

Dessa forma, procura-se contribuir com uma melhor qualidade de vida do empregado do CRCPA, promovendo boas condições de vida e de saúde dos beneficiários, o que, certamente, traz reflexos diretos no desempenho de suas atividades, proporcionando resultados favoráveis à Entidade, considerando que seus empregados são agentes fundamentais no cumprimento da sua finalidade institucional e na busca da excelência no atendimento às atividades fins.

10. PROVIDÊNCIAS A SEREM ADOTADAS PELA ADMINISTRAÇÃO



Não se vislumbra providências a serem adotadas pela administração em virtude da contratação, além das ações já adotadas na fiscalização do contrato atualmente vigente. Ademais, a solução em questão, retirando

11. CONTRATAÇÕES CORRELATAS OU INTERDEPENDENTES

Não há contratações correlatas ou interdependentes.

12. ASPECTOS DE SUSTENTABILIDADE NAS CONTRATAÇÕES

Não existem impactos ambientais relevantes na contratação em si. Entretanto, a credenciada deverá adotar medidas implementadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio do Plano de Logística Sustentável (PLS).

13. DECLARAÇÃO DA VIABILIDADE OU NÃO DA CONTRATAÇÃO

Os estudos preliminares evidenciaram que a contratação dos serviços de assistência à saúde dos servidores, ativos e inativos da prefeitura de Timbó, mostra-se técnica e economicamente viável.

Importante destacar também que existem empresas com expertise no mercado para a prestação de serviços objeto deste Estudo Preliminar.

Diante do exposto acima, concluímos que a contratação pretendida é viável e indispensável para um melhor desempenho do serviço público municipal de Timbó.

Timbó, 04 de fevereiro de 2025.

Romero Espíndola e Silva
Presidente do FASS



ANEXO II
MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

Ao Município de Timbó

O interessado, abaixo qualificado, requer sua inscrição no **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, ENGOBANDO 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**, nos termos do Processo de Credenciamento nº. 01/2025 FASS.

Dados da empresa:

Razão Social:

C.N.P.J.:

Endereço:

E-mail:

Telefone comercial:

WhatsApp:

Dados do representante legal responsável pela assinatura do Contrato:

Nome Completo, Estado Civil, CPF, RG e Endereço Residencial.

Informações bancárias:

Banco:

Agência:

C/C:

Nome legível do requerente:

Assinatura do requerente



ANEXO III
MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO PREÇO

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO PREÇO

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

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2025 FASS

(Nome da Empresa), CNPJ nº. (xxxx), Inscrição Estadual nº. (xxxx), sediada, (Endereço Completo), representada por _____, (qualificação completa), DECLARO que concordo em executar os serviços e fornecimentos constantes no referido edital de Inexigibilidade de Credenciamento para fornecimento de **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**, conforme tabela abaixo:

(Planilha de Descrição de Serviços para Preços Unitários)

Item	Qtd.	Und.	Descrição
1	1	Serviço	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.
--	--	--	--

<u>Faixa etária</u>	<u>Valor R\$</u>
0 - 18	R\$ 190,55
19 - 23	R\$ 238,19
24 - 28	R\$ 301,07
29 - 33	R\$ 356,32
34 - 38	R\$ 419,21
39 - 43	R\$ 475,80
44 - 48	R\$ 538,70
49 - 53	R\$ 611,86
54 - 58	R\$ 780,67
59 ou +	R\$ 1.112,53

(local e data)

(nome e número do documento de identidade do Declarante)



ANEXO IV

MODELO DECLARAÇÕES OBRIGATÓRIAS

DECLARAÇÃO

_____, CNPJ n.º _____, por intermédio de seu representante legal o (a) Senhor (a) _____, portador (a) do RG n.º _____ e CPF n.º _____, declara:

- a) Que não incorre nas condições impeditivas do art. 14 da Lei Federal nº 14.133/21;
- b) Que atende aos requisitos de habilitação, conforme disposto no art. 63, inciso I, da Lei Federal nº 14.133/21;
- c) Que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas, conforme art. 63, inciso IV, da Lei Federal nº 14.133/21;
- d) Que está ciente do edital e concorda com as condições locais para o cumprimento das obrigações objeto da licitação, conforme art. 67, inciso VI, da Lei Federal nº 14.133/21;
- e) Para fins do disposto no inciso VI do art. 68, da Lei Federal nº 14.133/21, que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 (dezesesseis) anos, salvo menor, a partir dos 14 (quatorze) anos, na condição de aprendiz, nos termos do inciso XXXIII, do art. 7º, da Constituição Federal/88;
- f) Que não possui, na cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal/ 88.

