



EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO

CRENCIAMENTO 001/2023

Torna-se público, para conhecimento dos interessados, que a Prefeitura Municipal de Itabaiana, Estado de Sergipe, por meio de sua Comissão Permanente de Licitação – CPL, realizará Chamamento Público, objetivando “o CRENCIAMENTO de interessados do ramo de atividade correspondente, para fins de Credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como Operadora na modalidade de Administradora de Benefícios, visando à disponibilização de planos de saúde para prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica, odontológico e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a ser prestada aos membros e servidores ativos e inativos do município de Itabaiana/SE, seus dependentes, e pensionistas, para cobertura, em todo território nacional, de atendimentos médico- hospitalares e ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 1998, pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições, conforme mencionado no Anexo I – Termo de Referência deste edital”, para o período de 12 meses, prorrogáveis nos termos da Lei, regido pela Lei Federal nº 9.656/98 com as alterações e resoluções pertinentes, subsidiariamente pela Lei Federal nº 8.666, de 21/06/93, fundamentada no art. 116 com as alterações posteriores e demais condições fixadas neste instrumento convocatório.

1. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1 A sessão pública de abertura está marcada para a data de início e final da entrega dos documentos: **de 17/03/2023 (dezessete de março de dois mil e vinte e três) à 29/12/2023 (vinte e nove de dezembro de dois mil e vinte e três)**, com horário para entrega dos documentos das **09:00 (nove horas) às 12:00 (doze horas)** na Sala de Licitações do Município



de Itabaiana/SE, situada na Rua Francisco Santos, 160, Bairro Centro, Cep 49.500-067, Itabaiana/SE, onde receberá requerimentos de credenciamento de instituições privadas com ou sem fins econômicos ou filantrópicas, prestadoras dos serviços suso aludidos, em conformidade com seus princípios e conceitos, estabelecidos pela Lei Federal nº 9.656, de 1998, pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; e demais diretrizes, normativas correlatas do Ministério da Saúde, para formalização de ajuste, o qual será processado, no que couber, em conformidade com a Lei Federal nº 8.666/93, com as alterações subsequentes, observadas as demais disposições aplicáveis à espécie, com as exigências estabelecidas neste Edital e seus anexos, atendidas as especificações e formalidades legais e infralegais;

1.2 O Processo de Credenciamento será executado pelo Setor de Licitação da Prefeitura Municipal de Itabaiana/SE, e será organizado pela Comissão Permanente de Licitação – CPL;

1.3 O presente Edital será disponibilizado, na íntegra, no Site Oficial do Município de Itabaiana, no endereço eletrônico <https://itabaiana.se.gov.br/>, podendo, ainda, ser obtido e retirado, gratuitamente (mediante o fornecimento de 1 CD-ROM), na sala da Comissão Permanente de Licitação da Prefeitura Municipal de Itabaiana, onde serão prestados todos os esclarecimentos, caso solicitados pelos interessados, e estando disponível para atendimento nos dias úteis, das 7:00 às 13:00 horas, na Sala de Licitação, descritos no preâmbulo deste Edital;

1.4 O credenciamento será realizado em uma única etapa:

1.4.1 Apresentação da documentação da habilitação;

1.5 Fazem parte deste instrumento convocatório os seguintes anexos:

ANEXO I	ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO: TERMO DE REFERÊNCIA
ANEXO II	CARTA-PROPOSTA PARA CREDENCIAMENTO
ANEXO III	MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA E EMPRESA DE PEQUENO PORTE
ANEXO IV	MODELO DE CARTA DE CREDENCIAMENTO
ANEXO V	MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO E DE SITUAÇÃO REGULAR PERANTE O MINISTÉRIO DO TRABALHO
ANEXO VI	MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS
ANEXO VII	MINUTA DO TERMO DE ACORDO

2 DO OBJETO

- 2.1** Constitui objeto do presente Chamamento Público “o CREDENCIAMENTO e interessados do ramo de atividade correspondente, para fins de Credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como Operadora na modalidade de Administradora de Benefícios, visando à disponibilização de planos de saúde para prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a ser prestada aos membros e servidores ativos e inativos do município de Itabaiana/SE, seus dependentes, e pensionistas, para cobertura, em todo território nacional, de atendimentos médico- hospitalares e ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 1998, pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições, conforme mencionado no Anexo I – Termo de Referência deste edital”;
- 2.2** Só serão contratados os prestadores de serviços que realizarem todos os procedimentos relacionados, de acordo com o **ANEXO I**.

3 DO LOCAL, DA DATA E HORÁRIO PARA ENTREGA DOS ENVELOPES

- 3.1** A entrega dos envelopes contendo os Documentos de Habilitação deverá ser feita na Sala de Licitações da Prefeitura Municipal de Itabaiana, localizado na Rua Francisco Santos, nº. 160, Bairro Centro, Itabaiana/SE, de 17/03/2023 à 29/12/2023, das 09:00h às 12:00h;
- 3.2** Em nenhuma hipótese serão recebidos envelopes fora do prazo estabelecido neste Edital;
- 3.3** O envelope contendo os documentos de habilitação deverá estar lacrado e deverão constar em sua parte externa os seguintes dizeres:



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

Prefeitura Municipal de Itabaiana/SE

Edital de Chamamento Público

Credenciamento nº. 001/2023

Envelope de Credenciamento

(Denominação da proponente e CNPJ)

(Endereço e dados complementares da proponente)

3.4 O envelope deverá conter as informações e os documentos exigidos no item 5 deste Edital.

4 CONSULTAS AO EDITAL E ESCLARECIMENTOS

4.1 Cópia deste instrumento convocatório estará disponível na internet, no site deste município, no endereço <https://itabaiana.se.gov.br>, isento de custos, podendo ainda ser obtido junto à Comissão Permanente de Licitação, na Prefeitura Municipal de Itabaiana, Estado de SERGIPE, localizada na Rua Francisco Santos, nº 160, Centro, Itabaiana/SE, de segunda a sexta, no horário de 07h00 às 12h00 horas;

4.2 As empresas e/ou representantes que consultarem o instrumento convocatório via internet ou no quadro de avisos da Prefeitura, obrigam-se a acompanhar as publicações referentes a este processo no site <https://itabaiana.se.gov.br> e as publicações no Diário Oficial do Município (D.O.M), com vista a possíveis alterações e avisos;

5 DAS CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO

5.1 Habilitação Jurídica:

- a) Certidão, no caso de empresário individual;
- b) Ato constitutivo, (estatuto, contrato social ou certificado) em vigor, e de todas alterações ou da consolidação respectiva, devidamente registrado, em se tratando de sociedade empresária e sociedade simples, e quando for o caso, acompanhado de documento comprovando os seus administradores;

5.2 Regularidade Fiscal, Trabalhista e Econômico/Financeira:

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- b) Certidão Negativa ou Positiva Com Efeitos de Negativa de débito com a Fazenda Municipal referente aos tributos municipais (mobiliários);
- c) Certidão de regularidade de débito para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- d) Certidão Negativa ou Positiva Com Efeitos de Negativa de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União.



- e) Certidão Negativa ou Positiva Com Efeitos de Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), para comprovação da inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho.

5.3 Qualificação Econômico-Financeira

- a) Certidão negativa de FALÊNCIA, RECUPERAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, em data de emissão não anterior a 90 (noventa) dias da data da abertura do certame, se outro prazo não constar do documento.

OBS: Nos casos em que a certidão estiver positiva para recuperação judicial ou extrajudicial, a empresa deverá apresentar a comprovação de que o plano de recuperação foi homologado judicialmente, nos termos do art. 58 da Lei nº 11.101/2005, devendo ainda, demonstrar os demais requisitos para habilitação econômico-financeira como qualquer outro licitante.

5.4 Regularidade Técnica e Proposta de preços:

- a) Atestado de capacidade técnica, emitido por entidades públicas ou privada comprovando que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadora devidamente registrada na ANS;
- b) Proposta de preços dos Planos de Saúde de, no mínimo 01 (uma) operadora indicadas pela Administradora de Benefícios para o(s) respectivo(s) plano(s) ofertado(s) na forma constante do Anexo I deste Edital e conforme modelo disponibilizado no Anexo II deste edital;
- c) Declaração comprometendo-se em disponibilizar a todos os beneficiários, na área de abrangência geográfica da Região que pertence o município de Itabaiana e Região Metropolitana de Sergipe, uma rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais descritos no Anexo I deste Edital;
- d) Documento comprobatório que esteja devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009.
- e) Declaração expedida pela ANS de que possuem profissional médico habilitado e registrado no Conselho Regional de Medicina, observando o que dispõe a Resolução Normativa ANS nº 255/2011, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários;



- f) Certidão expedida pela ANS de que a empresa Administradora de Benefícios atende às exigências de ativos (depósitos) garantidores, exigível na forma da lei, conforme Resolução Normativa ANS nº 203, de 1º/10/2009.

5.5 OUTRAS COMPROVAÇÕES:

- a) O licitante que cumprir os requisitos legais para qualificação como Microempresa (ME) ou Empresa de Pequeno Porte (EPP), art.2º da Decreto nº 105/2016, e que não estiver sujeito a quaisquer dos impedimentos constantes do decreto suso aludido, deverá comprovar sua condição, na habilitação por meio de uma declaração, conforme modelo constante no **Anexo III – Modelo de Declaração de Microempresa e Empresa de Pequeno Porte**.
- b) Declaração do licitante demonstrando a regularidade no cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente, conforme dispõe o art. 7º, Inciso XXXIII, da Constituição Federal, e para fins do disposto no art. 1º da Lei Federal nº 9.854, de 27/10/1999, combinado com o art. 1º do Decreto Federal nº 4.358, de 05/9/2002, e no objetivo de cumprir a exigência do Inciso V, do Artigo 27 da Lei nº 8.666, de 21/6/1993, conforme modelo sugerido no **Anexo V – Modelo de Declaração**.

5.6 Os documentos poderão ser apresentados por original, ou por qualquer processo de cópia reprográfica autenticada por Tabelião ou por publicação em órgão da imprensa oficial na forma da lei ou cópia simples por meio do cotejo do documento original para autenticação por funcionário do Município.

5.7 A aceitação dos documentos obtidos via Internet ficará condicionada à confirmação de sua validade, também por esse meio, se dúvida houver quanto à sua autenticidade, por funcionário do Município.

5.8 Para efeito de validade das certidões de regularidade de situação perante a Administração Pública, se outro prazo não constar da lei ou do próprio documento, será considerado o lapso de 90 (noventa) dias contados a partir da data de sua expedição.

5.9 O licitante que apresentar declaração falsa responderá por seus atos, civil, administrativo e penalmente.

5.10 Caso não utilizada a faculdade prevista no subitem 5.5 alínea “b”, será considerado que o licitante optou por renunciar aos benefícios previstos.

6 DA REPRESENTAÇÃO DOS PROPONENTES:

6.1 Cada proponente deverá apresentar, ANEXO AO ENVELOPE, o respectivo ato constitutivo e todas as alterações, ou a consolidação, juntamente com a carta de credenciamento, nos termos do modelo que compõe o Anexo IV deste edital, em papel timbrado da proponente subscrita pelo seu representante legal, com firma reconhecida, ou procuração, assinada também por seu representante legal, designando uma pessoa para representá-la, credenciada com poderes perante a Comissão Permanente de Licitação para todos os atos relativos à presente licitação, em especial para interpor recursos ou desistir de sua interposição, com firma reconhecida, nos moldes do **ANEXO IV**, integrante deste Edital.

6.1.1 Somente poderá manifestar-se nas reuniões e solicitar que sejam consignados assuntos nas atas de reuniões da Comissão de Licitação:

- a) Representante legal da empresa, indicado em seu contrato social e portando documento oficial de identidade original, vedada a apresentação de fotocópia, salvo se autenticada por cartório;
- b) Procurador, munido de procuração pública ou particular com firma reconhecida em cartório e portando documento oficial de identidade original, vedada a apresentação de fotocópia, salvo se autenticada por cartório;

Parágrafo Único: A carta de credenciamento, pública ou particular (com firma reconhecida), conferirá poderes ao representante para atuar em nome da proponente nesta licitação, com poderes para examinar as propostas, impugná-las, oferecer recursos e exercer todas as prerrogativas previstas neste Edital e na Lei Federal 8.666/93. O representante oficialmente indicado, conforme o modelo apresentado no **ANEXO IV – Modelo de Procuração**, deverá estar obrigatoriamente munido de cédula oficial de identidade, sob pena de não ser admitida a sua atuação.

7 DO CREDENCIAMENTO:

7.1 Estejam devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009 da ANS, comprovando mediante apresentação de documento hábil.

7.2 Que não estejam sob processo de falência, recuperação judicial ou extrajudicial, concurso de credores, em dissolução ou liquidação.



- 7.3 Que não estejam sob pena de interdição de direitos, previstos na Lei nº 9.605/98.
- 7.4 Que não estejam reunidas em consórcio e sejam controladoras coligadas ou subsidiárias entre si, ou ainda, quaisquer que sejam sua forma de constituição.
- 7.5 Estrangeiras que não funcionem no país.
- 7.6 Cooperativas, sob nenhuma forma.
- 7.7 Não poderá participar, direta ou indiretamente do presente processo, servidor ou dirigente do Município ou responsável pela licitação, conforme Art. 9º, III, § 3º, da Lei nº 8.666/93 e suas alterações.
- 7.8 PLANOS A SEREM OFERTADOS:
- 7.8.1 Os planos a serem ofertados deverão compreender as coberturas descritas no Termo de Referência - Anexo I, para que o servidor possa fazer jus ao auxílio de caráter indenizatório, no valor per capita fixado pela Coordenadoria de Recursos Humanos devendo o servidor complementar o custeio desses planos.
- 7.8.2 Os planos oferecidos aos beneficiários do município de Itabaiana/SE deverão ser planos tipos privados coletivos empresariais, conforme estabelecido no Termo de Referência – Anexo I.

