



MINUTA EDITAL
CHAMAMENTO PÚBLICO N. 004/2017

1. PREÂMBULO

1.1. O MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE-MT, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ n. 03.507.548/0001-10, com sede na Av. Castelo Branco, Paço Municipal, n. 2.500 – CEP: 78.125-700 Várzea Grande/MT, por meio da Comissão Permanente de Licitações nomeada pela Portaria n. 006/2017 torna público, para conhecimento dos interessados, que fará realizar licitação na modalidade de **CHAMAMENTO PÚBLICO** para **CREDENCIAMENTO** objetivando **Credenciamento de Pessoa (s) Jurídica (s) devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para atuar como Administradora(s) de Benefícios objetivando disponibilizar plano (s) coletivo (s) empresarial (is) de assistência à saúde suplementar de, no mínimo, 1 (uma) operadora de planos de assistência médica, visando a prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados no País, com padrão de enfermaria e apartamento individual, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial e assistência odontológica de, no mínimo, 1 (uma) operadora de assistência odontológica aos servidores efetivos ativos e inativos, Prefeito, Vice-Prefeito, ocupantes de cargos comissionados sem vínculo efetivo com a Administração Pública Municipal, servidores requisitados para a Prefeitura Municipal de Várzea Grande/MT, seus dependentes e pensionistas**, bem como, as cláusulas abaixo descritas.

SESSÃO PÚBLICA DE HABILITAÇÃO E CREDENCIAMENTO	
Data:	12 DE MAIO DE 2017
Horário:	08h30min
Endereço: COORDENADORIA DE LICITAÇÃO - SALA DE LICITAÇÕES Avenida Castelo Branco n. 2.500, Bairro Água Limpa, CEP n.78.125-725, Várzea Grande-MT. e-mail: pregao@hotmail.com Página institucional: www.varzeagrande.mt.gov.br – link: "Licitações" Telefone n.: (65) 3688-8020	
O Termo de Referência foi formalizado pela Secretaria Municipal de Administração – Setor de Compras, que se responsabiliza pelos quantitativos e descritivos formulados.	
Observação: As respostas às solicitações, dúvidas, esclarecimentos e questionamentos, relativas ao Edital e seus anexos, inclusive de natureza técnica, serão divulgadas pela CPL por meio de disponibilização na página institucional, cabendo aos interessados o acompanhamento permanente.	



2. TIPO E REGIME DE LICITAÇÃO

2.1. O presente procedimento é autorizado através do Processo Administrativo nº 439211/2017, e será regido pela Lei nº 8.666/93 e demais condições constantes neste Edital.

3. DO OBJETO

3.1. Chamamento Público visando o **Credenciamento de Pessoa (s) Jurídica (s) devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para atuar como Administradora(s) de Benefícios objetivando disponibilizar plano (s) coletivo (s) empresarial (is) de assistência à saúde suplementar de, no mínimo, 1 (uma) operadora de planos de assistência médica, visando a prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados no País, com padrão de enfermaria e apartamento individual, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial e assistência odontológica de, no mínimo, 1 (uma) operadora de assistência odontológica aos servidores efetivos ativos e inativos, Prefeito, Vice-Prefeito, ocupantes de cargos comissionados sem vínculo efetivo com a Administração Pública Municipal, servidores requisitados para a Prefeitura Municipal de Várzea Grande/MT, seus dependentes e pensionistas**, conforme edital e anexos.

3.1. DOS PLANOS A SEREM OFERTADOS

Especificação dos LOTES:

3.1.1. LOTE 01: Credenciamento da (s) Administradora (s) de Benefícios deverá (ão) disponibilizar planos de assistência médica através da (s) operadora (s) conveniados a ela, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no país, com centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde aos servidores da Administração Pública Municipal, e seus respectivos dependentes, nos seguintes planos:

a) Enfermaria: cobertura para Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia - compreendendo todos os procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com acomodação em enfermaria nas abrangências: regional e/ou estadual e/ou nacional, e

b) Apartamento: cobertura para Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia - compreendendo todos os procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com acomodação em quarto privativo (com banheiro privativo, ar condicionado e direito a acompanhante) nas abrangências: regional e/ou estadual e/ou nacional.