(local e data)

(nome e número do documento de Identidade do Declarante)



ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DE ENQUADRAMENTO EM REGIME DE TRIBUTAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE

Declaração de Enquadramento em Regime de Tributação de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte (Na hipótese do licitante ser ME ou EPP)

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2025

(Nome da empresa), CNPJ nº, sediada (endereço completo), declaro (amos) para todos os fins de direito, especificamente para participação no Edital de Credenciamento nº 01/2025 FASS, que estou (amos) sob o regime de ME/EPP, para efeito do disposto na LC 123/2006.

Em cumprimento ao disposto no §2º, do art. 4º, da Lei nº 14.133/21, declaro ainda que, no ano-calendário de realização da presente licitação, ainda não celebramos contratos com a Administração Pública cujos valores somados extrapolem a receita bruta máxima admitida para fins de enquadramento como empresa de pequeno porte.

Local e data

Nome e nº da cédula de identidade do declarante

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 14/03/2025 08:59 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSSE <https://ic.ipm.com.br/p52d71ac4a8416>.



ANEXO VI
MINUTA DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO
CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº ____/2025
CREDENCIAMENTO Nº ____/2025 FASS

CONTRATO DE CREDENCIAMENTO PARA ADMINISTRAÇÃO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DESTINADO A PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA COMPLEMENTAR POR INTERMÉDIO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA OU SEGURO SAÚDE COLETIVO.

O MUNICÍPIO DE TIMBÓ/SC, através do Fundo de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos de Timbó (localizado na Avenida Getúlio Vargas, nº 700, Centro), CNPJ nº 20.727.444/0001-30, representado por seu presidente, o Sr. ROMERO ESPÍNDOLA E SILVA, abaixo denominado **FASS** e a empresa _____, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº _____, estabelecido à _____, nº _____, bairro _____, cidade de ____/____, e-mail: _____, whatsapp: _____, neste ato representada por _____, _____, portador do CPF nº _____ e RG nº _____, residente e domiciliado à Rua _____, nº _____, bairro _____, cidade de ____/____, no uso de suas atribuições legais, doravante denominada **CREDENCIADA**, com fundamento na Lei nº 14.133/2021, Decreto Municipal nº 6770/2023, e na Lei nº 9656/98, 8078/90 e demais dispositivos legais aplicáveis à espécie e de conformidade com o Edital de Credenciamento nº ____/2025 FASS resolvem, de comum acordo, celebrar este CONTRATO DE CREDENCIAMENTO mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO E DOS PREÇOS

O presente instrumento tem por objeto 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, aos servidores públicos municipais ativos, inativos e seus dependentes legais**, de acordo com as especificações técnicas constantes neste contrato, no Edital de Credenciamento nº ____/2025 FASS, ETP, Termo de Referência e demais anexos.

Os planos, cujas coberturas estão disciplinadas no edital e anexo, bem como as condições detalhadas serão disciplinadas no contrato regulado pela ANS, nos termos da Lei nº 9656/98 e resoluções da ANS.

Os planos a serem comercializados, além dos demais critérios estabelecidos no edital e anexos, deverão ter cobertura mínima estadual e coparticipação máxima de 30%, com valor máximo de procedimento em R\$ 280,00 por serviço ou quantidade realizada, com valor mensal individual escalonado por idade nos seguintes moldes:



Faixa etária	Valor R\$
0 - 18	R\$ 190,55
19 - 23	R\$ 238,19
24 - 28	R\$ 301,07
29 - 33	R\$ 356,32
34 - 38	R\$ 419,21
39 - 43	R\$ 475,80
44 - 48	R\$ 538,70
49 - 53	R\$ 611,86
54 - 58	R\$ 780,67
59 ou +	R\$ 1.112,53

É de responsabilidade exclusiva e integral da **CREDENCIADA** todas as despesas diretas e indiretas, mão de obra, a utilização de pessoal para execução dos respectivos procedimentos, incluindo encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes do vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, e nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o **FASS**.