8 DA FORMA E LOCAL DE ENTREGA DO ENVELOPE “DOCUMENTOS”

- 8.1 Os “DOCUMENTOS”, deverão ser protocolados no período de 17/03/2023 (dezessete de março de dois mil e vinte e três) à 29/12/2023 (vinte e nove de dezembro de dois mil e vinte e três), no local supra indicado, em envelope único, fechado, em identificação externa do seu conteúdo, na forma descrita abaixo, cumpre informar que a análise poderá ocorrer no mesmo dia, ou posteriormente, com divulgação do resultados nos meios de comunicação do município, de forma hodierna, sendo aberto em sessão pública a ser realizada no mesmo dia, das 09h00min às 12h00min, observado o devido processo legal:

**À COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
MUNICÍPIO DE ITABAIANA – SE**

**EDITAL DA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2023
DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO NO PROCESSO DE CREDENCIAMENTO Nº
001/2023**

RAZÃO SOCIAL/CNPJ/ENDEREÇO

**ENTREGA EM ENVELOPE FECHADO E IDENTIFICADO: __/__/2023 ATÉ ÀS
__H__MIN**

DATA/HORA DA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS: __/__/2023 ÀS __H__MIN.



- 8.1.1 A Comissão de Licitação não se responsabilizará por documentação enviada via postal ou entregue em outros setores que não sejam o acima especificado.
- 8.2 A simples apresentação do envelope com a documentação submete o interessado às condições estipuladas neste Edital e seus anexos.
- 8.3 Serão inabilitados os interessados que apresentarem documentos incompletos, ilegíveis, com emendas, rasuras ou qualquer irregularidade, bem como aqueles que não atenderem às exigências deste Edital, salvo as situações que ensejarem a aplicação do disposto no subitem 9.3.1.
- 8.4 O licitante que apresentar declaração falsa responderá por seus atos, civil, administrativo e penalmente.

9 DO JULGAMENTO

9.1 Considerar-se-á habilitada a pessoa jurídica que apresentar corretamente e em tempo hábil, toda a documentação exigida.

9.2 A inabilitação importa em perda do direito de credenciamento.

9.3 DA PARTICIPAÇÃO DE MICROEMPRESAS (ME), EMPRESAS DE PEQUENO PORTE (EPP) que atenderem o previsto no item 5.5, alínea “b”;

9.3.1 Nos termos dos arts. 42 e 43 da Lei Complementar nº 123/06 e artigo 30 da Lei Municipal nº 3.222/2011, as MEI, ME e EPP deverão apresentar toda a documentação exigida no **Edital**, mesmo que esta apresente alguma restrição com relação à regularidade fiscal;

- a) Havendo alguma restrição com relação à regularidade fiscal, será assegurado as MEI, ME e EPP o prazo de 05 (cinco) dias úteis, cujo termo inicial corresponderá ao momento em que a licitante for declarada a vencedora do certame, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito, e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de certidão negativa.
- b) A não regularização da documentação no prazo previsto acima implicará na decadência do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas no art. 81 da Lei 8.666/93, sendo facultado à Administração convocar os licitantes remanescentes, na ordem de classificação, para contratação, ou revogar a licitação.

9.4 As dúvidas porventura surgidas no decorrer da abertura do envelope (documentação), em sendo possível, serão dirimidas pela Comissão Permanente de Licitação na própria reunião, com a respectiva consignação em ata, ou darão ensejo à suspensão da reunião para análise pelos membros da Comissão, que fixarão nova data para prosseguimento dos trabalhos.

9.5 Quando todos os licitantes forem inabilitados, a Administração poderá fixar aos licitantes o prazo de oito dias úteis para a apresentação de nova documentação ou de outras propostas



escoimadas das causas que ensejaram a inabilitação ou a desclassificação, nos termos do § 3º do artigo 48, Lei 8.666/93.

10 DO CHAMAMENTO DOS CREDENCIADOS HABILITADOS PARA ASSINATURA DO CONTRATO

- 10.1 Para o fiel cumprimento das obrigações assumidas será firmado Termo de Acordo com as Administradoras de Benefícios aptas, com vigência de 12 meses, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por mútuo acordo entre as partes, mediante termo aditivo, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme minuta constante do Anexo VI, a qual será adaptada à proposta das empresas habilitadas;
- 10.2 O Município de Itabaiana/SE convocará as Administradoras de Benefícios aptas ao credenciamento, para assinar o do Termo de Acordo, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da notificação para comparecer à Administração, sob pena de decair do direito ao credenciamento;
- 10.2.1 O prazo estabelecido no subitem 10.2 para assinatura do Termo de Acordo poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, quando solicitado pela Administradora de Benefícios durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado e aceito pelo Município de Itabaiana/SE.

10.3 DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

- 10.3.1 Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:
- 10.3.2 Multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados à(s) operadora(s), do Plano de Saúde, por ventura, inadimplente(s), indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;
- 10.3.2.1 Multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculado à(s) operadora(s) do Plano de Saúde indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, no caso de inexecução total dos serviços;
- 10.4 Suspensão temporária do Termo de Acordo;
- 10.5 Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante à autoridade que aplicou a penalidade;
- 10.6 As sanções previstas nos subitens 10.3.2. e 10.3.2.1 poderão ser aplicados concomitantemente com as dos subitens 10.4.e 10.5, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;
- 10.7 São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no presente Edital, no Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao Município de Itabaiana/SE apuradas em processo administrativo.

11 DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS AOS BENEFICIÁRIOS

- 11.1 O Município de Itabaiana/SE realizará o acompanhamento da execução dos serviços prestados aos beneficiários, bem como fará o monitoramento do atendimento, por meio de relatórios gerenciais que deverão ser apresentados conforme exigências constantes do Termo



de Referência - Anexo I, devendo as ocorrências ser registradas em relatórios anexados ao processo do(s) credenciado(s).

12 DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

12.1 DO PAGAMENTO:

12.1.1 O pagamento será realizado mediante consignação em folha ou autorização de débito na conta corrente indicada no ato de adesão pelo beneficiário, ou mediante boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.

12.2 DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

12.2.1 Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Município de Itabaiana/SE a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

13 DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL E DA INTERPOSIÇÃO DE RECURSOS ADMINISTRATIVOS

13.1 Decairá do direito de impugnar os termos do Edital o licitante que não o fizer até o 2º (segundo) dia útil que anteceder a abertura dos envelopes de habilitação, conforme disposto no § 2º do Art. 41, da Lei nº 8.666/93.

13.2 Sem prejuízo do prazo citado do subitem anterior, a impugnação será decidida no prazo de 03 (três) dias úteis, observando em qualquer caso o disposto no § 3º do Art. 41, da Lei nº 8.666/93.

13.3 A impugnação será dirigida à Comissão Permanente de Licitação e, feita tempestivamente pelo licitante, não o impedirá de participar do processo licitatório até o trânsito em julgado da decisão administrativa a ela pertinente.

13.4 Os recursos deverão ser apresentados por escrito e protocolados no Setor de Licitação da Prefeitura Municipal de Itabaiana, situado na Rua Francisco Santos, nº. 160, Centro, Itabaiana/SE, dirigidos à Comissão Permanente de Licitação.

13.5 Conforme faculta o artigo 109 da Lei Federal nº 8666/93, as licitantes que se julgarem prejudicadas, poderão interpor recurso contra a decisão da Comissão Permanente de Licitação, no curso do procedimento licitatório;

13.6 Deverão ser observados os pressupostos de admissibilidade recursal: legitimidade; interesse de recorrer; a existência de ato administrativo decisório; tempestividade; a forma escrita; fundamentação; pedido de nova decisão.

13.7 Os recursos serão opostos no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da intimação da decisão ou da lavratura da ata se presente na sessão a licitante interessada em recorrer, e terão os efeitos previstos em lei.

13.8 Das decisões de anulação ou revogação da licitação e de aplicação das penas de advertências, suspensão temporária ou de multa, caberá recurso à Comissão de Licitações por intermédio daquela que proferiu a decisão.

13.9 Interposto o recurso, dele será dada ciência às demais licitantes, que poderão impugná-lo no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis.

13.10 Os recursos e impugnações do edital deverão ser protocolados e encaminhados ao “Setor de Licitação” do Município de Itabaiana/SE, situado a Rua Francisco Santos, nº 160, centro, aos cuidados da Comissão Permanente de Licitação, no horário de 07h as 13h, onde será emitido comprovante de recebimento.

13.11 Para Impugnação do edital ou interposição de recursos, o interessado ou licitante deverá apresentar junto com suas razões, os documentos necessários que identifiquem a empresa ou pessoa física (caso não seja sócio ou proprietário, deverá apresentar Procuração), bem como que identifiquem suas alegações.



13.12 O Município de Itabaiana/SE não se responsabilizará por recursos e impugnações endereçadas via postal ou por outras formas, entregues em locais diversos do Setor de Licitação e, que, por isso, não sejam entregues no prazo legal.

14 DOS ESCLARECIMENTOS E DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1 As dúvidas surgidas na aplicação deste Edital serão esclarecidas pela Comissão Permanente de Licitações, facultando-se aos interessados formularem consultas até o 3º (terceiro) dia útil antecedente à data da realização da licitação para o credenciamento.

14.1.1 As consultas deverão ser feitas à Comissão Permanente de Licitações através da Internet pelo e-mail licitacao.pmita@gmail.com.

14.2 É de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações disponíveis no endereço eletrônico <https://itabaiana.se.gov.br> e/ou divulgadas na Imprensa Oficial.

14.3 Nenhuma indenização será devida aos participantes pela elaboração e/ou apresentação de documentação relativa ao presente Edital do Chamamento Público, ou ainda, por qualquer outro motivo alegado em relação a este processo de Chamamento Público.

14.4 A inobservância, em qualquer fase do processo de credenciamento no Chamamento Público, por parte do interessado, dos prazos estabelecidos em notificações pessoais ou gerais, será caracterizada como desistência, implicando sua exclusão do certame.

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

14.6 Integram o presente Edital, dele fazendo parte integrante, os seus Anexos.

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

14.8 O credenciamento será permitido a qualquer momento, de qualquer interessado, desde que atenda aos requisitos fixados no regulamento.

14.9 Fica eleito o foro da comarca de Itabaiana/SE para conhecimento e decisão de quaisquer questões oriundas do Instrumento Contratual.

Itabaiana/SE, 14 de fevereiro de 2023.

Danielle Silva Telles
Presidente da CPL



CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2023 ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO

1.1. Credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como Operadora na modalidade de Administradora de Benefícios, visando à disponibilização de planos de saúde para prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a ser prestada aos membros e servidores ativos e inativos do Município de Itabaiana/SE, seus dependentes, e pensionistas, para cobertura, em todo território nacional, de atendimentos médico-hospitalares e ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998, pela Resolução Normativa nº 465, de 21 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.

2. DA CONCEITUAÇÃO

Para fins deste documento, considera-se:

- 2.1. **USUÁRIOS** - os inscritos no Programa de Assistência à Saúde, na condição de beneficiários ativos e inativos, dependentes e pensionistas.
 - 2.2. **BENEFICIÁRIO TITULAR** – membros e servidores efetivos ativos e inativos, os ocupantes de cargos comissionados e contratados, servidores requisitados e os pensionistas do Município de Itabaiana/SE.
 - 2.3. **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** – grupo familiar do Beneficiário Titular, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Termo de Referência.
 - 2.4. **PENSIONISTA** – beneficiário de pensão do Extinto Regime de Previdência Social da PMLS, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Termo de Referência.
 - 2.5. **AGREGADO** – membro do grupo familiar do beneficiário titular, que não atende à condição de dependente, na forma estabelecida no item 3.4 deste Termo de Referência.
 - 2.6. **MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR** - O valor correspondente ao plano de saúde contratado perante a administradora de benefícios, referente ao grupo familiar, para pagamento na forma escolhida, indicada no ato da adesão do beneficiário titular.
- 2.1. **REDE CREDENCIADA** – hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Programa de Assistência à Saúde pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.
 - 2.2. **ABRANGÊNCIA DA REDE** – localidades em que as operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, deverão oferecer rede credenciada na área de abrangência geográfica da região a que pertence o município de Itabaiana/SE e



Região Metropolitana de Sergipe ofertados pelas operadoras, com a qual o Município de Itabaiana/SE celebrará Acordo de Cooperação devendo disponibilizar serviços de Assistência Médico-Hospitalar, onde ofertará, no mínimo 3 (três) operadoras prestadoras dos serviços de plano de saúde nacionais, podendo, ainda, apresentar operadoras com produtos regionais.

- 2.3. OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE – empresa responsável pela prestação de assistência médica, ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Nacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, e atendimentos médico- hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998, pela Resolução Normativa nº 465, de 21/02/2021, e demais resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros(as) profissionais/instituições.
- 2.4. TIPOS DE PLANOS – A Administradora deverá oferecer plano de saúde na modalidade com e/ou sem co-participação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.
- 2.5. PLANO BÁSICO - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria.
- 2.6. PLANO ESPECIAL – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo, com direito a acompanhante.
- 2.7. PLANO ESPECIAL PLUS – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada – hospitais de alto custo.
- 2.8. UTI MÓVEL – compreende a prestação de assistência de Pronto Socorro Móvel de Emergência Médica, para todos os tipos de planos, na forma disciplinada neste Termo de Referência.
- 2.9. REMOÇÃO - deslocamento dos usuários para o atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Termo de Referência, de acordo com a Resolução Normativa da ANS nº 259/2011, para garantir os prazos máximos de atendimento.
- 2.10. TERMO DE ADESÃO – termo que formaliza a adesão da entidade vinculada ao Termo de Acordo firmado entre o Município de Itabaiana/SE e a Administradora de Benefícios.
- 2.11. CO-PARTICIPAÇÃO – é o valor que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

3. DOS BENEFICIÁRIOS

- 3.1. São considerados beneficiários titulares membros e servidores efetivos ativos e inativos os ocupantes de cargos comissionados e contratados, servidores requisitados e os pensionistas do Município de Itabaiana/SE.
- 3.2 São considerados beneficiários dependentes:
 - 3.2.1 o cônjuge ou companheiro(a) em união estável;
 - 3.2.2 o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
 - 3.2.3 a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;



3.2.4 os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

3.2.5 os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do beneficiário titular e, concomitantemente, estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;

3.2.6 o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos itens 3.2.4 e 3.2.5;

3.2.7 a existência de dependentes constantes nos itens 3.2.1 e 3.2.2 inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante do item 3.2.3;

3.2.8 o pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependente economicamente dos beneficiários titulares, conforme declaração anual de imposto de renda e, ainda, que constem no respectivo assentamento funcional, desde que o beneficiário titular assumam o valor do custeio, observados os mesmos valores por ele contratados;

3.3 A Administradora de Benefícios poderá admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde pertencente ao grupo familiar do beneficiário titular, desde que o titular assumam integralmente o respectivo custeio.