3.1.2. LOTE 02: Credenciamento da (s) Administradora (s) de Benefícios com a finalidade de disponibilizar plano (s) de assistência odontológica de, no mínimo, 01 (uma) operadora de Plano (s) Odontológico (s), na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizada pela ANS, objetivando a prestação de assistência odontológica de acordo com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com abrangência regional e/ou estadual e/ou nacional aos servidores da Administração Pública Municipal, e seus dependentes.

3.2. Além dos planos acima citados, a (s) administradora (s) de benefícios poderá (ão) apresentar plano (s) opcional (is), com abrangência, segmentação, rede superior ao exigido neste Projeto Básico.

3.3. DA DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

3.3.1. Os serviços objeto do presente Projeto Básico deverão possuir as seguintes condições básicas:

a) Cobertura total do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, Anexo da Resolução Normativa de nº 387, de 28 de outubro de 2015 e suas alterações, sendo este uma referência básica para cobertura assistencial mínima obrigatória.

b) Os serviços deverão estar em conformidade com a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e suas alterações; Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e preceitos do Código do Consumidor (Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 e alterações posteriores).

3.3.2. Poderá ser excluída do plano assistencial, seguintes tratamentos:

a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

b) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

c) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

d) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

e) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

f) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos nos incisos X e XI do art. 21 da Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015 e, ressalvado o disposto no artigo 14 da mesma Resolução.

g) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;

h) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;



- i) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- j) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e
- k) Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

3.3.3. Da Urgência e Emergência

3.3.3.1. Considera-se como atendimento urgência e emergência na segmentação ambulatorial, o atendimento limitada até as primeiras 12 (doze) horas, sem necessidade de prévia liberação.

3.3.3.2. É assegurado o atendimento de urgência e emergência para internação (segmentação hospitalar), após as 24 (vinte e quatro) horas, contadas da adesão do beneficiário ao (s) plano (s), inclusive se decorrentes de complicações de gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções dos beneficiários, incluindo eventual necessidade de remoção.

3.3.3.3. A (s) operadora (s) deverá (ão) garantir a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os usuários portadores de contrato de plano ambulatorial.

3.3.4. Da Remoção

3.3.4.1. A remoção de beneficiários que possuam planos privados de assistência à saúde que já tenham cumprido o período de carência, é obrigatória, a partir da ciência da operadora de planos privados de assistência à saúde, conforme estabelecido na Resolução Normativa nº 347, de 2 de abril de 2014, quando ocorrer:

- a)** de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;
- b)** de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;
- c)** de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;
- d)** de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital cooperado,



referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto nos Arts. 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011; e

e) de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

3.3.4.1.1. A remoção de beneficiários somente poderá ser realizada mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, e após a autorização do médico assistente. **8.4.2.** A remoção de beneficiários que possuam planos privados de assistência à saúde com segmentação hospitalar, que já tenham cumprido o período de carência não será obrigatória nas seguintes hipóteses:

a) de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores previstos nos Arts. 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa nº 259, de 2011; ou

b) de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano privado de assistência à saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora.

3.3.4.2. Os contratos de planos privados de assistência à saúde podem conter cláusulas mais amplas do que as estabelecidas no Item 8.4.1., abrangendo, inclusive, as hipóteses contidas no Item 8.4.2.

3.3.4.2.1. As cláusulas mais amplas a que se refere o caput podem também estar previstas em termo ou instrumento, apartado do contrato de planos privados de assistência à saúde, que preveja cobertura adicional referente à remoção.

3.3.5. Das Internações:

3.3.5.1. Os serviços de internação hospitalar compreenderão o seguinte:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

b) 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;

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) 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;

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes: crianças e adolescentes menores de dezoito anos, idosos a partir de 60 anos de idade, e pessoas com deficiências.

g) cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar;

3.3.5.1.1. Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e nas alíneas “c”, “d”, “e” e “g” do Item 8.5.1.

3.3.5.1.2. Nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, esta deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.

3.3.5.2. As internações eletivas ou programadas prescindem de autorização prévia da operadora do plano, que avaliará as causas do pedido de hospitalização, devendo a solicitação de internação estar acompanhada de laudo do médico assistente em que conste diagnóstico ou hipótese de diagnóstico, tipo de tratamento e período provável de internação.