A prestação dos serviços constantes deste instrumento observará obrigatoriamente todos os detalhamentos, valores/preços de referência, condições e demais disposições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº _____, Termo de Referência demais anexos.

Esta prestação de serviços abrange a execução pela **CREDENCIADA** de todos os serviços/atos/procedimentos que se fizerem necessários ao pleno, total e integral cumprimento do objeto constante deste instrumento e do Edital de Credenciamento nº _____, Termo de Referência e demais anexos.

O presente contrato, Edital de Credenciamento nº _____, Termo de Referência e demais anexos são complementares entre si, de forma que qualquer especificação, obrigação, responsabilidade constante em um e omitido em outro, será considerado existente para todos os fins.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

O objeto deverá ser total, integral e exclusivamente executado pela **CREDENCIADA**, através de sua rede de estabelecimentos credenciados nos termos e normas estabelecidas pela ANS e no contrato padrão homologado por esta.

Por se tratar este Credenciamento com Seleção a Critério de Terceiros, a seleção/escolha da **CREDENCIADA** está a cargo do beneficiário direto da prestação, ou seja, caberá ao servidor a escolha, em momento prévio e estabelecido pela administração, qual operadora de plano credenciada irá aderir, cabendo a credenciada, após o recebimento do relatoria de vidas aderentes ao plano providenciar a contratação específica para o grupo de vidas a ser assistido pelo plano.



O ingresso de integrantes e as condições mínimas de prestação dos serviços encontram-se disciplinadas no Edital, Termo de Referência, ETP e demais anexos, além das normas estabelecidas pela ANS para execução da atividade, estando a **CREDENCIADA** vinculada a tais condições.

A **CREDENCIADA** facilitará o acompanhamento e a fiscalização permanente, pelo **FASS**, dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados.

A **CREDENCIADA** deverá observar todas as especificações da execução/fornecimento previstas no Termo de Referência.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA FORMALIZAÇÃO DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO JUNTO À ANS, VALOR, DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E REAJUSTE

O **FASS** encaminhará à **CREDENCIADA** a relação e segurados optantes do plano para que este providencie a formalização do contrato nos moldes estabelecidos pela Lei 9656/98 e regulamentações da ANS.

A FORMALIZAÇÃO do contrato se dará mediante inexigibilidade, conforme minuta aprovada pela ANS, e o valor para fins de aplicação dos termos deste contrato edital e anexos do qual faz parte será equivalente à 12 contraprestações mensais, conforme o número de vidas (servidores ativos, inativos, bem como dependentes aderentes ao plano).

Os valores das mensalidades e coparticipações serão reajustados a cada 12 (doze) meses da vigência do contrato, 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.

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

Fica definida como a sinistralidade padrão ideal para a manutenção do equilíbrio econômico financeiro do contrato o percentual de 72% (setenta e dois por cento)

Definidos o índice de reajuste inflacionário e o índice de reajuste por sinistralidade, o índice reajuste do contrato será obtido de acordo com a fórmula abaixo:

$$IR = [(1 + IRS) * (1 + IRI) - 1]$$



Os pagamentos serão realizados pelo **FASS** à **CREDENCIADA**, nos termos disciplinados no edital e anexos, observadas as condições da Lei Complementar municipal nº 412/2011, após a apresentação da competente fatura devidamente liquidada pelo fiscal do contrato.

O custeio das mensalidades dos dependentes, bem como a integralidade da coparticipação, ocorrerão integralmente por conta do titular, e serão descontados pelo FASS e repassados à CREDENCIADA.

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 à plena execução do serviço e demais atribuições e obrigações do edital.

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
2025	
1	Referência
18	FUNDO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO SERVIDOR - FASS
1	Gestao da Assistencia a Saude do Servidor
35	MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO FASS
33390395000000000000	Serviços médico-hospitalar, odontológico e laboratorial
175970000100	Recursos vinculados a fundos

CLÁUSULA QUARTA - PRAZOS

O contrato de prestação de serviço para o objeto em questão, decorrente deste credenciamento, entrará em vigor a contar da data de vigência estabelecida pela ANS, condicionada a publicação de extrato no Diário Oficial dos Municípios – DOM e vigorará por no mínimo 12 meses, podendo ser prorrogado de acordo com a Lei nº 14.133/2021.