3.3.1 Para fins do item 3.4, são considerados membros do grupo familiar do membro ou servidor:

3.3.1.1 mãe, pai, madrasta e padrasto;

3.3.1.2 os filhos e enteados que não satisfaçam as condições dos itens 3.2.4 e 3.2.5;

3.3.1.3 os irmãos; e

3.3.1.4 os netos.

4. RELAÇÃO DE SERVIDORES POR FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE DE SERVIDORES
14 – 18	07
18 – 21	53
21 – 25	219
25 – 30	378
30 – 40	832
40 – 50	938
50 – 60	732
60 – 65	125
65 +	64
TOTAL	3.348



5. DO PLANO DE CONTINUIDADE

5.1 DO APOSENTADO:

5.2 Aos beneficiários com vínculo empregatício com a CONTRATANTE, que tenham contribuído para o presente Plano, desligados do quadro de pessoal da CONTRATANTE, por haverem adquirido direito a aposentadoria, e aos aposentados que continuaram a exercer suas funções na CONTRATANTE após a sua aposentadoria e dela vem a se desligar, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de Trabalho, desde que:

5.2.1 assumam o pagamento integral atualizado da mensalidade estabelecido na Tabela de Custos por Faixa Etária anexa ao presente;

5.2.2 manifeste a opção pela manutenção do plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da comunicação da aposentadoria ou do desligamento da CONTRATANTE.

5.3 A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta cláusula é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do ex-empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

5.4 A obrigatoriedade de que trata o subitem anterior não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar, e nem exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos durante a manutenção como INATIVO.

5.5 Não será permitida a manutenção na condição de INATIVO de que trata esta Cláusula, apenas do dependente sem a participação do titular aposentado, exceto nos casos de morte deste.

5.6 A permanência no Plano, ora aludida, está vinculada aos seguintes prazos:

5.6.1 Se o aposentado contribuiu para o presente plano por período igual ou superior a dez (10) anos, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, como beneficiário, por prazo indeterminado.

5.6.2 Se o aposentado contribuiu para o presente plano por período inferior a dez (10) anos, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

5.7 O direito assegurado na presente Cláusula extingue na ocorrência das seguintes hipóteses:

- a) pelo decurso do prazo previsto no subitem anterior;
- b) pela admissão do beneficiário aposentado em novo emprego;
- c) pelo não pagamento das mensalidades.

5.8 Em caso de morte do ex-empregado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes, ao tempo que faltar, inclusive nas hipóteses em que o beneficiário aposentado continuava a trabalhar na CONTRATANTE.



5.9. O prazo de 30 dias para a manifestação do ex-servidor não é passível de prorrogação, sendo certo que, se o ex-servidor não manifestar o interesse em permanecer no plano como beneficiário, não mais poderá fazê-lo.

5.10. Uma vez manifestado o interesse em permanecer no plano, o ex-servidor deverá preencher e assinar instrumento jurídico específico na sede administrativa CONTRATADA, no prazo de 10 dias.

5.11. Para fins do disposto nesta cláusula, não é considerada contribuição, os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação ou franquias do beneficiário, paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar.

5.12. Os direitos previstos neste contrato, não excluem vantagens obtidas pelos beneficiários com vínculo empregatício decorrente de negociação coletiva de trabalho.

5.13. Em caso de rescisão ou cancelamento do presente contrato, o benefício previsto nesta cláusula estará automaticamente cancelado, devendo a CONTRATADA oferecer aos beneficiários inscritos a possibilidade de migrar para um plano individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novas carências.

5.14. A garantia de que trata o item anterior estará condicionada a manutenção pela CONTRATADA de um plano individual/familiar registrado na ANS.

6 - DO DEMITIDO OU EXONERADO

6.1 Para fins do presente contrato, entende-se por **CONTRIBUIÇÃO** qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquias paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica;

6.2 Para fins do presente contrato, entende-se por **MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL**, as mesmas segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos;

6.3 Para fins do presente contrato, entende-se por **NOVO EMPREGO** o novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-servidor em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;

6.4 Para fins do presente contrato, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, é assegurado ao empregado os direitos aqui previstos, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência à saúde.

6.5 Para fins do presente contrato, fica assegurado aos beneficiários inativos e seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário



garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, a possibilidade de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em outra operadora.

7. DAS DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS GERAIS ACERCA DO PLANO DE CONTINUIDADE DO DEMITIDO OU EXONERADO E DO APOSENTADO

7.1 Fica estabelecido pelas partes CONTRATANTE e CONTRATADA que:

- a) quando da inclusão do beneficiário no plano, a CONTRATADA se obriga a entregar além dos documentos já previstos no presente Contrato, também, a cópia da Tabela de Custos Por Faixa Etária devidamente atualizada, que será adotada em caso da opção do beneficiário demitido, exonerado ou aposentado pela manutenção no plano como INATIVO.
- b) os beneficiários INATIVOS, demitidos ou exonerados e aposentados, deverão pagar a Taxa Mensal de Manutenção estabelecida na Tabela de Custos por Faixa Etária, anexa ao presente instrumento, dele fazendo parte integrante para todos os fins, devidamente atualizada, diretamente para a CONTRATADA através de boleto bancário, sendo aplicável e eles as regras de pagamento constantes de documento específico.
- c) em caso de atraso no pagamento da MENSALIDADE, o beneficiário INATIVO deverá pagar uma multa moratória de 2% (dois por cento) do débito em aberto, acrescido o principal e mais correção apurada pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados dias a dia.
- d) em caso de inadimplência do beneficiário INATIVO no pagamento das mensalidades superior a 30 (trinta) dias, a CONTRATADA poderá proceder a exclusão do plano de saúde do beneficiário TITULAR inadimplente, e de seus dependentes, se houver.
- e) não haverá distinção quanto ao valor da mensalidade entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e a este vinculados, EXCETO NO QUE SE REFERE AOS BENEFICIÁRIOS INATIVOS, quando adotado o critério de preço único.

8. DO PLANO DE CONTINUIDADE DO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA

8.1 Aos beneficiários com vínculo empregatício com a CONTRATANTE, que tenham contribuído mensalmente para o financiamento do presente Plano, desligados do quadro de pessoal da CONTRATANTE, por haverem sido demitidos sem justa causa, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de Trabalho, desde que:

- a) assumo o pagamento integral atualizado da mensalidade estabelecido na Tabela de Custos por Faixa Etária anexa ao presente;
- b) manifeste a opção pela manutenção do plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador ora CONTRATANTE, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado.

8.2 A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta cláusula é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do ex-servidor inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.



8.3 A obrigatoriedade de que trata o subitem anterior não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-servidor, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar, e nem exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos durante a manutenção como INATIVO.

8.4 Não será permitida a manutenção na condição de INATIVO de que trata esta Cláusula, apenas do dependente sem a participação do titular demitido, exceto nos casos de morte deste.

8.5 A permanência no Plano, ora aludida, está vinculada aos seguintes prazos:

a) O período pelo qual o ex-servidor poderá permanecer como beneficiário no plano é de 1/3 do tempo que contribuiu para o plano, com um mínimo assegurado de 6 meses e um máximo de 24 meses.

8.6 O direito assegurado na presente Cláusula extingue na ocorrência das seguintes hipóteses:

- a) pelo decurso do prazo previsto no subitem anterior;
- b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa em novo emprego;
- c) pelo não pagamento das mensalidades;

8.7 Em caso de morte do ex-servidor, o direito de permanência é assegurado aos dependentes, ao tempo que faltar.

8.8 O prazo de 30 dias para a manifestação do ex-servidor não é passível de prorrogação, sendo certo que, se o ex-servidor não manifestar o interesse em permanecer no plano como beneficiário, não mais poderá fazê-lo.

8.9 Uma vez manifestado o interesse em permanecer no plano, o ex-servidor deverá preencher e assinar instrumento jurídico específico na sede administrativa da CONTRATADA, no prazo de 10 dias.

8.10 Não será considerada contribuição os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação do consumidor, paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar.

8.11 A garantia prevista nesta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos ex-servidores decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

8.12 Em caso de rescisão ou cancelamento do presente contrato, o benefício previsto nesta cláusula estará automaticamente cancelado, devendo a CONTRATADA oferecer aos beneficiários inscritos a possibilidade de migrar para um plano individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novas carências.

8.13 A garantia de que trata o item anterior estará condicionada a manutenção pela CONTRATADA de um plano individual/familiar registrado na ANS.



9. DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

- 9.1 A inclusão de beneficiários no Programa de Assistência à Saúde far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa perante a Administradora de Benefícios.
- 9.2 É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este Termo de Referência.
- 9.3 O Beneficiário Titular disporá do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação da Administradora de Benefícios, para solicitar as suas adesões e dos seus dependentes, se for o caso, no Programa de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após esse prazo os beneficiários cumprirão as carências determinadas pela ANS.
- 9.4 O Beneficiário Titular que ingressar no Município de Itabaiana/SE após a data a que se refere o subitem 5.3, disporá do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrar em exercício, para solicitar a sua inclusão e dos seus dependentes, se for o caso, no Programa de Assistência à Saúde, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruir dos serviços abrangidos. Após esse prazo, o beneficiário deve cumprir as carências determinadas pela ANS.
- 9.5 Os pensionistas e demais beneficiários titular falecido durante a vigência do contrato poderão permanecer no Programa de Assistência à Saúde, desde que façam a opção por permanecer na titularidade do plano junto a Coordenação de Recursos Humanos, após a publicação do ato de concessão, e terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a opção. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências determinadas pela ANS.
- 9.6 Os membros e servidores ativos permanentes do Município de Itabaiana/SE, incluídos no Programa de Assistência à Saúde, não serão excluídos ao passarem à inatividade, salvo se solicitarem expressamente a sua exclusão, o que implicará exclusão também a dos seus dependentes.
- 9.7 Os dependentes que adquirirem essa condição por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade após a inclusão inicial de membros e servidores ativos e inativos terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no Programa de Assistência à Saúde, sob pena do cumprimento da carência determinadas pela ANS.
 - a) Aqueles que perderem a condição de elegibilidade poderão seguir a regra do subitem 3.4.1.
 - b) Fica sujeita à carência determinadas pela ANS a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo Beneficiário Titular, ou por perda da condição de dependente.
 - c) É garantida aos membros e servidores efetivos ativos e inativos, os ocupantes de cargos comissionados e contratados, servidores requisitados e os pensionistas a manutenção no Plano de Saúde, após a perda do vínculo com Município de Itabaiana/SE, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio, por meio de débito em conta corrente ou boleto bancário.
 - d) Poderá a Administradora de Benefícios, manter o servidor requisitado como beneficiário do Plano de Saúde, após a perda do vínculo com o Município de Itabaiana/SE, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.
- 9.8 A solicitação de inscrição de beneficiário no Programa de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.



PERÍODO DE INSCRIÇÃO	INÍCIO DE VIGÊNCIA
1º ao 15º dia	1º dia do mês subsequente.
16º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente.

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

PERÍODO DE EXCLUSÃO	FIM DE VIGÊNCIA
1º ao 15º dia	1º dia do mês subsequente.
16º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente.

9.10 Caberá ao Município de Itabaiana/SE a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos membros e servidores ativos e inativos, seus dependentes, e pensionistas, indicando a relação de parentesco dos dependentes com o membro ou servidor, quando solicitados pela Administradora de Benefícios.

9.11 Poderá haver transferência de plano inferior para superior, ou vice-versa, desde que obedecidas às condições estabelecidas pelas operadoras disponibilizadas pelas administradoras.

9.12 Os atuais beneficiários do Município de Itabaiana/SE poderão manter os contratos nos planos de saúde firmados com a Administradora de Benefícios anteriormente credenciada, caso essa venha a ser habilitada no presente certame.

10. DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

- 10.1 A exclusão do titular no Programa de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de ato que implique a suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e outras situações previstas em Lei.
- 10.2 No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no Programa de Assistência à Saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas por meio de débito em conta corrente ou boleto bancário.
- 10.3 Ressalvadas as situações previstas no item 6.1 a Administradora de Benefícios poderá promover a rescisão unilateral do contrato do Beneficiário Titular que, por fraude ou inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o Beneficiário Titular seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.
- 10.4 É de responsabilidade do Beneficiário Titular solicitar, formalmente à Administradora de Benefícios, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.
- 10.5 Os beneficiários excluídos do Programa de Assistência à Saúde do Município de Itabaiana/SE serão responsáveis pela devolução imediata à Administradora de Benefícios de sua carteira de identificação, as de seus dependentes e as dos demais vinculados, se houver.
- 10.6 A exclusão do titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes e agregados.



11. DA CARÊNCIA

- 11.1 Não poderá ser exigida nenhuma carência para utilização dos benefícios do Programa de Assistência à Saúde:
- a) dos usuários inscritos na forma regulamentada no item 6;
 - b) em situações de urgência ou emergência, ocorridas após o início de vigência da cobertura.
 - c) Para consultas médicas.
- 11.2 Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
- 11.3 Para os pedidos de inclusão efetuados após o prazo estabelecido no item 6, deverão ser cumpridas as carências determinadas pela ANS.

12. DA PORTABILIDADE

- 12.1 A portabilidade se dará de acordo com a norma de vigência estabelecida pela ANS (RN nº 252/2011 e alterações posteriores).

13. DOS BENEFÍCIOS

- 13.1 As operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefício cobrirão os custos relativos aos atendimentos dos planos ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, odontológico e suas combinações, previstos na legislação vigente e conforme o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, RN 465, de 24/02/2021.

