



Prefeitura de Timbó

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





Prefeitura de Timbó

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**





Prefeitura de Timbó

termos desta lei.

Aludida norma dispõe no Inciso II do §2º do art. 18¹, 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 01/2017², 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.

¹ 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;

² <https://www.timbo.sc.gov.br/licitacao/01-2017-fass/>





Prefeitura de Timbó

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.

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 II³;
- 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:

³ “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.”





Prefeitura de Timbó

“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 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.





Prefeitura 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 devesse 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





Prefeitura de Timbó

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.





Prefeitura de Timbó

A saber, todos os servidores da Prefeitura de Timbó, suas Fundações e Autarquia que possuírem 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





Prefeitura de Timbó

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.





Prefeitura de Timbó

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**.





**Prefeitura
de Timbó**

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.



Prefeitura de Timbó

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;





Prefeitura de Timbó

- 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 contraindicação 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





Prefeitura de Timbó

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.





Prefeitura de Timbó

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.





Prefeitura de Timbó

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 Agencia 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.





Prefeitura de Timbó

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.





Prefeitura de Timbó

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:





Prefeitura de Timbó

- a) **Emergência:** os atendimentos que implicarem 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.





Prefeitura de Timbó

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:**





Prefeitura de Timbó

- 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.





Prefeitura de Timbó

- 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 9º, 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





Prefeitura de Timbó

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:

- 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;
- O recém-nascido sob guarda ou tutela, quando inscrito pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela, ou guarda;
- 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;
- O filho cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente quando inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do reconhecimento.





Prefeitura de Timbó

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
--------	----------------





Prefeitura de Timbó

<p>a) <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;</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





Prefeitura de Timbó

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,





Prefeitura de Timbó

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.





Prefeitura de Timbó

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





Prefeitura de Timbó

(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:

- Qualquer das partes infringir cláusula do presente instrumento;
- Houver fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte da CONTRATANTE;
- 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 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.





Prefeitura de Timbó

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 anotará 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.





Prefeitura de Timbó

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





Prefeitura de Timbó

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.





Prefeitura de Timbó

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:





Prefeitura de Timbó

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	$\frac{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante}}{\text{Patrimônio Líquido}}$	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 virgula, adotando-se as regras matemáticas de arredondamento das demais casas decimais desconsideradas.

Quanto a qualificação técnica:

- 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.
- 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);





Prefeitura de Timbó

- 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 SAÚDE DO SERVIDOR

Ação: 0035 – MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO FASS

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

Referência: 1 – Recursos vinculados a fundos





Prefeitura de Timbó

Timbó, 21 de fevereiro de 2025.

Romero Espíndola e Silva
Presidente do FASS