Os pedidos de repactuação de preços serão objeto de avaliação e resposta pelo **FASS** no prazo máximo de 15 dias úteis a contar do protocolo do pedido pela **CREDENCIADA**, devidamente instruído dos documentos comprobatórios de seu pedido.



Os pedidos de reequilíbrio econômico financeiro serão avaliados no prazo de 15 dias úteis contados do protocolo do pedido devidamente instruído pela **CREDENCIADA**.

Não serão computados como prazo de análise, os períodos em que o **FASS** diligenciar à CREDENCIADA para maiores informações e esclarecimentos necessários à análise do pleito.

A inobservância dos prazos de análise pelo **FASS** não autorizam suspensão dos serviços, mas apenas e tão somente autorizam a **CREDENCIADA** a requerer ressarcimento de eventual despesa decorrente da demora na análise, quando devida e expressamente comprovada.

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

CLÁUSULA QUINTA - RESPONSABILIDADES DA CREDENCIADA

Fica desde já a **CREDENCIADA** responsável:

- a) Cumprir todas as disposições constantes do Edital de Credenciamento e anexos;
- b) Assumir a responsabilidade pelos ônus e encargos (inclusive os fiscais) resultantes da adjudicação do objeto;
- c) Manter durante o prazo de vigência do Contrato as condições de habilitação e qualificação que lhe foram exigidas na licitação (inclusive o preço);
- d) Manter atualizados seus dados, tais como endereço, telefone, e-mail, WhatsApp, devendo comunicar ao setor de Compras qualquer alteração;
- e) Responsabilizar-se por eventuais danos que vier a causar ao **FASS** ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato;
- f) Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, de acordo com os artigos 14 e 17 a 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078, de 1990), ficando a contratante autorizada a descontar dos pagamentos devidos à contratada, o valor correspondente aos danos sofridos;
- g) Responsabilizar-se por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas na legislação específica, cuja inadimplência não transfere responsabilidade ao **FASS**;
- h) Responsabilizar-se por quaisquer danos pessoais e/ou materiais ocasionados por seus empregados e/ou equipamentos, causados a terceiros e ao Município, em caso de acidentes de trânsito e de trabalho;
- i) Executar os serviços conforme especificado no Anexo I (Termo de Referência), do Edital, com a alocação de profissionais habilitados e com formação técnica adequada para a execução dos serviços contratados;
- j) Fornecer todos os Equipamentos de Proteção Individual - EPI e quando for o caso, Equipamentos de Proteção Coletiva - EPC, aos seus empregados alocados na execução do objeto do contrato, fiscalizando seu uso regular;
- k) Apresentar, sempre que solicitado, registro de trabalho dos funcionários, ficando impedida a



terceirização do serviço;

- l) Instruir seus empregados a respeito das atividades a serem desempenhadas, alertando-os a não executar atividades não abrangidas pelo contrato, devendo a **CREDENCIADA** relatar ao **FASS** toda e qualquer ocorrência neste sentido;
- m) Atender aos chamados do **FASS** durante todo o período do credenciamento, no prazo estipulado neste termo, sem prejuízo das demais obrigações;
- n) Empregar mão-de-obra qualificada e assegurar que seus funcionários tenham recebido treinamento para utilizar os equipamentos e os produtos especializados necessários à execução dos serviços;
- o) Fornecer os serviços no preço, prazo e forma estipulados no Edital;
- p) Responsabilizar-se por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas na legislação específica, cuja inadimplência não transfere responsabilidade ao **FASS**;
- q) Instruir seus empregados a respeito das atividades a serem desempenhadas, alertando-os a não executar atividades não abrangidas pelo contrato, devendo a **CREDENCIADA** relatar ao **FASS** toda e qualquer ocorrência neste sentido, a fim de evitar desvio de função;
- r) Empregar mão-de-obra qualificada e assegurar que seus funcionários tenham recebido treinamento para utilizar os equipamentos e os produtos especializados necessários à execução dos serviços;