14. DAS EXCLUSÕES

- 14.1 As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656, de 1998, e nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei.
- 14.2 São excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de:
- a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
 - b) atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
 - c) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
 - d) cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
 - e) inseminação artificial;
 - f) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
 - g) tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
 - h) transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
 - i) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
 - j) fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;



- k) tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- l) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- m) aplicação de vacinas preventivas;
- n) necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- o) aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- p) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- q) procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e
- r) consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

15 DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

15.1 Atendimentos de Emergência e Urgência nos seguintes casos:

- a) Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.
- b) Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- c) É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:
- d) O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação;
- e) Caberá às operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando à continuidade do atendimento.
- f) Excepcionalmente, o beneficiário poderá contratar plano que contenha cláusula de extensão da cobertura assistencial, por prazo determinado, limitado a 30 dias, no caso de urgência e emergência quando em serviço fora da área de abrangência ou no exterior

16 DO REEMBOLSO

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

- A) O serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;
- B) Se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;



- 16.2 O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.
- 16.3 Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras contratadas pela administradora de benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;
- 16.4 Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício os seguintes documentos:
- a) Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
 - b) Recibos de pagamento dos honorários médicos;
 - c) Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
 - d) Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.
- 16.5 Para fins de reembolso, o servidor, ativo ou inativo, e o pensionista deverão apresentar a documentação adequada no prazo máximo de doze meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

17 DA REMOÇÃO

17.1 Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

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

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

17.4 As operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão disponibilizar ambulância terrestre e aérea, nos casos em que houver disponibilização pelas operadoras contratadas e o beneficiário tiver contratado produto que contemple esse benefício, com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

18 DAS ACOMODAÇÕES

18.1 Nas acomodações será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede credenciada pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, dependendo do tipo de plano aderido, independente da terminologia usada pelas instituições hospitalares, conforme a seguir:



18.1.1 PLANO BÁSICO - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria.

18.1.2 PLANO ESPECIAL – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo, com direito a acompanhante.

18.1.3 PLANO ESPECIAL PLUS – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada – hospitais de alto custo.

18.2 Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

18.3 Os planos deverão ser oferecidos na modalidade com e/ou sem a coparticipação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

18.4 A Administradora de Benefícios poderá ofertar adicionalmente aos produtos apresentados para atender às exigências deste Termo de Referência, outros planos de saúde com condições contratuais diferenciadas, desde que observados os requisitos mínimos exigidos na legislação.

19 DA UTI MÓVEL (PRONTO SOCORRO MÓVEL)

19.1 Atendimento imediato para os casos de quadros clínicos agudos que impliquem risco de morte. As características e condições da assistência incluem a presença, no local onde o paciente se encontra, de uma equipe liderada por um médico especialista, e pessoal técnico auxiliar, com todos os equipamentos e medicamentos necessários para tratar as emergências e suas possíveis complicações. O tratamento se prolongará até a estabilização do paciente e, caso seja indicado, proceder-se-á a remoção deste até um centro de tratamento definitivo, estruturado, para evitar o risco vital.

19.2 São considerados quadros clínicos de emergência:

- a) cardiovasculares - parada cardíaco-respiratória, infarto agudo do miocárdio, angina “pectoris”, edema agudo de pulmão, arritmias e acidente vascular cerebral;
- b) respiratórios - insuficiência respiratória aguda, crise asmática;
- c) neurológicos - síncope, convulsão, coma;
- d) comas metabólicos;
- e) politraumatismos graves;
- f) afogamentos;
- g) choques elétricos;
- h) intoxicações graves;
- i) anafilaxia; e
- j) toda outra situação que comprometa severamente um ou mais sistemas vitais.

19.3. A solicitação do atendimento deverá ser requerida através de central telefônica que atenderá às solicitações de serviços sem interrupções durante as 24 horas, em todos os dias.

20 REDE CREDENCIADA

20.1 As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios deverão oferecer a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar na área de abrangência geográfica da Região que pertence o município de Itabaiana e Região Metropolitana de Sergipe e, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos da ANS.

20.2 As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios deverão oferecer os serviços de UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel) em todas as cidades onde exista rede credenciada.

Manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta.



21 DAS OBRIGAÇÕES

21.1 São obrigações da Administradora de Benefícios:

- a) disponibilizar aos Beneficiários do Município de Itabaiana/SE, no mínimo 1 (uma) operadora prestadoras dos serviços de assistência médico-hospitalar, devidamente registradas na ANS que disponibilizem cobertura estadual, podendo, ainda, apresentar operadoras com produtos regionais ou nacionais.
- b) fiscalizar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere a alteração da rede credenciada;
- c) realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários do Município de Itabaiana/SE;
- d) orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas na legislação de Saúde Suplementar e as do Termo de Acordo;
- e) exigir dos beneficiários documento que comprove seu vínculo junto ao Município de Itabaiana/SE, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;
- f) efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;
- g) assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, impedindo a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- h) efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- i) efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;
- j) apresentar, mensalmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante às operadoras de planos de saúde, visando à prestação de contas da alínea “I”;
- k) informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora;
- l) elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;
- m) executar, quando solicitado pelo Município de Itabaiana/SE, ações de saúde preventiva, bem como de qualidade de vida dos servidores e de seus dependentes, sem ônus financeiro para o Município de Itabaiana/SE;
- n) intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos;
- o) disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- p) comunicar, com antecedência mínima de 30 dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 anos ou 24 anos para estudantes;
- q) proteger os sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a RN ANS 255/2011;
- r) comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;

s) Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Fiscalização, com os seguintes dados:



- I – Perfil Demográfico da Carteira;
- II – Relatório de sinistralidade;
- III – Indicadores sobre a Utilização;
 - a) Beneficiários;
 - b) Prestadores.
- IV – Casos Crônicos e de Risco;
 - a) Identificação de casos Crônicos;
 - b) Descrição das Patologias.

t) Enviar ao Departamento de Pessoal da Prefeitura, até o dia 18 de cada mês, relatório contendo nome do beneficiário titular, CPF, valor total por beneficiário titular, já incluídos os valores dos seus dependentes, para consignação em folha de pagamento.

u) Enviar a Nota Fiscal e boleto bancário juntamente com relatório detalhado de gastos por beneficiário (titular e dependentes) ao Departamento de Pessoal da Prefeitura, até o último dia útil de cada mês.

21.2 São obrigações das Operadoras:

21.2.1 Caberá às Operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei Federal nº 9.656/98, da Resolução Normativa nº. 465, de 24 de fevereiro de 2021; da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13/08/09); e demais normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

- a) oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;
- b) O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.
- c) Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras contratadas pela administradora de benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;
- d) Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício os seguintes documentos:
- e) Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- f) Recibos de pagamento dos honorários médicos;



- g) Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
- h) Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.
- i) zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados;
- j) não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência da prestação de serviços;
- k) fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, a 1ª via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- l) fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios);
- m) manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios;
- n) fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários;
- o) assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações;
- p) deverá possuir a facilidade “disque 24 horas”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

21.3 São obrigações do Município de Itabaiana/SE:

- a) colocar à disposição da Administradora Benefícios informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;
- b) permitir à Administradora Benefícios a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;
- c) permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios o acesso às dependências do Município de Itabaiana/SE, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;
- d) acompanhar e fiscalizar a execução dos Termos de Acordos, adotando as



providências necessárias para seu fiel cumprimento;

- e) acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes perante as Administradoras.

22 REQUISITOS TÉCNICOS PARA ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO

22.1 As empresas Administradoras de Benefícios interessadas em firmar Termo de Acordo com Município de Itabaiana/SE deverão cumprir as seguintes condições:

- a) Estar devidamente registrada na ANS como administradora de benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009 da ANS e possuir autorização de funcionamento;
- b) Estipular plano(s) de operadora(s) prestadora(s) dos serviços de saúde, devidamente registrada na ANS, a(s) qual(ia) deverá(ão) prestar os respectivos serviços aos beneficiários do Município de Itabaiana/SE, contemplando as regras estabelecidas neste Termo de Referência, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários;
- c) Apresentar preços dos planos de saúde incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços;
- d) Comprovar, através de atestados de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadoras devidamente registradas na ANS;
- e) Declaração expedida por entidades públicas ou privadas, em que demonstre a permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde;
- f) Apresentar certidão expedida pela ANS de que a empresa atende às exigências de ativos garantidores, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009;
- g) Declarar que dispõe de Rede Credenciada para atender aos beneficiários do Município de Itabaiana/SE, na forma exigida neste Termo;
- h) A Administradora apresentará ao Município de Itabaiana/SE os Termos de Contratos, Acordos ou Ajustes celebrados com as operadoras disponibilizadas, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com o Município de Itabaiana/SE.

23 DA VIGENCIA E DO REAJUSTE

23.1 O prazo de vigência do credenciamento será de 12 (doze) meses, renováveis até o limite do inciso II do art.57 da Lei 8.666/93.

23.2 Observando o disposto na Resolução Normativa ANS nº 309, de 24/10/2012 e demais normas em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários do



município de Itabaiana/SE poderão ser objeto de reajuste, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora, bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

23.3 Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e o município de Itabaiana/SE, por intermédio da Coordenação de Recursos Humanos.

24 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

24.1 Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do município de Itabaiana/SE a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

24.2 O pagamento será realizado mediante consignação em folha ou autorização de débito na conta corrente indicada no ato de adesão pelo beneficiário, ou mediante boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.

25 DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1 Serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas complicações, respeitadas as situações de cobertura parcial temporária na forma prevista na legislação (RN 162/2007).

25.2 Os serviços de pronto-socorro devem dar atendimento médico de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internação e exames complementares de diagnóstico.

25.3 A Administradora de Benefícios deverá possuir, na data de assinatura do Termo de Acordo, Central de Atendimento, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

25.4 As exclusões de usuários do Programa de Assistência à Saúde serão, tempestivamente, comunicadas à empresa prestadora dos serviços, pela Coordenação de Recursos Humanos.

A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da Administradora de Benefícios.

25.5 As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios reservam-se no direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998.

25.6 Não caberá às operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios nenhuma responsabilidade por atos culposos, dolosos ou acidentais que acarretem dano à saúde do servidor ou de seus dependentes, provocado por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do servidor.



25.7 O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo às operadoras efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

25.8 No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios do Programa de Assistência à Saúde.

25.9 As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios poderão exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

25.10 É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

25.11 Na hipótese de ocorrer à substituição de entidade hospitalar por vontade das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

25.12 No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

25.13 A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

25.14 As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios não se responsabilizarão pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

25.15 Os parâmetros a serem adotados em relação ao reajuste de preços serão os estabelecidos levando-se em consideração o índice de sinistralidade de 70% apurado no mês de aniversário do contrato.

25.16 Os casos omissos serão dirimidos pela Coordenação de Recursos Humanos em conjunto com a Administradora de Benefícios.



CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2023

ANEXO II - CARTA PROPOSTA PARA CREDENCIAMENTO

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____ CNPJ: _____

Nome dos Sócios Representantes (conforme consta no Contrato Social/Estatuto em vigor):
_____ CPF n.º _____

Dados bancários:

Nome Banco: _____ N.º Agência: _____ C/C: _____

Operadora(s) a ser(em) credenciada(s) bem como as respectivas tabelas de valores:

Rua/Av.

Bairro Cidade UF CEP: Tel.: ()

Fax: ()

Vem requerer ao Município de ITABAIANA/SE o credenciamento desta Administradora de Benefícios para prestação dos serviços objeto deste credenciamento, nos termos do Edital referente ao Aviso de Credenciamento e da Minuta do Termo de Acordo. Em anexo, a documentação exigida.

Pede deferimento, Data:

_____/_____/_____

Nome e Assinatura do Representante legal da Pessoa Jurídica

***A LICITANTE DEVERÁ APRESENTAR ESTA CARTA PROPOSTA NO ENVELOPELACRADO
CONTENDO A DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO.**



CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2023
ANEXO III – MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA E EMPRESA DE PEQUENO PORTE

Chamamento Público n°001/2023

Tipo: Credenciamento

A _____ (NOME/RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA) inscrita no CNPJ/MF sob o nº 00.00.00 /0000-00, por intermédio de seu representante legal, o(a) Sr.(a)_, portador do Documento de Identidade nº _____ e CPF sob o nº 000.000.000-00, DECLARA, sob as penas da Lei, que cumpre os requisitos legais para qualificação como _____ (incluir uma das condições da empresa, se é Micro Empresa (ME) ou Empresa de Pequeno Porte (EPP)), nos termos da legislação vigente, art. 3º da Lei Complementar nº 123/2006 e que não está sujeita a quaisquer dos impedimentos do §4º deste artigo, estando apta a usufruir do tratamento favorecido estabelecido nos arts. 42º a 49º da referida Lei.

Local e data.

(Assinatura do Representante da Empresa)

- **Declaração a ser emitida em papel timbrado de forma que identifique a proponente.**
- **Apresentar junto com a documentação para inscrição no processo de credenciamento.**



CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2023
ANEXO IV – MODELO DE CARTA DE CREDENCIAMENTO

PROCURAÇÃO

A (nome da EMPRESA), inscrita no CNPJ/MF sob o nº 00.000.000/0000-00, com sede no endereço _____, neste ato representada pelo (s) (diretores ou sócios, com qualificação completa – nome, RG, CPF, nacionalidade, estado civil, profissão e endereço) _____, pelo presente instrumento, credencia procurador(es) o(a) Senhor(a) (nome, RG, CPF, nacionalidade, estado civil), (Profissão e endereço) _____, para participar das reuniões relativas ao processo licitatório acima referenciado (ou de forma genérica para licitações em geral), o qual está autorizado a requerer vistas de documentos e propostas, manifestar-se em nome da EMPRESA, desistir e interpor recursos, assinar propostas comerciais, apresentar lances verbais, negociar preços e demais condições, confessar, transigir, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, rubricar documentos, assinar atas, contratos e praticar todos os atos necessários ao procedimento licitatório, a que tudo dará por firme e valioso.

Local e data.

Assinatura do representante legal da empresa,
COM FIRMA RECONHECIDA POR CARTÓRIO COMPETENTE.