3.3.6. Das Consultas Médicas e Exames:

3.3.6.1. Aos beneficiários do (s) plano (s) aderidos, serão ofertadas consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

3.3.6.2. Os assuntos relativos às consultas e procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento médico serão cumpridos conforme disposto no art. 21 da Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015;

3.3.7. Da Assistência Obstétrica:

3.3.7.1. Os serviços de obstetrícia ofertados nos planos de saúde, compreenderão as fases: do pré-natal, da assistência ao parto e do puerpério, observando-se as seguintes exigências: **8.7.1.1.** Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) pré-parto;

b) parto; e

c) pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente;

3.3.7.2. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e



3.3.7.3. Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

3.3.8. Do Plano Odontológico:

3.3.8.1. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo I da Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015.

3.3.8.1.1. Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar e plano-referência.

3.3.8.1.2. Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Anexo I para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos.

3.3.8.1.3. É obrigatória a cobertura dos atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas específicas vigentes sobre o tema.

4. DA FONTE DE RECURSOS, VALORES E REAJUSTES

4.1. Não haverá qualquer pagamento pela Administração Pública Municipal à (s) Administradora (s) de Benefícios, ficando a (s) Administradora (s) de Benefícios responsável pela cobrança aos beneficiários do valor da mensalidade do plano de saúde e/ou plano odontológico escolhido (s), que se dará mediante consignação em folha de pagamento, boleto bancário ou autorização de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário.

4.1.1. Será realizado o pagamento por meio de boleto bancário tão somente nos casos de desligamento de vínculo empregatício do servidor, titular do benefício, por exoneração, demissão ou morte, com a Administração Pública Municipal, ficando o beneficiário responsável por pagamento integral do plano perante a (s) Administradora (s) de Benefícios.

4.2. PDI

PERSPECTIVA			
OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	META DE LONGO PRAZO	INICIATIVAS
12. Assegurar a qualidade e a celeridade dos serviços prestados ao cidadão.	12.6 Tempo médio de tramitação dos procedimentos licitatórios por modalidade.	12.6 Reduzir o tempo médio de tramitação dos processos licitatórios, modalidade pregão, de 144 dias para 72 dias até dezembro/2033.	12.6.1 Racionalizar os procedimentos, rotinas e fluxos para obtenção de resultados favoráveis. Projetos: 2203 e 2007



ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE LICITAÇÃO

PROC. ADM. N. 439211/2017

CHAMAMENTO N. 004/2017

PLANO DE AÇÃO				
Meta Anual:	12.6 Reduzir o tempo médio de tramitação dos processos licitatórios, modalidade pregão, de 144 dias para 72 dias até 31 de dezembro/2017	Resp:	Luciana Martiniano de Sousa	
Medidas – Atividades (O quê?)	Resp. (Quem?)	Prazo (Qdo?)		Justificativa (Por quê?)
		Início	Fim	
Solicitar as secretarias via ofício, o levantamento das necessidades de aquisição de bens e serviços, bem como as dotações orçamentárias e declaração da ciência do fiscal.	Daniel Felipe Figueiredo de Arruda	02/01/17	31/12/17	Para atender as necessidades das secretarias.

4.3. Os valores das mensalidades serão definidos por tipo de plano de saúde e pelas seguintes faixas etárias (determinadas pela Agência Nacional de Saúde – ANS):

Faixa etária	Observações
1ª) 0 a 18 anos 2ª) 19 a 23 anos 3ª) 24 a 28 anos 4ª) 29 a 33 anos 5ª) 34 a 38 anos 6ª) 39 a 43 anos 7ª) 44 a 48 anos 8ª) 49 a 53 anos 9ª) 54 a 58 anos 10ª) 59 anos ou mais	A Resolução Normativa (RN nº 63), publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). A Resolução determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima.

4.4. DO REAJUSTE ANUAL



4.4.1. O reajuste anual do(s) plano(s) de saúde respeitará o disposto na Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, através dos seguintes critérios:

4.4.1.1. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.

4.4.1.2. É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos com 30 (trinta) ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.

4.4.1.3. Para os efeitos a quantidade de beneficiários em um contrato deverá ser apurada anualmente no mês de seu aniversário, ressalvada a hipótese prevista no Art. 6º § 1º da Resolução Normativa nº 309, de 24/10/2012.

4.4.1.4. Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a (s) administradora (s) de benefícios na condição de estipulante, para a apuração da quantidade de beneficiários, a operadora deverá levar em conta todos os beneficiários vinculados ao contrato com a (s) administradora (s).