CLÁUSULA SEXTA - RESPONSABILIDADES DO FASS

Fica o **FASS** responsável em:

- a) Comunicar a **CREDENCIADA** todas e quaisquer ocorrências relacionadas com o objeto do credenciamento;
- b) Rejeitar no todo ou em parte os serviços que a **CREDENCIADA** executar fora das especificações do Edital;
- c) Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela **CREDENCIADA**, de acordo com as cláusulas contratuais;
- d) Notificar a **CREDENCIADA** por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção. Em caso de impossibilidade de continuar os trabalhos a notificação se transformará em proibição de participação em novos certames pelo prazo de 2 (dois) anos;
- e) Aplicar penalidades as credenciadas, quando for o caso;
- f) Prestar as informações necessárias à perfeita execução do contrato;
- g) Efetuar o pagamento à **CREDENCIADA** no prazo avençado, após a prestação dos serviços e entrega dos relatórios e respectivas Notas Fiscais ao setor competente;
- h) Notificar a **CREDENCIADA**, por escrito, da aplicação de qualquer sanção;
- i) Fiscalizar o contrato de credenciamento, aplicando penalidades inerentes às empresas que descumprirem as regras estabelecidas, inclusive de perda do credenciamento;

CLÁUSULA SÉTIMA - PENALIDADES



Serão aplicadas à **CREDENCIADA**, caso seja responsável pelas infrações administrativas previstas na Lei nº 14.133/2021, no Edital e neste contrato, as seguintes sanções:

- a) Advertência, no caso de incidência na infração administrativa prevista no inciso I do caput do art. 155 da Lei nº 14.133/2021, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave;
- b) Multa no percentual de 20% sobre o valor do contrato, nos casos de incidência nas infrações administrativas previstas no art. 155 da Lei nº 14.133/2021;
 - b.1) O atraso injustificado na execução do contrato sujeitará a **CREDENCIADA** a multa de mora, no percentual de 0,5% do valor do contrato por dia de atraso.
- c) Impedimento de licitar e contratar, nos casos de incidência nas infrações administrativas previstas nos incisos II, III, IV, V, VI e VII do caput do art. 155 da Lei nº 14.133/2021, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave, e impedirá a **CREDENCIADA** responsável de licitar ou contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta do **MUNICÍPIO DE TIMBÓ**, pelo prazo de 3 (três) anos.
- d) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, nos casos de incidência nas infrações administrativas previstas nos incisos VIII, IX, X, XI e XII do caput do art. 155 da Lei nº 14.133/2021, bem como pelas infrações administrativas previstas nos incisos II, III, IV, V, VI e VII do caput do referido artigo que justifiquem a imposição de penalidade mais grave que a sanção referida no § 4º do art. 155, e impedirá a **CREDENCIADA** de licitar ou contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta de todos os entes federativos, pelo prazo de 6 (seis) anos.

Na aplicação das sanções serão considerados a natureza e a gravidade da infração cometida, as peculiaridades do caso concreto, as circunstâncias agravantes ou atenuantes, os danos que dela provierem para a Administração Pública e a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

As sanções de advertência, impedimento de licitar e contratar e declaração de inidoneidade para licitar e contratar poderão ser aplicadas cumulativamente com a penalidade de multa.

Os débitos da **CREDENCIADA** para com o **FASS**, resultantes de multa administrativa e/ou indenizações, poderão ser compensados, total ou parcialmente, com a garantia prestada ou com os créditos devidos pelo **FASS** decorrentes deste mesmo contrato ou de outros contratos administrativos que a **CREDENCIADA** possua com o órgão ora contratante, sem prejuízo da cobrança judicial, na forma regulamentada pela União por meio da Instrução Normativa SEGES/ME nº 26, de 13 de abril de 2022 ou outra que vier a substituí-la.

Na aplicação da sanção de multa será facultada a defesa do **CREDENCIADA** no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação, a qual, não sendo aceita ou deixando de ser apresentada, culminará na cobrança da penalidade, tudo de conformidade com o edital, anexos e este contrato, independentemente das demais medidas editalícias, contratuais e legais cabíveis.

As multas deverão ser pagas junto à Tesouraria da Fazenda Pública Municipal, podendo ser retirada



dos valores devidos à **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.