Observações:

- *Utilizar papel timbrado da licitante;*
- **Identificar o signatário e utilizar carimbo padronizado da empresa.**



CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2023
ANEXO V – MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO E DE SITUAÇÃO REGULAR PERANTE O MINISTÉRIO DO TRABALHO

A _____ (Nome da Empresa), neste ato representada por _____ (nome completo do representante), com sede no Endereço: _____, inscrita no CNPJ/MF sob nº 00.000.000/0000-00, interessada em participar da licitação em epígrafe que se encontra autuada no Processo Licitatório acima indicado, cujo objeto é o Credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como Operadora na modalidade de Administradora de Benefícios, visando à disponibilização de planos de saúde para prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a ser prestada aos membros e servidores ativos e inativos do Município de ITABAIANA/SE, seus dependentes, e pensionistas, para cobertura, em todo território nacional, de atendimentos médico-hospitalares e ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998, pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições., promovida pelo Município de Itabaiana/SE, DECLARA, sob as penas da Lei, que:

- a)** Até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo licitatório, assim como que está ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;



b) Encontra-se em situação regular perante o Ministério do Trabalho no que se refere à observância do disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal, não mantendo em seu quadro de pessoal menores de 18 (dezoito) anos em horário noturno de trabalho ou em serviços perigosos ou insalubres, não possuindo ainda, qualquer trabalho de menores de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

Local e data.

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



CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2023
ANEXO VI – MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS

Local e data

À Prefeitura Municipal de **Itabaiana – Sergipe**

Ref.: Chamamento Público nº /2023. Prezados Senhores.

Pela presente, a empresa/consórcio/cooperativa....., com sede na
..... inscrita no C.N.P.J(M.F.)sob
nº:....., através do(a) Sr.(a) (nome do(a) representante/procurador), portador(a)
do R.G. nº..... apresenta
a proposta de preços abaixo:

Faixa etária	Preço Acomodação Enfermaria (coletivo)	Preço Acomodação Apartamento (privativo)
14 – 18		
18 – 21		
21 – 25		
25 – 30		
30 – 40		
40 – 50		
50 – 60		
60 – 65		
65 +		

Além da proposta acima, declaramos que:

Haverá uma participação dos usuários de R\$ ____,00 (_____reais) a partir da primeira consulta, realizada em consultório ou pronto-socorro;

Não será cobrada participação nas consultas quando o usuário estiver internado.

Os usuários ativos dos Planos de Saúde contratados em razão do Chamamento Público nº /2019 e aqueles que firmarem contrato durante a vigência do presente Chamamento, não haverá carência.

Caso o usuário com seu grupo familiar desejar alterar o plano de sua opção de acomodação coletiva para privativo poderá fazê-lo com o cumprimento do prazo de carência de cento e oitenta dias para internações programadas e trezentos dias para internações obstétricas.



Aceitará a mudança de opção acomodação sem carência em cada aniversário de 12 meses do contrato;

Aceitará a mudança de planos credenciados sem carência a cada aniversário de 12 meses do contrato;

Nos preços propostos estão inclusos todos os custos e despesas, taxa de administração “per capita”, cartões de identificação, relação de serviços, encargos incidências, diretos ou indiretos, não importando a natureza, que recaiam sobre a prestação dos serviços, levando-se em consideração o caráter de risco do futuro contrato, em que as partes, verificando continuamente o saldo financeiro da prestação de serviços, atuarão no sentido de manter tal saldo compatível com o cumprimento efetivo das obrigações avençadas;

Caso os preços cotados sejam por cooperativa de trabalho serão acrescidos dos impostos devidos em razão de sua incidência de tributação;

Fica obrigada, caso obtiver no mínimo 1.000 vidas, manter um posto de serviço de atendimento com funcionário próprio, de 2ª a 6ª feira, em horário comercial (8h às 18h).

A validade da proposta de preços será de 60 (sessenta) dias, conforme disposto no artigo 64, §3º, da Lei 8.666/93.

Que recebemos todos os documentos e que tomamos conhecimento de todas as informações e condições locais para o cumprimento das obrigações do objeto deste edital.

Que aceitamos todas as condições e exigências contidas no referido Chamamento Público e que temos pleno conhecimento das dificuldades e condições peculiares da efetiva execução dos serviços nela discriminados.

_____ de _____ de 2023.

Assinatura do representante legal



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2023 ANEXO VII MINUTA DO TERMO DE ACORDO

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

I – QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

A CONTRATADA é a Operadora de plano privado de saúde a seguir qualificada:

CONTRATADA, _____
NOME FANTASIA _____
CNPJ: _____/0001-_____
Endereço: Rua _____, nº _____
Bairro: _____
CEP: _____
Cidade: _____
Estado: _____
Registro ANS: _____
Classificação: _____
CRM/SE: _____

neste ato, representada na forma de seus atos constitutivos, e de outro lado a

CONTRATANTE, Razão Social: MUNICIPIO DE ITABAINA

CNPJ : 13.104.740/0001-10

Insc. Estadual:

Endereço: Praça Fausto Cardoso N° 160:

Cidade: ITABAIANA

Estado:

SERGIPE

CEP:

49.500-

000

Telefone: (79) 3431-9726

Email: licitacao.pmita@gmail.com

têm, entre si, justo e livremente contratado o seguinte:

II- DADOS GERAIS DOS PLANOS

2.1. Nome Comercial do Plano: _____
2.2. Número de Registro na ANS: _____
2.3. Tipo de Contratação: _____
2.4. Segmentação Assistencial: _____
2.5. Área Geográfica de Abrangência: _____



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

- 2.6. Área de Atuação da Operadora: _____
2.7. Padrão de Acomodação em internação: _____
2.8. Formação de Preço: _____
2.9. Serviços e Coberturas Adicionais: _____
2.10. Fator Moderador: _____

III- DO OBJETO E DA NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO

3.1. O presente contrato tem por objetivo, “O CREDENCIAMENTO e interessados do ramo de atividade correspondente, para fins de Credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como Operadora

na modalidade de Administradora de Benefícios, visando à disponibilização de planos de saúde para prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a ser prestada aos membros e servidores ativos e inativos do município de ITABAIANA/SE, seus dependentes, e pensionistas, para cobertura, em todo território nacional, de atendimentos médico- hospitalares e ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 1998, pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições, conforme mencionado no Anexo I – Termo de Referência deste edital”.

3.2. O presente Contrato é de natureza bilateral, pois gera direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto nos artigos 476 e 477 do Código Civil Brasileiro, considerando-se, ainda, esta avença, como um contrato aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 do mesmo Código, e de adesão, sujeito também às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90).

3.3. Outrossim, este Contrato sujeita-se às normas estatuídas na Lei Federal no 9.656/98, que dispõe sobre os Planos Privados de Assistência à Saúde, e legislação específica que vier a sucedê-la.

IV- DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

4.1. São considerados BENEFICIÁRIOS TITULARES deste contrato:

a) empregados com vínculo celetista com a CONTRATANTE;



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

- b) servidores públicos com vínculo estatutário com a CONTRATANTE;
- c) os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica CONTRATANTE, e que optaram em permanecer no plano nos termos do artigo 30 e 31 da Lei nº 9.656/98;
- d) sócios e administradores da CONTRATANTE;
- e) agentes políticos;
- f) trabalhadores temporários da CONTRATANTE;
- g) estagiários e menores aprendizes da CONTRATANTE;

4.2. Para ser admitido como beneficiário titular, a CONTRATADA não poderá exigir outros requisitos que não os necessários para ingressar na pessoa jurídica CONTRATANTE.

4.3. Consideram-se DEPENDENTES do beneficiário titular, para fins e efeitos deste Contrato:

- a) Cônjuge ou convivente em união estável mínimo 2 (dois) anos ou filhos em comum e desde que não concorra com o cônjuge;
- b) Filhos naturais ou adotivos, solteiros até completarem 24 anos;
- c) O tutelado e curatelado por decisão judicial e os enteados solteiros até completarem 24 anos;
- d) Filhos naturais ou adotivos, inválidos, de qualquer idade.

4.4. Os enteados, tutelados ou curatelados, ou menores sob guarda judicial, são equiparados a filhos para fins deste contrato.

4.5. Fica assegurado à CONTRATADA o direito de exigir da CONTRATANTE no momento da inclusão do beneficiário, a comprovação de relação de dependente, aqui especificada.

4.6. A CONTRATANTE providenciará a inclusão no Plano de Saúde dos beneficiários titulares e dependentes, interessados, a qualquer tempo, através da Ficha de Inscrição própria da CONTRATADA, a ser por ela fornecida sempre que necessário, contendo os dados pessoais dos beneficiários titulares e de seus dependentes, cujo preenchimento é obrigatório.

4.7. As Fichas de Inscrição deverão ser preenchidas e assinadas pelos beneficiários titulares e entregues para a CONTRATANTE juntamente com a seguinte documentação:

- a) cópia do RG e CPF e comprovante de endereço do titular e dependentes;
- b) cópia da certidão de casamento, para a inscrição do cônjuge, e comprovação de 2 das seguintes condições para a inclusão do convivente em união estável: i) mesmo domicílio; ii) conta bancária conjunta; iii) declaração lavrada em cartório sobre a existência da união estável; iv) declaração de imposto de renda do titular, em que conste o interessado como seu dependente; v) filho em comum;
- c) cópia da certidão de nascimento ou termo de guarda ou adoção, tutela ou curatela, para a inscrição de qualquer filho (a) até 24 anos;
- d) além da certidão de nascimento ou termo de guarda ou adoção, tutela ou curatela, apresentar cópia do documento expedido pelo órgão oficial do Governo que comprove a invalidez permanente, nos termos da Lei 8.212 e 8.213/91, para a inscrição do filho(a)



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

inválido(a);

- e) outros documentos que vierem a ser solicitados a critério da CONTRATADA;
- f) comprovação do vínculo do beneficiário titular na CONTRATANTE.

4.8. Poderão ser incluídos beneficiários DEPENDENTES, posteriormente à celebração deste Contrato, desde que solicitado pelo beneficiário titular.

4.8.1. A inclusão do beneficiário DEPENDENTE no plano dependerá da participação do beneficiário TITULAR.

4.8.2. Não será permitida a inclusão do DEPENDENTE sem a inclusão do TITULAR.

4.8.3. Caberá a CONTRATADA exigir e comprovar a legitimidade da CONTRATANTE e a condição de elegibilidade dos beneficiários.

4.9. Os filhos dos beneficiários, nascidos ou adotados (recém-nascidos) na vigência deste Contrato, e incluídos no respectivo Plano até 30 (trinta) dias após a data do nascimento ou adoção ou do deferimento da guarda provisória, ficarão isentos do cumprimento dos períodos de carência, se houver, e não estarão sujeitos a alegação pela CONTRATADA, de doença ou lesão preexistente, não se sujeitando a coberturas parciais temporárias ou agravos nos valores das MENSALIDADES.

4.10. Em caso de inscrição de filhos adotivos do (a) beneficiário, menores de doze (12) anos de idade, serão aproveitados, quando houver, os períodos de carência já cumpridos pelo (a) beneficiário
(a) adotante.

4.11. As alterações no quadro de beneficiários titulares da CONTRATANTE, decorrentes de inclusões e exclusões serão comunicadas à CONTRATADA pela CONTRATANTE.

4.12. A movimentação cadastral, de inclusão e exclusão de beneficiários deverá ser realizada pela CONTRATANTE até o dia 20 (vinte) de cada mês sendo que as exclusões serão processadas no último dia do mês e as inclusões no 1º (primeiro) dia do próximo mês de acordo com o cronograma desenvolvido pela CONTRATADA, mediante o envio do relatório de movimentação cadastral do mês, acompanhado dos formulários assinados pelo beneficiário titular com toda a documentação necessária.

4.13. Quando da inclusão do beneficiário no plano, a CONTRATADA se obriga a entregar além da carteira de identificação do plano e do manual da rede credenciada, a cópia da tabela de custos por faixa etária devidamente atualizada, que será adotada em caso da opção do beneficiário demitido, exonerado ou aposentado pela manutenção no plano como INATIVO.

4.14. Serão excluídos do presente Contrato, os beneficiários que apresentar as seguintes situações:

- a) perder o vínculo societário ou empregatício com a CONTRATANTE;



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

- b) nos casos de morte;
- c) nos casos de perda da condição de dependente;
- d) nos casos de fraude DEVIDAMENTE comprovada, com o intuito de omitir doença e lesão preexistente;
- e) nos casos de inadimplência do beneficiário com relação a co-participação financeira;
- f) nos casos de rescisão do presente Contrato;
- g) nos casos de solicitação espontânea de exclusão do beneficiário;
- h) nos casos do término do tempo de permanência como inativo de que trata os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 ou de inadimplência no pagamento das MENSALIDADES devidas, ou ainda, quando o titular ingressar em novo emprego.

4.15. As exclusões deverão ser solicitadas pela CONTRATANTE à CONTRATADA por escrito.

4.16. Para a CONTRATANTE solicitar a exclusão do beneficiário do plano, deverá a fornecer à CONTRATADA as seguintes informações:

- a) o motivo da exclusão, se por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) se o demitido ou exonerado já era aposentado e continuou trabalhando na CONTRATANTE;
- c) se o beneficiário a ser excluído contribuía para o financiamento do plano de saúde e qual o tempo de contribuição;
- d) se o beneficiário a ser excluído do plano optou pela sua manutenção como beneficiário INATIVO ou se recusou a manter essa condição.

4.17. A exclusão do beneficiário TITULAR do plano somente será aceita pela CONTRATADA mediante a comprovação documental de que o mesmo foi devidamente comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário INATIVO, bem como das informações previstas no item anterior.

4.18. A exclusão será automática, sem a anuência da CONTRATANTE, nos casos:

- a) da perda da condição de dependência;
- b) de fraude, logo após o resultado do processo administrativo para a apuração da fraude por perda de ANS;
- c) nas hipóteses previstas na letra “h” do subitem 4.14. desta Cláusula.

4.19. A exclusão se opera a partir do primeiro dia do mês subsequente ao da solicitação da CONTRATANTE ou da ocorrência, observados os trâmites previstos nesta Cláusula.

4.20. Para todos os fins de direito a cobertura nos casos de morte cessa automaticamente no dia seguinte ao evento.

4.21. Quando da exclusão, a CONTRATANTE deverá devolver à CONTRATADA os cartões de identificação do beneficiário titular e, se houver, de seus dependentes.

4.22. As despesas decorrentes do atendimento de beneficiário que perdeu essa qualidade, cuja exclusão não tenha sido comunicada à CONTRATADA, nos termos do disposto no presente contrato, serão de responsabilidade da CONTRATANTE.