4.4.1.5. O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

4.4.1.6. O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedado qualquer tipo de variação.

4.4.1.7. O percentual de reajuste somente será aplicado aos contratos agregados ao agrupamento considerando a data do seu último aniversário ou, na hipótese de inexistência dessa data, se foram agregados ao agrupamento no momento de sua assinatura.

4.4.2. Respeitadas as disposições da legislação em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários da Administração Pública Municipal 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 e da (s) Administradora (s), bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

4.4.3. Qualquer reajuste a ser aplicado no (s) contrato (s) de plano (s) de saúde e/ou odontológica pela (s) Administradora (s) de Benefícios, deverão ser devidamente justificada e demonstrada a necessidade da aplicação do reajuste, sendo que só poderá executá-lo mediante anuência da Administração Pública Municipal.

4.4.3.1. Apresentação de base de cálculo de reajuste deverá ser encaminhada com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias anterior à data estimada para sua aplicação.

5. DA PARTICIPAÇÃO

5.1. Poderão participar do processo de Chamamento Público para credenciamento a (s) Administradora (s) de Benefícios que atenderem plenamente a todas as exigências constantes deste Projeto Básico e seu (s) Anexos, inclusive quanto à documentação e aos requisitos de habilitação e disponibilizem no



mínimo 01 (uma) operadora de planos de assistência médica, e/ou 01 (uma) operadora que assegure assistência odontológica, devidamente autorizadas pela ANS;

20.1.1. As operadoras disponibilizadas pela (s) administradora (s) de benefícios, para atender ao quantitativo mínimo de 01 (uma) operadora estabelecido no item 3, não podem pertencer ao mesmo grupo econômico, ou no caso de cooperativas, ao mesmo sistema cooperativo, ou estarem em situação de direção fiscal decretada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, independentemente do quantitativo disponibilizado;

20.2. Não será admitida nesse processo de Chamamento Público a participação de empresas em situações elencadas abaixo, para atuar como Administradoras de Benefícios:

- a)** Concordata ou em processo de falência, em recuperação judicial ou extrajudicial, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;
- b)** Que estejam com o direito de licitar e contratar com a Administração Pública, suspenso ou que por esta tenham sido declaradas inidôneas;
- c)** Que estejam sob pena de interdição de direitos previstos na Lei nº. 9.605/98;
- d)** Estrangeiras que não funcionem no País;
- e)** Que não tenham ramo de atividade pertinente ou compatível ao objeto do presente processo de Chamamento Público inscrito no contrato social;
- f)** Pessoa Jurídica que dentre seus dirigentes, sócios, acionistas, responsáveis técnicos ou legais figure como funcionário, servidor ou ocupante de cargo comissionado na Administração Pública Municipal.

6. DA IMPUGNAÇÃO

6.1. Qualquer pessoa, física ou jurídica, é parte legítima para solicitar esclarecimentos ou providências em relação à presente CHAMADA PÚBLICA, ou ainda para impugnar este Edital, desde que o faça até 05 (cinco) dias úteis após a data de sua publicação;

6.1.1. As impugnações ou pedidos de esclarecimentos ao Edital deverão ser dirigidos ao Presidente da Comissão e protocolados em dias úteis, das 08h00min às 12h00min e das 14h00min às 18h00min, na Rua Castelo Branco nº 2500, Água Limpa, Várzea Grande – MT.

6.1.2. O presidente da Comissão deverá decidir sobre a impugnação no prazo de 03 (três) dias úteis, contados protocolização do requerimento;

6.1.3. O acolhimento da impugnação implicará a suspensão da presente Chamada Pública, devendo ser designada nova data para a publicação de novo edital.

6.2. A impugnação deverá, obrigatoriamente, estar acompanhada de CPF ou RG, em se tratando de pessoa física, e de CNPJ, em se tratando de pessoa jurídica (por documento original ou cópia autenticada), bem como do respectivo ato constitutivo e procuração, na hipótese de procurador, que comprove que o signatário, efetivamente, representa e possui poderes de representação da impugnante.