A aplicação das sanções de impedimento de licitar e contratar e declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, requererá a instauração de processo de responsabilização, a ser conduzido por comissão a ser designada por ato do Chefe do Executivo, composta de 2 (dois) servidores estáveis, que avaliará fatos e circunstâncias conhecidos e intimará o **CREDENCIADA** para, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de intimação, apresentar defesa escrita e especificar as provas que pretenda produzir.

As penalidades serão aplicadas sem prejuízo das demais sanções cabíveis, sejam estas administrativas e/ou penais e/ou civis, previstas na Lei nº. 14.133/2021 e demais atinentes à espécie.

A pena de inidoneidade será precedida de análise jurídica e observará as regras previstas no §6º do art. 156 da Lei nº 14.133/2021.

A aplicação das sanções previstas nesta Cláusula, não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral do dano causado ao **FASS**.

Todas as notificações/intimações serão realizadas por escrito, admitindo-se o **uso de mensagem eletrônica** para esse fim, por meio do email e whatsapp constantes do preâmbulo deste contrato, ficando a **CREDENCIADA** responsável por comunicar o **FASS** em caso de eventual alteração.

CLÁUSULA OITAVA - DA EXTINÇÃO DO CONTRATO

A extinção do contrato poderá ser:

- a) Determinada por ato unilateral e escrito do **FASS**, exceto no caso de descumprimento decorrente de sua própria conduta;
- b) Consensual, por acordo entre as partes, por conciliação, por mediação ou por comitê de resolução de disputas, desde que haja interesse do **FASS**;
- c) Determinada por decisão arbitral, em decorrência de cláusula compromissória ou compromisso arbitral, ou por decisão judicial.

Ocorrerá a extinção do contrato por iniciativa do **FASS**, assegurado o contraditório e a ampla defesa à **CREDENCIADA**, nas seguintes situações:

- I. Não cumprimento ou cumprimento irregular de normas editalícias ou de cláusulas contratuais, de especificações, de projetos ou de prazos;
- II. Desatendimento das determinações regulares emitidas pela autoridade designada para acompanhar e fiscalizar sua execução ou por autoridade superior;



- III. Alteração social ou modificação da finalidade ou da estrutura da empresa que restrinja sua capacidade de concluir o contrato;
- IV. Decretação de falência ou de insolvência civil, dissolução da sociedade ou falecimento do contratado;
- V. Caso fortuito ou força maior, regularmente comprovados, impeditivos da execução do contrato;
- VI. Razões de interesse público, justificadas pelo **FASS**;
- VII. Não cumprimento das obrigações relativas à reserva de cargos prevista em lei, bem como em outras normas específicas, para pessoa com deficiência, para reabilitado da Previdência Social ou para aprendiz.

A **CREDENCIADA** terá direito à extinção do contrato nas seguintes hipóteses:

- I. Supressão, por parte do **FASS**, de serviços que acarrete modificação do valor inicial do contrato além do limite permitido no art. 125 da Lei 14.133/2021;
- II. Suspensão de execução do contrato, por ordem escrita do **FASS**, por prazo superior a 3 (três) meses;
- III. Atraso superior a 2 (dois) meses, contado da emissão da nota fiscal, dos pagamentos ou de parcelas de pagamentos devidos pelo **FASS**;

Nos casos em que a extinção decorrer de culpa exclusiva do **FASS**, a **CREDENCIADA**, será ressarcida dos prejuízos regularmente comprovados, quando os houver sofrido e terá direito à:

- a) devolução da garantia, se houver prestado;
- b) pagamentos devidos pela execução do contrato até a data da extinção;
- c) pagamento do custo da desmobilização.

A extinção do contrato de que trata o inciso I do art. 138 acarretará as consequências previstas no art. 139, ambos da Lei Federal nº 14.133/2021.

CLÁUSULA NONA - DAS ALTERAÇÕES

Eventuais alterações contratuais reger-se-ão pela disciplina dos arts. 124 e seguintes da Lei nº 14.133/2021.

A **CREDENCIADA** é obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se disserem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato.