V- DA COBERTURA ASSISTENCIAL E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

5.1. A CONTRATADA cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, e relacionados às doenças listadas na CID-10, nos termos do artigo 12, incisos I, II e III da Lei nº.9.656/98, devendo ser observadas, ainda, as especificidades do artigo 10-A da mesma Lei e o disposto na Resolução nº 13/98, do CONSU, no que se aplicam ao Plano.

5.2. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para o segmento ambulatorial, observadas as seguintes coberturas:

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente, observadas as diretrizes de utilização fixadas pela ANS vigente à época da contratação;

c) cobertura de sessões de psicoterapia, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento conforme indicação do médico assistente, observadas as diretrizes de utilização fixadas pela ANS vigente à época da contratação;

d) cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

e) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião- dentista, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

f) cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9656/1998, e previstos no Anexo do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época;

5.3. Todas as escopias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

5.4. Cobertura dos procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia listados no Rol de Procedimentos vigente para a segmentação ambulatorial;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- e) hemoterapia ambulatorial;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

5.5. Estão cobertos os tratamentos básicos em regime ambulatorial de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, compreendendo:

a) atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou danos físicos ao paciente ou a terceiros (inclusive ameaças, tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) atendimentos à psicoterapia, em conformidade com as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS vigente à época de contratação, que poderá ser realizada tanto psiquiatra ou médico devidamente habilitado;

c) tratamento básico prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

5.6. Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

5.7. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

5.8. Garantia de acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.

5.9. Fica garantida a participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.

5.10. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.

5.11. Fica garantido o atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento.

5.12. Cobertura de 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.



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

5.13. Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

5.14. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados.

5.15. Cobertura de despesas com alimentação e acomodação de 1 (um) acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.

5.16. Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica; assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

5.17. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, cobertura do fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

5.18. Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

5.19. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia todos os procedimentos descritos Rol de Procedimentos vigente para ambas assegmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos vigente à época do evento.
- g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos vigente à época do evento e radiologia intervencionista;
- h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i) procedimentos de reeducação e reabilitação física: aqueles listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento;



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes de Rim, Córnea e transplantes autólogos e alogênicos, exceto medicação de manutenção;

k) cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

5.20. Estão cobertos os tratamentos básicos em regime hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, compreendendo o custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, por ano de contrato não cumulativo.

5.21. Para os casos em que o período de internação exceder o prazo definido acima no transcorrer de um mesmo ano de contrato, será devido pelos beneficiários a coparticipação financeira de 30% (trinta por cento) sendo que o percentual obedecerá ao normativo da ANS vigente a época da contratação.

5.22. Estão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-inflingidas.

5.23. Cobertura de hospital-dia para os transtornos mentais de acordo com as Diretrizes de Utilização na forma estabelecida no Rol vigente à época do evento.

5.24. Os beneficiários do presente contrato terão direito à cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos à Saúde vigente a época do evento, bem como as despesas com os procedimentos vinculados, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

a) despesas assistenciais com doadores vivos;

b) medicamentos utilizados durante a internação;

c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamento de manutenção;

d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS;

5.25. Estão cobertos ainda os transplantes autólogos e alogênicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

5.26. Os candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos - CNCDO's, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes - SNT, e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

5.27. Terão, ainda, direito, à assistência pré-natal e assistência ao parto e puerpério cobertura de umacompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato, compreendendo assistência imediata ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do



beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

5.28. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

VI - DA COBERTURA PARA AS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

6.1. Estão cobertas pelo presente Contrato, as doenças e lesões preexistentes, que são aquelas das quais os beneficiários saibam ser portadores ou sofredores à época da sua inclusão no Plano de Saúde. Essa cobertura se dará da seguinte forma:

6.2. Caso, quando do preenchimento da Ficha de Inscrição de beneficiário no Plano, seja declarada pelo pretense beneficiário titular e/ou por seus dependentes, em entrevista qualificada, ou seja constatada pela CONTRATADA através de exames clínicos e/ou laboratoriais ou perícias que algum (ns) dos beneficiários e/ou dependentes a serem inscritos, seja (m) portador (es) de qualquer doença ou lesão passíveis de procedimentos cirúrgicos, internações em leitos de alta tecnologia e de realização de procedimentos de alta complexidade, o beneficiário deverá cumprir a cobertura parcial temporária de referida doença ou lesão.

6.3. Para fins do presente Contrato, entende-se por cobertura parcial temporária (CPT), a suspensão, por um prazo de 24 (vinte e quatro) meses, dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade classificados como tal através de norma específica da ANS, relacionados exclusivamente à doença ou lesão preexistente.

6.4. Decorridos os 24 (vinte e quatro) meses de cobertura parcial temporária (CPT), a cobertura à doença ou lesão preexistente será integral.

6.5. Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA optará pelo não fornecimento do Agravo.

6.6. **Não haverá a exigência de CPT para o beneficiário** se quando da sua inclusão no contrato houver número igual ou superior a 30 participantes, desde que formalize o seu pedido de ingresso em até 30 dias contados da celebração do contrato ou de sua vinculação na CONTRATANTE.

6.7. Quando a inclusão do beneficiário ocorrer fora das hipóteses mencionadas no item anterior, serão aplicadas as regras de Cobertura Parcial Temporária (CPT), nos casos de doenças ou lesões preexistentes.



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

VII- DA ENTREVISTA QUALIFICADA

7.1. A CONTRATADA entregará a CONTRATANTE, os formulários de Declaração de Saúde, para que os beneficiários titulares possam preencher em seu nome e dos seus dependentes e deverá ser entregue junto com a Ficha de Inscrição.

7.2. O beneficiário poderá escolher um médico dentre os pertencentes a rede credenciada da CONTRATADA para realizar uma Entrevista Qualificada e auxiliá-lo no preenchimento da Declaração de Saúde.

7.3. Caso opte por médico não pertencente a lista de credenciados da CONTRATADA, o beneficiário deverá arcar com o ônus financeiro da consulta.

7.4. O beneficiário titular é obrigado a informar à CONTRATADA, no ato da sua inclusão e dos seus dependentes, quando solicitado, **a condição sabida de lesão ou doença preexistente, antes da assinatura do Contrato, sob pena de imputação de fraude sujeito à perda da condição de beneficiário do plano, sem prejuízo de medidas judiciais cabíveis.**

7.5. É facultado à CONTRATADA, o direito de examinar ou periciar quaisquer dos beneficiários titulares e ou seus dependentes da CONTRATANTE, quando da inclusão no plano, para fins de identificação de lesões ou doenças preexistentes.

7.6. Fica expressamente vedada a alegação de doença e lesão preexistente após a Entrevista Qualificada se por ventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário.

7.7. A CONTRATADA reserva-se o direito de comprovar, nos termos e pelos meios permitidos por lei, a existência de doença e/ou lesão preexistente que acomete o beneficiário inscrito no presente plano.

7.8. Caso seja identificado pela CONTRATADA, que o beneficiário titular omitiu a informação na Declaração de Saúde sobre a existência de doença preexistente, deverá notificar esse fato ao beneficiário por escrito, sobre o referido comportamento.

7.9. Caso o beneficiário não concorde com a alegação de que omitiu a informação na Declaração de Saúde sobre a existência de doença ou lesão preexistente, deverá responder a notificação da CONTRATADA no prazo de até 10 dias, contados do recebimento da notificação, para que a CONTRATADA possa encaminhar toda documentação à ANS que fará o julgamento administrativo da procedência da alegação.

7.10. Enquanto perdurar o processo administrativo junto à ANS não será permitida a suspensão do atendimento ao beneficiário ou a negativa de cobertura assistencial ou a



exclusão do beneficiário do plano em razão da preexistência investigada.

7.11. Sendo julgada procedente a alegação da CONTRATADA, o beneficiário será excluído do plano, juntamente com seus dependentes, e passará a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação realizada pela CONTRATADA.

VIII- DA COBERTURA PARA OS PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. Estão cobertos pelo presente Contrato os atendimentos, em regime ambulatorial e de internação para casos de urgência e emergência que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente-beneficiário, entendendo-se, para os fins do presente Contrato, e nos termos da Lei 9.656/98, por emergência, todos aqueles casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário paciente, caracterizado por declaração do médico assistente; e por urgência, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

8.2. Os atendimentos a que se refere o subitem anterior estão consubstanciados na execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções, desde o primeiro atendimento ambulatorial até a resolução hospitalar necessária, observados os seguintes termos:

8.3. Os casos de urgência decorrentes de acidente pessoal, serão integralmente cobertos pelo presente contrato, após as 24 (vinte e quatro) horas de ingresso do beneficiário no plano.

8.4. Os casos de complicações no processo gestacional, ocorridos durante o período de carência para internação hospitalar, terão cobertura, em REGIME AMBULATORIAL, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.

8.5. Os casos de emergência, ocorridos durante o período de carência para internação hospitalar ou durante a cobertura parcial temporária para DLP, terão cobertura, em REGIME AMBULATORIAL, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.

8.6. Em havendo acordo de cobertura parcial temporária para doença e lesões preexistentes transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento EM REGIME AMBULATORIAL, ou antes desse período, houver a necessidade de utilização de leitos de alta tecnologia, realização de procedimentos de alta complexidade ou de eventos cirúrgicos, a responsabilidade financeira passará a ser da CONTRATANTE, e/ou do BENEFICIÁRIO TITULAR.

8.7. Nas hipóteses de atendimento de emergência ou de complicações no processo gestacional durante o período de carência para internação hospitalar, transcorridas as 12



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

(doze) primeiras horas de atendimento EM REGIME AMBULATORIAL, ou antes desse período, houver a necessidade de internação a responsabilidade financeira passará a ser da CONTRATANTE, e/ou do BENEFICIÁRIO TITULAR.

IX- DA COBERTURA PARA A REMOÇÃO INTER HOSPITALAR

9.1. Está assegurada a cobertura da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previsto no presente Contrato.

9.2. Fica assegurada a remoção em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, desde que caracterizado pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade hospitalar para continuidade do tratamento.

9.3. Nos atendimentos de urgência e emergência relacionados à doença preexistente, ocorridos durante os prazos de CPT e que resulte na necessidade de realização de eventos cirúrgicos, utilização de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, ou nos casos de complicações no processo gestacional ou de atendimento de emergência ocorridos durante o prazo de carência para internação hospitalar, ultrapassada às 12 horas de atendimento ambulatorial, ou antes desse período houver a necessidade de internação o beneficiário terá direito, sob responsabilidade da CONTRATADA, à remoção para uma unidade de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

9.4. Quando não possa haver remoção por risco de vida do beneficiário-paciente, a CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se assim, a CONTRATADA, desse ônus financeiro.

9.5. Na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

9.6. Caso o beneficiário-paciente e/ou seus responsáveis optarem, expressamente, mediante um termo de responsabilidade, pela continuidade de atendimento em unidade diferente, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica, assim como da responsabilidade financeira da remoção.

X – DO DIREITO AO REEMBOLSO NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

10.1. Quando da impossibilidade de utilização pelos beneficiários inscritos no presente Plano, dos serviços credenciados pela CONTRATADA dentro da área geográfica de abrangência do plano, para os atendimentos de urgência e de emergência, a CONTRATADA procederá ao reembolso das despesas experimentadas pelo beneficiário e/ou pelo seu



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

dependente, devidamente inscrito no presente Contrato, de acordo com a Tabela de Reembolso do plano, parte integrante do contrato, que não poderá ser inferior ao praticado pela rede credenciada da CONTRATADA.

10.2. O reembolso das despesas a que alude o presente subitem será efetuado no prazo máximo de trinta (30) dias após a entrega à CONTRATADA, pelos beneficiários, da seguinte documentação:

- a) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- b) Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;
- c) Relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado;
- d) Declaração do médico assistente especificando a razão da emergência.

10.3. O direito ao reembolso fica vinculado ao prazo de 12 meses contados da data do atendimento.

10.3.1. O beneficiário que não exercer esse direito no prazo estipulado não poderá mais fazê-lo.

10.4. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo reembolso de despesas extraordinárias do beneficiário.

XI – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

11.1. NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NESTE CONTRATO, como obrigação da CONTRATADA de cobrir procedimentos relativos a:

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- c) Inseminação artificial;
- d) Tratamento de rejuvenescimento e de emagrecimento com finalidade estética;
- e) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- f) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- g) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico;
- h) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- i) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- j) Transplantes, exceto de córnea e de rim, bem como, dos transplantes autólogos e alogênicos listados no anexo I da RN 211;
- k) Consultas domiciliares;
- l) Fornecimento de medicamento de manutenção para pacientes transplantados;
- m) Tratamentos odontológicos ambulatoriais;
- o) Tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamentos da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas para acolhimento de idosos;



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

- p) Despesas extraordinárias do beneficiário ou acompanhante em caso de internação hospitalar, tais como, tv, frigobar, ligações telefônicas, internet, enfermagem particular, estacionamento, materiais de perfumaria, entre outras;
- q) Procedimentos relacionados nas normas regulamentadoras de segurança e saúde do trabalho nr- 07 do ministério do trabalho;
- r) Remoção por via aérea.

XII – DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

12.1. Para terem direito as garantias de coberturas de que trata o presente instrumento, os beneficiários deverão observar os seguintes prazos de carências:

- ✓ Casos de **URGÊNCIA e EMERGÊNCIA: 24 horas;**
- ✓ Consultas médicas: **30 dias;**
- ✓ Exames auxiliares de diagnóstico que não os relacionados no subitem abaixo: **30 dias;**
- ✓ Ultra-sonografia, exames laboratoriais – hormonais: **90 dias**
- ✓ Exames de Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Ecocardiograma com doppler, Mamografia, procedimentos terapêuticos e tratamentos especializados: **180 dias;**
- ✓ Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais: **120 dias**
- ✓ Internações Hospitalares: **180 dias**
- ✓ Sessões de fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia e orientação nutricional: **180 dias e,**
- ✓ Partos a termo: **300 dias.**

12.2. O início da contagem do prazo de carência começa a partir da data da inclusão do beneficiário titular ou dependente no plano.

12.3. **Não haverá a exigência dos prazos de carências** se quando da inclusão do beneficiário no contrato houver número igual ou superior a 30 beneficiários, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação na CONTRATANTE.



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

12.4. Para as inclusões formalizadas fora do prazo previsto no subitem anterior, ou ainda que dentro do prazo, porém, com número total de beneficiários inferior a 30, os beneficiários deverão cumprir integralmente os prazos de carência previstos na presente Cláusula.