7. DA APRESENTAÇÃO DOS ENVELOPES E CREDENCIAMENTO



7.1. Os interessados no presente credenciamento deverão protocolar no período, local e horário indicado no edital de credenciamento, 02 (dois) envelopes identificados, lacrados e fechados, sendo diferenciados onde um conterá a documentação pertinente à sua **Habilitação** e outro envelope conterá a **Proposta de Preços** e condições que pretende prestar os serviços, endereçando-o com o nome e sede da entidade/prestadora, e a descrição do objeto do presente edital.

7.2. Não serão recebidos envelopes após o prazo, dia e horário estabelecidos, bem como não serão aceitos aqueles enviados pelo correio, que chegar após a abertura da sessão.

7.3. O interessado poderá se fazer representar na sessão de abertura, diretamente, por diretor ou um de seus sócios, ou indiretamente, por meio de procuração ou carta de credenciamento específica.

7.4. Em se tratando de representante legal da empresa, sócio ou diretor, deverá ser apresentada cópia do contrato, com a última alteração, ou do estatuto social e, quando for o caso, ata da eleição da Diretoria, em cópia autenticada, indicando a sua qualificação e seus poderes.

7.5. Em se tratando de instrumento particular de procuração, este deverá ser apresentado no original ou em cópia autenticada, conferindo amplos poderes, inclusive para receber intimações, assinar contratos e desistir de recursos, firmado por representante legal da empresa, com firma reconhecida em Cartório de Notas.

7.6. Em se tratando de carta de credenciamento, a mesma deverá ser apresentada no original, com firma reconhecida ou firmada por duas testemunhas devidamente qualificadas, com indicação do nome, RG, CPF e endereço.

7.7. Os contratos sociais, estatutos sociais, atas de eleição, procurações e as cartas de credenciamento, acompanhados respectivamente de Cédula de Identidade de Registro Geral do Diretor ou Sócio da empresa, dos procuradores ou do representante credenciado, serão apresentados à Comissão, que os examinará no início da sessão, antes da abertura dos envelopes.

7.8. Cada interessado somente poderá constituir um único representante para se manifestar durante os trabalhos.

7.9. A não apresentação do credenciamento apenas impedirá o interessado de se manifestar durante os trabalhos, não lhe sendo permitidas refutações orais.

7.10. Os documentos de credenciamento serão retidos e juntados ao processo de credenciamento.

8. DA HABILITAÇÃO

8.1. A documentação poderá ser apresentada em original, por qualquer processo de cópia autenticada em Cartório de Notas e Registros ou por membro da CPL, ou, ainda, por publicação em órgão de imprensa oficial. Não serão autenticados quaisquer documentos no ato da sessão pelo Presidente ou Equipe da CPL.

8.2. O Presidente da CPL reserva-se ao direito de solicitar o original de qualquer documento, sempre que tiver dúvida e julgar necessário.

8.3. Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitações de documentos em substituição aos documentos requeridos no presente Projeto Básico e seus Anexos e nem documentos cujas datas estejam rasuradas.



8.4. A Prefeitura Municipal de Várzea Grande/MT poderá utilizar os sites oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões para comprovação da regularidade do licitante.

8.5. O Envelope "Documentos de Habilitação" deverá conter os documentos preferencialmente em ordem, com suas páginas numeradas sequencialmente, a seguir relacionados os quais dizem respeito a:

8.6. Da Habilitação Jurídica:

8.6.1. Registro comercial, no caso de empresa individual, ou **ato constitutivo, estatuto ou contrato social** em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores.

8.6.1.1. Os documentos acima deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva;

8.6.2. Cédula de Identidade ou outro documento de identificação dos representantes da empresa (sócios/proprietários).

8.7. Da regularidade Fiscal e Trabalhista:

8.7.1. Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);

8.7.2. Inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual e/ou Municipal - Boletim de Cadastro Mobiliário relativa ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

8.7.3. Certidão de regularidade de débito com as Fazendas:

- a. Federal:** Certidão Unificada Negativa ou Certidão Unificada Positiva com efeito negativo de Tributos Federais e Previdenciários, conforme Portaria 358 de 5 de setembro de 2014. Ainda será aceito, a apresentação das mesmas separadamente, desde que válidas;
- b. Estadual:** Certidão Negativa de débitos ou positiva com efeito de negativa Estadual (CND) **no caso de Mato grosso especifica para participar de licitações**, expedida pela Agência Fazendária da Secretaria de Estado de Fazenda do respectivo domicílio tributário;
- c. Municipal:** Certidão Negativa de Débito Municipal ou positiva com efeito de negativa, expedida pela Prefeitura do respectivo domicílio tributário;

8.7.4. Certidão de Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);

8.7.5. Certidão de Regularidade Fiscal de Débitos Trabalhistas (CNDT) em cumprimento a Lei n. 12.440/2011 art. 29, inciso V, a mesma pode ser retirada no site: www.tst.jus.br/certidao.