Registros que não caracterizem alteração do contrato podem ser realizados por simples apostila, dispensada a celebração de termo aditivo, na forma do art. 136 da Lei nº 14.133/2021.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E EVENTUALIDADE E NÃO SUBORDINAÇÃO

A **CREDENCIADA** não poderá transferir, delegar ou ceder, de qualquer forma a terceiros, as



atribuições e responsabilidades deste instrumento, sem o prévio consentimento por escrito do **FASS**.

O objeto do presente contrato observará, além das disposições legais e regulamentares mencionadas, todas as demais normas, regulamentações e legislações aplicáveis à espécie.

A **CREDENCIADA** prestará única e exclusivamente o objeto, não havendo qualquer tipo de subordinação ou vínculo empregatício entre a mesma e o **FASS**, ou seja, o presente instrumento não gera qualquer vínculo trabalhista entre as partes, arcando a **CREDENCIADA** inteiramente com o pagamento de todos os encargos.

A execução do objeto observará, além das disposições legais e regulamentares já mencionadas, todas as demais normas, regulamentações e legislações aplicáveis a espécie.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO MODELO DE GESTÃO

O presente Contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133/2021 e Decreto nº 6770/2023, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

O regime de execução é da empreitada por preço unitário.

As comunicações entre o **FASS** e a **CREDENCIADA** devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim, por meio de email e whatsapp, informados pela **CREDENCIADA** no preâmbulo deste contrato, que se responsabilizará por comunicar o **FASS** em caso de eventual alteração.

A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) designado no Edital e/ou Termo de Referência (ou pelo(s) respectivo(s) substituto(s)), para que sejam cumpridas todas as condições estabelecidas, de modo a assegurar os melhores resultados para a Administração.

O(s) fiscal(is) anotar(ão) no histórico de gerenciamento todas as ocorrências relacionadas à execução do objeto, com a descrição do que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados.

Identificada qualquer inexatidão ou irregularidade, o(s) fiscal(is) emitirá(ão) notificações para a correção da execução, determinando prazo para a correção.

O(s) fiscal(is) informará(ã) ao gestor do contrato, em tempo hábil, a situação que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem sua competência, para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso.

No caso de ocorrências que possam inviabilizar a execução do contrato, o(s) fiscal(is) comunicará(ão) o fato imediatamente ao gestor do contrato.



O(s) fiscal(is) comunicará(ão) ao gestor do contrato, em tempo hábil, o término do contrato sob sua responsabilidade, com vistas à renovação tempestiva ou à prorrogação, se for o caso.

Caso ocorram descumprimento das obrigações contratuais, o(s) fiscal(is) atuará(ão) tempestivamente na solução do problema, reportando ao gestor do contrato para que tome as providências cabíveis, quando ultrapassar a sua competência.

O gestor do contrato coordenará a atualização do processo de acompanhamento e fiscalização do contrato contendo todos os registros formais da execução no histórico de gerenciamento da ata, elaborando relatório com vistas à verificação da necessidade de adequações da ata para fins de atendimento da finalidade da administração.

O gestor do contrato verificará a manutenção das condições de habilitação da contratada, acompanhará o empenho, o pagamento, as garantias, as glosas e anotar os problemas que obstem o fluxo normal da liquidação e do pagamento da despesa no relatório de riscos eventuais.

O gestor do contrato a formalização de apostilamento e termos aditivos, solicitando quaisquer documentos comprobatórios pertinentes, caso necessário.

Coordenará os atos preparatórios à instrução processual e a formalização dos procedimentos de prorrogação, alteração, reequilíbrio, pagamento, eventual aplicação de sanções, extinção dos contratos, dentre outros e emitirá decisão sobre todas as solicitações relacionadas à execução do contrato, no prazo de 30 (trinta) dias contados da instrução do requerimento.

O gestor do contrato acompanhará os registros realizados pelo(s) fiscal(is) do contrato, de todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato e as medidas adotadas, informando, se for o caso, à autoridade superior àquelas que ultrapassarem a sua competência.

O gestor do contrato emitirá documento comprobatório da avaliação realizada pelo(s) fiscal(is), quanto ao cumprimento de obrigações assumidas pela contratada, com menção ao seu desempenho na execução contratual, baseado nos indicadores objetivamente definidos e aferidos, e a eventuais penalidades aplicadas, devendo constar do cadastro de atesto de cumprimento de obrigações.