XIII – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

13.1. A CONTRATADA fornecerá à CONTRATANTE, para entrega aos beneficiários, Cartões de Identificação, cuja exibição será obrigatória sempre que os serviços ora contratados forem necessitados, juntamente com outro documento oficial de identificação do beneficiário paciente.

13.2. A CONTRATADA colocará à disposição dos beneficiários de seu Plano de Saúde, para a garantia da cobertura da assistência ora contratada, seus centros médicos ambulatoriais, serviços auxiliares de diagnósticos, e os hospitais da rede credenciada da CONTRATADA, constantes do "Manual de Orientação do Beneficiário" anexo ao presente Contrato, que dele faz parte integrante para todos os efeitos legais.

13.3. A CONTRATADA manterá sempre atualizado em seu site na Internet, para a consulta de seus beneficiários, a relação de seus prestadores de serviços vinculados ao plano.

13.4. A CONTRATADA poderá proceder a substituição de um ou de todos os hospitais e demais serviços credenciados, constantes do mencionado "Manual de Orientação do Beneficiário", sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos.

13.5. Quando houver substituição de entidade hospitalar, a CONTRATADA deverá dar ciência escrita à CONTRATANTE e à ANS, assim como aos beneficiários do plano, com antecedência mínima de 30 dias.

13.6. A CONTRATADA poderá, também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, nos termos da Lei nº 9.656/98, mediante autorização da ANS, proceder a redução da quantidade de hospitais referenciados no referido "Manual de Orientação do Beneficiário".

13.7. Em ocorrendo as substituições das entidades hospitalares, os beneficiários terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrante da rede credenciada da CONTRATADA, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição havida.

13.8. Caso ocorra a substituição de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos beneficiários regularmente inscritos no presente contrato, o mesmo permanecerá internado, até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da CONTRATADA.



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

13.9. Em caso de substituição de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração, às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, a CONTRATADA responsabilizar-se-á pela transferência imediata do paciente-beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional.

13.10. As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do médico assistente, sendo certo, ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto.

13.11. Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr, inteiramente por conta da CONTRATANTE, todas as despesas decorrentes da internação.

13.12. Para a utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o beneficiário deverá entrar em contato com o prestador de serviços que providenciará o agendamento da consulta ou exame.

13.13. Havendo a necessidade de senha de autorização prévia o beneficiário deverá entrar em contato com a CONTRATADA pessoalmente ou por telefone, e informar os dados pessoais do beneficiário e do plano do qual está inscrito, bem como, informações sobre o procedimento solicitado com a indicação do CID.

13.14. Para o atendimento o beneficiário deverá apresentar ao prestador os seguintes documentos:

- a) Cartão de Identificação do beneficiário; e
- b) Documento oficial de identidade do beneficiário-paciente com foto.

13.15. Em caso de internação eletiva o beneficiário deverá apresentar ao hospital, além dos documentos de identificação, a guia de internação, devidamente emitida e assinada pela CONTRATADA.

13.16. Para obter a guia de internação eletiva o beneficiário deverá se dirigir pessoalmente nos locais indicados no Manual do Beneficiário, munido dos documentos de identificação, e apresentar a solicitação médica de internação justificada contendo o CID.

13.17. Em caso de divergência médica a respeito de autorização prévia para a internação ou cirurgia ou exame, a definição do impasse se dará através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico auditor da CONTRATADA, e por um terceiro desempatador, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados. Cada parte arcará com o pagamento dos honorários do profissional nomeado sendo que a remuneração do terceiro desempatador ficará a cargo da CONTRATADA.

13.18. Não havendo consenso sobre a escolha do profissional desempatador, sua designação



será solicitada ao Conselho Regional de Medicina.

13.19. As internações feitas em caráter de emergência, deverão ser comunicadas até o primeiro dia útil à CONTRATADA pelo beneficiário ou seu responsável, mediante a apresentação da declaração do médico assistente, para que seja emitida a guia correspondente.

13.20. A CONTRATADA não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias do beneficiário, tais como estacionamento, frigobar, tv, produtos de higiene pessoal.

13.21. A CONTRATADA se obriga a dar completa assistência e orientação à CONTRATANTE, para a correta utilização dos serviços contratados por parte dos beneficiários.

13.22. A CONTRATANTE se obriga a esclarecer, plenamente, os seus beneficiários sobre as condições de inscrição e de utilização dos serviços ora contratados, visando prevenir erros de expectativa e interpretação.

XIV- DA REMUNERAÇÃO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

14.1. Os valores das MENSALIDADES *per capita* - constarão de documento em anexo ao presente Contrato e que pelas partes assinado fica fazendo parte integrante do mesmo - serão cobradas pelo sistema de *pré-estabelecido*.

14.2. O valor total da remuneração mensal que a CONTRATANTE efetuará à CONTRATADA, resultará da multiplicação do número dos beneficiários ATIVOS e seus dependentes no dia 30 de cada mês, pelo valor per capita vigente no mês considerado, conforme tabela abaixo:

Nº	Faixa Etária	Aplicação	Percentual de Acréscimo
1	14 – 18	Ao completar 14 anos	
2	18 – 21	Ao completar 18 anos	
3	21 – 25	Ao completar 21 anos	
4	25 – 30	Ao completar 25 anos	
5	30 – 40	Ao completar 30 anos	
6	40 – 50	Ao completar 40 anos	



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

7	50 – 60	Ao completar 50 anos	
8	60 – 65	Ao completar 60 anos	
9	65 +	Ao completar 65 anos	

14.2.1. Fica desde já estabelecido que haverá a participação da CONTRATANTE no financiamento do plano de saúde para os seus empregados ATIVOS.

14.2.2. Quando for adotado o critério de preço único (sem faixa etária) para os BENEFICIÁRIOS ATIVOS da CONTRATANTE, a metodologia utilizada para a fixação do referido valor será a média das idades e área de atuação.

14.2.3. Quando for adotado o critério de preço único, os beneficiários INATIVOS pagarão diretamente à CONTRATADA os valores estabelecidos na Tabela de Custos por Faixa Etária anexa ao presente contrato;

14.2.4. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles que a este já estejam vinculados conforme RN 195/2009, RN 200/2009 e RN 204/2009 e posteriores alterações nas mesmas, exceto nos casos dos beneficiários INATIVOS, demitidos e aposentados conforme autoriza a Resolução RN 279/2011.

14.3. As segundas vias do cartão de identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, ao beneficiário solicitante a razão de 10% do valor per capita, do plano ao qual o beneficiário está inscrito, vigente à época.

14.4. O valor da remuneração contratual dos ATIVOS será discriminado em fatura emitida mensalmente pela CONTRATADA.

14.5. A data para pagamento das faturas será todo o dia 10 do mês.

14.6. A quitação das faturas deverá ser efetuada em conta corrente da CONTRATADA, que será informada por escrito à CONTRATANTE após a assinatura deste Contrato.

14.7. Em caso de atraso na liquidação, a CONTRATANTE deverá pagar uma multa moratória de 2 % (dois por cento) do débito em aberto, acrescido o principal e mais correção apurada pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculado dia a dia.

14.8. O beneficiário titular poderá contribuir para o financiamento do plano de saúde mediante desconto em folha de pagamento autorizado por ele por escrito. A CONTRATANTE providenciará o recolhimento das autorizações e encaminhará à CONTRATADA.



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

14.9. É vedado à CONTRATADA encaminhar cobrança diretamente aos beneficiários inscritos no presente Contrato, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 com relação ao demitido e aposentado.

14.10. Os BENEFICIÁRIOS INATIVOS, demitidos e aposentados, deverão pagar a MENSALIDADE estabelecida na Tabela de Custos por Faixa Etária, anexa ao presente contrato e dele faz parte integrante para todos os fins, devidamente atualizada, diretamente para a CONTRATADA através de boleto bancário, sendo aplicável e eles as regras de pagamento constante de documento específico.

14.11. Em caso de atraso no pagamento da MENSALIDADE, o beneficiário INATIVO deverá pagar uma multa moratória de 2% (dois por cento) do débito em aberto, acrescido o principal e mais correção apurada pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia.

14.12. Em caso de inadimplência do BENEFICIÁRIO INATIVO no pagamento das mensalidades superior a 30 (trinta) dias, a CONTRATADA poderá proceder a exclusão do plano de saúde do BENEFICIÁRIO TITULAR inadimplente, e de seus DEPENDENTES, se houverem.

14.13. Todos os beneficiários ativos e inativos deverão pagar à CONTRATADA, os valores indicados à título de co-participação financeira:

a) diária de internação em saúde mental: 30% da diária, a partir do 31º dia de internação/ano;

14.14. Os valores referentes a co-participação financeira dos beneficiários serão apurados individualmente por beneficiário e repassados para a CONTRATANTE juntamente com os valores das MENSALIDADES.

14.15. A CONTRATANTE realizará o recolhimento dos valores devidos à título de coparticipação dos beneficiários ATIVOS, através do desconto em folha, devidamente autorizados, e repassará à CONTRATADA quando do pagamento das FATURAS.

XV - DOS REAJUSTES

A) - REAJUSTE DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA PARA OS CONTRATOS NÃO INTEGRANTES DO AGRUPAMENTO DE QUE TRATA A RN 309:

15.1. Os reajustes financeiros e técnicos das MENSALIDADES serão efetivados nos termos da Lei no 8.880/94, e legislação subsequente, anualmente, na data de aniversário do contrato, independentemente da data da inclusão do beneficiário no plano.



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

15.2. Entretanto, em havendo permissivo legal, desde já fica pactuado que a referida MENSALIDADE será reajustada com a menor periodicidade legalmente permitida.

15.3. O valor da tabela de preços para as novas inclusões e das MENSALIDADES fixadas em Reais (R\$), ou outra moeda que a vier substituir, terão seus valores reajustados:

a) Reajuste por Mudança de Faixa Etária – quando ocorrer a mudança de faixa etária na forma estabelecida no presente contrato;

b) Reajuste Financeiro – será aplicado anualmente, na data do aniversário do contrato, mediante índice a ser livremente negociado entre as partes;

c) Reajuste Técnico – também chamado revisão atuarial, é um mecanismo com previsão legal, para corrigir situações de desequilíbrio do plano provocado pelo aumento do índice de utilização. Será aplicado anualmente, quando for o caso, na data do aniversário do contrato.

15.4. Caso coincidam os meses de reajuste financeiro do contrato com o mês de reajuste por mudança de faixa etária, primeiro far-se-á o reajuste financeiro e a seguir, aplicar-se-á o percentual de aumento correspondente à nova faixa etária.

15.5. Os reajustes financeiros e técnicos aplicados serão comunicados à ANS, anualmente, na data do aniversário do contrato conforme dispuser a Resolução Normativa editada pela ANS vigente à época.

B) REAJUSTE DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA PARA OS CONTRATOS INTEGRANTES DO AGRUPAMENTO DE QUE TRATA A RN 309 – (com menos de 30 beneficiários):

15.6. Para fins do disposto na Resolução Normativa RN 309, de 24 de outubro de 2012, ficam estabelecidas as seguintes definições:

a) **AGRUPAMENTO DE CONTRATOS:** é a medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles;

b) **CONTRATO AGREGADO AO AGRUPAMENTO:** é o contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data de apuração da quantidade de beneficiários, menos de 30 (trinta) beneficiários;

c) **PERÍODO DE APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS:** é o período definido pela operadora de planos de saúde em que são identificados os contratos que serão agregados ao agrupamento de acordo com a quantidade de beneficiários, que deve ser apurada no mês do aniversário do contrato;



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

d) PERÍODO DE CÁLCULO DO REAJUSTE: é o período definido pela operadora de planos de saúde em que o reajuste do agrupamento de contratos é calculado, devendo ser posterior ao fim do período de apuração da quantidade de beneficiários e anterior à data de divulgação do percentual de reajuste;

e) PERÍODO DE APLICAÇÃO DO REAJUSTE: é o período compreendido entre maio e abril em que é aplicado o reajuste calculado aos contratos agregados ao agrupamento.

15.7. Os contratos de planos coletivos que possuem na data de sua assinatura e, posteriormente, no mês do aniversário, o número igual ou inferior a 30 (trinta) beneficiários, deverão seguir para fins de aplicação de reajustes financeiro e por sinistralidade, as regras definidas para o agrupamento de contrato, conforme determina a Resolução Normativa RN 309/2012.

15.8. Se anualmente no mês do aniversário do contrato, o número de beneficiários apurados for superior ao número de 30 (trinta), as regras para a aplicação de reajuste financeiro e por sinistralidade deverão observar o disposto no item “A” desta Cláusula.

15.9. Para identificar a regra de reajuste a ser aplicado num determinado período serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica CONTRATANTE, ainda que vinculados a outros planos contratados.

15.10. Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura ou no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste conforme o agrupamento de contratos no seu aniversário subsequente.

15.11. Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico da CONTRATADA, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

15.12. O critério para o reajuste financeiro anual da contraprestação pecuniária do contrato agregado ao agrupamento observará o seguinte:

a) Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas inclusões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice ANS, que na hipótese de descontinuidade, será estipulado novo índice mediante instrumento específico. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos.

15.13. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos da CONTRATADA com até 29 beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir:



a) O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos entre o mês de Janeiro e Dezembro subsequente.

b) Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte

$$\text{fórmula: } R = (S / S_m) - 1$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período

S_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

c) Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, estedeverá ser procedido de forma complementar ao reajuste financeiro e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

C)- DO REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA:

15.13. No caso dos beneficiários INATIVOS, ou quando a Taxa Mensal de Manutenção dos ATIVOS (integrante ou não do agrupamento) for estabelecida por Faixa Etária na forma do presente Contrato, em havendo deslocamento de uma faixa para outra, a MENSALIDADE será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última da MENSALIDADE, observadas a seguintes condições:

Nº	Faixa Etária	Aplicação	Percentual de Acréscimo
1	14 – 18	Ao completar 14 anos	
2	18 – 21	Ao completar 18 anos	
3	21 – 25	Ao completar 21 anos	
4	25 – 30	Ao completar 25 anos	
5	30 – 40	Ao completar 30 anos	
6	40 – 50	Ao completar 40 anos	
7	50 – 60	Ao completar 50 anos	
8	60 – 65	Ao completar 60 anos	
9	65 +	Ao completar 65 anos	

15.7. Fica estabelecido que o valor fixado para a faixa 10 não poderá ser superior a seis (6) vezes o valor da faixa 1, e que a variação acumulada entre a faixa 7 e a faixa 10, não poderá ser superior a variação acumulada entre a faixa 1 e a faixa 7.



XVI- DO PLANO DE CONTINUIDADE DO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA

16.1. Aos beneficiários com vínculo empregatício com a CONTRATANTE, que tenham contribuído mensalmente para o financiamento do presente Plano, desligados do quadro de pessoal da CONTRATANTE, por haverem sido demitidos sem justa causa, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de Trabalho, desde que:

a) assuma o pagamento integral atualizado da mensalidade estabelecido na Tabela de Custos por Faixa Etária anexa ao presente;

b) manifeste a opção pela manutenção do plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador ora CONTRATANTE, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado.

16.2. A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta cláusula é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do ex-empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

16.3. A obrigatoriedade de que trata o subitem anterior não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar, e nem exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos durante a manutenção como INATIVO.

16.4. Não será permitida a manutenção na condição de INATIVO de que trata esta Cláusula, apenas dependente sem a participação do titular demitido, exceto nos casos de morte deste.

16.5. A permanência no Plano, ora aludida, está vinculada aos seguintes prazos:

16.5.1. O período pelo qual o ex-empregado poderá permanecer como beneficiário no plano é de 1/3 do tempo que contribuiu para o plano, com um mínimo assegurado de 6 meses e um máximo de 24 meses.

16.6. O direito assegurado na presente Cláusula extingue na ocorrência das seguintes hipóteses:

a) pelo decurso do prazo previsto no subitem anterior;

b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa em novo emprego;

c) pelo não pagamento das mensalidades;



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

d) pelo cancelamento do plano pela CONTRATANTE, observadas as condições específicas previstas no Contrato.

16.7. Em caso de morte do ex-empregado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes, ao tempo que faltar.

16.8. O prazo de 30 dias para a manifestação do ex-empregado não é passível de prorrogação, sendo certo que, se o ex-empregado não manifestar o interesse em permanecer no plano como beneficiário, não mais poderá fazê-lo.

16.9. Uma vez manifestado o interesse em permanecer no plano, o ex-empregado deverá preencher e assinar instrumento jurídico específico na sede administrativa da CONTRATADA, no prazo de 10 dias.

16.10. Não será considerada contribuição os valores relacionados aos dependentes e agregados e a co-participação do consumidor, paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar.

16.11. A garantia prevista nesta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos ex-empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

16.12. Em caso de rescisão ou cancelamento do presente contrato, o benefício previsto nesta cláusula estará automaticamente cancelado, devendo a CONTRATADA oferecer aos beneficiários inscritos a possibilidade de migrar para um plano individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novas carências.

16.13 A garantia de que trata o item anterior estará condicionada a manutenção pela CONTRATADA de um plano individual/familiar registrado na ANS.

XVII - DO PLANO DE CONTINUIDADE DO APOSENTADO

Aos beneficiários com vínculo empregatício com a CONTRATANTE, que tenham contribuído para o presente Plano, desligados do quadro de pessoal da CONTRATANTE, por haverem adquirido direito à aposentadoria, e aos aposentados que continuaram a exercer suas funções na CONTRATANTE após a sua aposentadoria e dela vem a se desligar, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de Trabalho, desde que:

- a) assumo o pagamento integral atualizado da mensalidade estabelecido na Tabela de Custos por Faixa Etária anexa ao presente;
- b) manifeste a opção pela manutenção do plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da comunicação da aposentadoria ou do desligamento da CONTRATANTE.



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

17.1. A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta cláusula é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do ex-empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

17.2. A obrigatoriedade de que trata o subitem anterior não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar, e nem exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos durante a manutenção como INATIVO.

17.3. Não será permitida a manutenção na condição de INATIVO de que trata esta Cláusula, apenas dependente sem a participação do titular aposentado, exceto nos casos de morte deste.

17.4. A permanência no Plano, ora aludida, está vinculada aos seguintes prazos:

17.4.1. Se o aposentado contribuiu para o presente plano por período igual ou superior a dez (10) anos, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, como beneficiário, por prazo indeterminado.

17.4.2. Se o aposentado contribuiu para o presente plano por período inferior a dez (10) anos, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

17.5. O direito assegurado na presente Cláusula extingue na ocorrência das seguintes hipóteses:

- a) pelo decurso do prazo previsto no subitem anterior;
- b) pela admissão do beneficiário aposentado em novo emprego;
- c) pelo não pagamento das mensalidades na forma prevista na Cláusula XIV;
- d) pelo cancelamento do plano pela CONTRATANTE, observadas as condições específicas da Cláusula X.

17.6. Em caso de morte do ex-empregado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes, ao tempo que faltar, inclusive nas hipóteses em que o beneficiário aposentado continuava a trabalhara CONTRATANTE.

17.7. O prazo de 30 dias para a manifestação do ex-empregado não é passível de prorrogação, sendo certo que, se o ex-empregado não manifestar o interesse em permanecer no plano como beneficiário, não mais poderá fazê-lo.

17.8. Uma vez manifestado o interesse em permanecer no plano, o ex-empregado deverá preencher e assinar instrumento jurídico específico na sede administrativa CONTRATADA, no prazo de 10 dias.

17.9. Para fins do disposto nesta cláusula, não é considerada contribuição, os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação ou franquia do beneficiário, paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar.



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

17.10. Os direitos previstos neste contrato, não excluem vantagens obtidas pelos beneficiários com vínculo empregatício decorrente de negociação coletiva de trabalho.

17.11. Em caso de rescisão ou cancelamento do presente contrato, o benefício previsto nesta cláusula estará automaticamente cancelado, devendo a CONTRATADA oferecer aos beneficiários inscritos a possibilidade de migrar para um plano individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novas carências.

17.12. A garantia de que trata o item anterior estará condicionada a manutenção pela CONTRATADA de um plano individual/familiar registrado na ANS.

**XVIII – DAS DISPOSIÇÕES COMUNS AO PLANO DE CONTINUIDADE DO
DEMITIDO OU EXONERADO E DO APOSENTADO**

18.1. Para fins do presente contrato, entende-se por **CONTRIBUIÇÃO** qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à co-participação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica;

18.2. Para fins do presente contrato, entende-se por **MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL**, as mesmas segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos;

18.3. Para fins do presente contrato, entende-se por **NOVO EMPREGO** o novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;

18.4. Para fins do presente contrato, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, é assegurado ao empregado os direitos aqui previstos, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência à saúde.

18.5. Para fins do presente contrato, fica assegurado aos beneficiários inativos e seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, a possibilidade de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em outra operadora.



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

XIX – DAS DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS GERAIS ACERCA DO PLANO DE CONTINUIDADE DO DEMITIDO OU EXONERADO E DO APOSENTADO

19.1. Fica estabelecido pelas partes CONTRATANTE e CONTRATADA que:

a) quando da inclusão do beneficiário no plano, a CONTRATADA se obriga a entregar além dos documentos já previstos no presente Contrato, também, a cópia da Tabela de Custos Por Faixa Etária devidamente atualizada, que será adotada em caso da opção do beneficiário demitido, exonerado ou aposentado pela manutenção no plano como INATIVO.

b) os beneficiários INATIVOS, demitidos ou exonerados e aposentados, deverão pagar a Taxa Mensal de Manutenção estabelecida na Tabela de Custos por Faixa Etária, anexa ao presente instrumento, dele fazendo parte integrante para todos os fins, devidamente atualizada, diretamente para a CONTRATADA através de boleto bancário, sendo aplicável e eles as regras de pagamento constantes de documento específico.

c) em caso de atraso no pagamento da MENSALIDADE, o beneficiário INATIVO deverá pagar uma multa moratória de 2% (dois por cento) do débito em aberto, acrescido o principal e mais correção apurada pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-lose juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia.

d) em caso de inadimplência do beneficiário INATIVO no pagamento das mensalidades superior a 30 (trinta) dias, a CONTRATADA poderá proceder a exclusão do plano de saúde do beneficiário TITULAR inadimplente, e de seus dependentes, se houver.

e) não haverá distinção quanto ao valor da mensalidade entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e a este vinculados, EXCETO NO QUE SE REFERE AOS BENEFICIÁRIOS INATIVOS, quando adotado o critério de preço único.

XX - DA VIGÊNCIA E DA RENOVAÇÃO DO PRESENTE CONTRATO

20.1. O presente Contrato vigorará pelo período mínimo de 12 meses, com início no ato da assinatura do contrato pelas partes CONTRATANTE e CONTRATADA.

20.2. Após o período de vigência inicial, se não for denunciado pelas partes, o presente contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, vedada a cobrança de taxas ou qualquer outro valor em razão da renovação.

XXI- DA RESCISÃO CONTRATUAL

21.1. O presente contrato poderá ser rescindido imotivadamente, isento do pagamento de multa, somente após 12 meses de vigência inicial, por qualquer das partes, mediante aviso prévio, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência.



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

21.2. Ocorrendo a rescisão do contrato antes do período de vigência inicial 12 meses, a parte que deu causa a rescisão imotivada deverá pagar a outra uma multa equivalente à 20% (vinte por cento) da soma total das faturas devidas pela CONTRATANTE à CONTRATADA até o término do prazo de vigência de 12 meses.

21.3. O presente Contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, também pelo cometimento de falta grave por quaisquer das partes, considerando falta grave, para fins e efeitos do presente contrato, o descumprimento de quaisquer das cláusulas, ou atraso por mais de 60 dias no pagamento das FATURAS.

21.4. Em caso de atraso no pagamento das FATURAS por período superior a 30 dias, a CONTRATADA poderá suspender o atendimento aos beneficiários ATIVOS da CONTRATANTE, independentemente de prévio aviso ou notificação judicial ou extrajudicial.

21.5. Regularizado o pagamento das faturas por parte da CONTRATANTE, o atendimento aos beneficiários será restabelecido imediatamente.

21.6. A regra de suspensão do atendimento disposta no item anterior não se aplica às hipóteses dos beneficiários INATIVOS e seus dependentes, posto que os mesmos são pessoalmente responsáveis pelo pagamento de suas mensalidades.

21.7. Em caso de rescisão ou cancelamento do presente contrato, a CONTRATADA deverá oferecer aos beneficiários ATIVOS e INATIVOS inscritos, a possibilidade de migrar para um plano individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novas carências.

21.8. A garantia de que trata o item anterior estará condicionada a manutenção pela CONTRATADA de um plano individual/familiar registrado na ANS.

XXII- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer procedimento do beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato, e em correspondência posterior complementar expressamente assinada entre a CONTRATANTE e CONTRATADA.

22.2. Modificações das cláusulas deste contrato serão admitidas nos casos admitidos pela Lei e Normativas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

22.3. Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as contratantes.



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

22.4. Nos termos do disposto no artigo 6º da Resolução RDC n.º 64, de 10 de abril de 2.001, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas posteriores atualizações, as partes contratantes se comprometem a agir de acordo com os princípios éticos, estabelecidos na Resolução CFM n.º 1.246/88, de 08 de janeiro de 1988, principalmente no que se refere ao sigilo médico.

22.5. A CONTRATADA não se responsabiliza por quaisquer informações ou promessas que não esteja assinada por pessoa autorizada, nem mesmo por informações, promessas, promoções ou outros compromissos ocorridos entre a CONTRATANTE e os beneficiários e que não sejam aqueles previstos neste contrato, exceto se previamente aprovados por escrito pela CONTRATADA.

22.6. Fazem parte integrante do presente Contrato para todos os fins: as Fichas de Inscrição, as Declarações de Saúde, a Tabela de Reembolso, a Tabela de Custo por Faixa Etária para os Inativos, o Guia de Leitura Contratual, o Manual de Orientação do Beneficiário, os Termos Aditivos, as correspondências trocadas entre as partes contratantes e as encaminhadas para os beneficiários pela CONTRATADA, as faturas, e os boletos de pagamento.

XXIII- DO FORO DE ELEIÇÃO

23.1. As partes elegem, como privilegiado, o foro da sede da CONTRATANTE, para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente Contrato.

E assim, por estarem concordes nos termos acima as partes contratantes firmam o presente instrumento, em duas (2) vias de igual teor e forma, juntamente e assistidas por duas testemunhas.

Itabaiana/SE, ____ DE ____ DE
2023

CONTRATANTE
MUNICIPIO DE ITABAIANA
CNPJ : 13.104.740/0001-10

CONTRATADA
XXXXXX
CNPJ - ____ / ____ -

Testemunhas:

Nome e RG

Nome e RG



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO

PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ANEXO I

1.1. Valor das Mensalidades do Plano:

	Faixa Etária	Valor	%
1	00 – 18		
2	18 – 21		
3	21 – 25		
4	25 – 30		
5	30 – 40		
6	40 – 50		
7	50 – 60		
8	60 – 65		
9	65 +		

Mais as seguintes taxas de utilização

Valor definido por negociação entre as partes, para os beneficiários ativos e seus dependentes, para todas as faixas etárias. Considerada a idade média dos beneficiários.

Itabaiana/SE, __de____de 2023

CONTRATANTE

MUNICIPIO DE ITABAIANA
CNPJ : 13.104.740/0001-10

CONTRATADA

XXXXXX
CNPJ – xxxxxxxx/xxxx-xx

Testemunhas:

Nome e RG

Nome e RG



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA
À SAÚDE

ANEXO II

1- Tabela de custo por faixa etária para o Inativo:

	Faixa Etária	Valor	%
1	00 – 18		
2	18 – 21		
3	21 – 25		
4	25 – 30		
5	30 – 40		
6	40 – 50		
7	50 – 60		
8	60 – 65		
9	65 +		

Valor definido por negociação entre as partes, para os beneficiários ativos e seus dependentes, para todas as faixas etárias. Considerada a idade média dos beneficiários.

Itabaiana/SE, ____ de ____ de 2023

CONTRATANTE

MUNICIPIO DE ITABAIANA
CNPJ : 13.104.740/0001-10

CONTRATADA

XXXXXX
CNPJ – xxxx/xxxx-xx

Testemunhas:

Nome e RG

Nome e RG