O gestor do contrato tomará providências para a formalização de processo administrativo de responsabilização para fins de aplicação de sanções, a ser conduzido pela comissão de que trata o art. 158 da Lei nº 14.133, de 2021, ou pelo agente ou pelo setor com competência para tal, conforme o caso.

O gestor do contrato deverá elaborar relatório final com informações sobre a consecução dos objetivos que tenham justificado a contratação e eventuais condutas a serem adotadas para o aprimoramento das atividades da Administração.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL



Ao presente contrato, inclusive quanto aos casos omissos, serão aplicáveis as disposições constantes das Leis Federais nº 9.656/98, 14.133/2021, 8.078/90 e Decreto Municipal nº 6770/2023 e demais preceitos de direito público e, supletivamente, aos princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado, nos termos do art. 89 da Lei nº 14.133/2021.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES PERTINENTES À LGPD

As partes deverão cumprir a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD), quanto a todos os dados pessoais a que tenham acesso em razão do contrato administrativo firmado, a partir da apresentação da proposta no procedimento de contratação, independentemente de declaração ou de aceitação expressa.

Os dados obtidos somente poderão ser utilizados para as finalidades que justificaram seu acesso e de acordo com a boa-fé e com os princípios do art. 6º da LGPD.

É vedado o compartilhamento com terceiros dos dados obtidos fora das hipóteses permitidas em Lei.

O **FASS** deverá ser informado no prazo de 5 (cinco) dias úteis sobre todos os contratos de suboperação firmados ou que venham a ser celebrados pela **CREDENCIADA**.

Terminado o tratamento dos dados nos termos do art. 15 da LGPD, é dever da **CREDENCIADA** eliminá-los, com exceção das hipóteses do art. 16 da LGPD, incluindo aquelas em que houver necessidade de guarda de documentação para fins de comprovação do cumprimento de obrigações legais ou contratuais e somente enquanto não prescritas essas obrigações.

É dever da **CREDENCIADA** orientar e treinar seus empregados sobre os deveres, requisitos e responsabilidades decorrentes da LGPD.

A **CREDENCIADA** deverá exigir de suboperadores e subcontratados o cumprimento dos deveres da presente cláusula, permanecendo integralmente responsável por garantir sua observância.

O **FASS** poderá realizar diligência para aferir o cumprimento dessa cláusula, devendo a **CREDENCIADA** atender prontamente eventuais pedidos de comprovação formulados.

A **CREDENCIADA** deverá prestar, no prazo fixado pelo **FASS**, prorrogável justificadamente, quaisquer informações acerca dos dados pessoais para cumprimento da LGPD, inclusive quanto a eventual descarte realizado.

Bancos de dados formados a partir de contratos administrativos, notadamente aqueles que se proponham a armazenar dados pessoais, devem ser mantidos em ambiente virtual controlado, com registro individual rastreável de tratamentos realizados (LGPD, art. 37), com cada acesso, data, horário e registro da finalidade, para efeito de responsabilização, em caso de eventuais omissões, desvios ou abusos.



Os referidos bancos de dados devem ser desenvolvidos em formato interoperável, a fim de garantir a reutilização desses dados pela Administração nas hipóteses previstas na LGPD.

O contrato está sujeito a ser alterado nos procedimentos pertinentes ao tratamento de dados pessoais, quando indicado pela autoridade competente, em especial a ANPD por meio de opiniões técnicas ou recomendações, editadas na forma da LGPD.

Os contratos e convênios de que trata o § 1º do art. 26 da LGPD deverão ser comunicados à autoridade nacional.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

Para dirimir questões decorrentes deste Contrato, fica eleito o Foro da Comarca de Timbó/SC, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem acertadas as partes assinam o presente instrumento de forma eletrônica, nos termos do §3º do art. 91 da Lei nº 14.133/21 e Lei nº 14.063/2020, para que surta os devidos fins e efeitos legais.

Timbó, ____ de ____ de 2025.

FASS
ROMERO ESPINDOLA E SILVA

CREDENCIADA

FISCAL DE CONTRATO

GESTOR DO CONTRATO
AMANDA ZUMACH