8.7.6. Certidão de Regularidade de Dívida Ativa de competência da Procuradoria Geral do Estado do respectivo domicílio tributário da empresa. (Ressalvam-se os casos de unificação de certidão por força de legislação Estadual, quando será aceita a certidão unificada).

8.7.7. Certidão de Regularidade de Dívida Ativa de competência da Procuradoria Municipal do respectivo domicílio tributário da empresa (Ressalvam-se os casos de unificação de certidão por força de legislação municipal, quando será aceita a certidão unificada);

NOTA: As datas de validades aceitas nas certidões serão as datas consignadas nos documentos, ou na omissão de validade, considera-se 90 (noventa) dias da data de emissão.



8.8. Relativos à Qualificação Econômico-Financeira

8.8.1. Certidão Negativa de falência ou concordata e/ou recuperação judicial ou extrajudicial, expedida pelo distribuidor da sede da licitante, observadas as disposições da Lei nº 11.101/2005.

a) Quando a Certidão não estiver com indicação de prazo de validade, nestes casos, será considerado **o prazo de 90 (noventa) dias**, a contar da data da expedição da mesma.

b) Para as praças onde houver mais de um cartório distribuidor, deverão ser apresentadas tantas certidões de falência quantos forem os cartórios, cada uma emitida por um distribuidor.

8.8.2 Balanco patrimonial e demais demonstrações contábeis do último exercício social da empresa Licitante, já exigíveis e apresentados na forma da Lei, devidamente registrado na junta comercial ou cartório (deverá conter carimbo ou etiqueta ou chancela da junta Comercial) fundamentado no art. 1.181 da Lei 10.406/02, Resolução CFC (Conselho Federal de Contabilidade) nº 583/83 § 2º do art. 1.184 da Lei 10.406/02, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados pelos índices oficiais quando encerrados a mais de 03 (três) meses da data de apresentação da proposta.

8.8.2.1. Por "*Balanco Patrimonial apresentado na forma da Lei*", considere-se o seguinte:

a) no caso das sociedades por ações, deverá ser apresentado o balanço patrimonial publicado em órgão de imprensa oficial ou conforme dispuser a Lei Federal nº 6.404/76;

b) no caso das demais sociedades comerciais, deverá ser apresentado o balanço patrimonial transcrito no "Livro Diário" da empresa, devidamente assinado pelo contador responsável e pelo representante legal, e acompanhado de seus respectivos termos de abertura e encerramento (igualmente assinados pelo contador e pelo representante legal da empresa), sendo devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou Cartório de Títulos e Documentos; ou por SPED DECRETO 8.683/2016.

8.8.3. A comprovação da boa situação financeira da empresa Licitante será baseada no cálculo (que deverá ser apresentado pela licitante, assinado pelo seu contador), será demonstrada pela obtenção dos índices de Liquidez Corrente (LC), Liquidez Geral (LG) e Grau de Endividamento (GE), resultante da aplicação da fórmula estabelecida abaixo:

$$LC = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$

$$LG = \frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a Longo Prazo}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível a Longo Prazo}}$$

$$GE = \frac{\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível a Longo Prazo}}{\text{Ativo Total}}$$

8.8.4. A comprovação da boa situação financeira da empresa Licitante será baseada na Comprovação de patrimônio líquido, no valor mínimo de 10% (dez por cento) do valor estimado da contratação,



quando qualquer dos índices Liquidez Geral, Liquidez Corrente e Solvência Geral, for igual ou inferior a 1;

8.8.5. As microempresas e as empresas de pequeno porte, que preencham as condições estabelecidas no art. 34 da Lei n.º 11.488/07, estão dispensadas do balanço patrimonial apenas para fins fiscais. Assim, para a presente licitação, é **OBRIGATÓRIA** a apresentação desta peça, dispensando-se apenas a publicação e a sua transcrição no livro diário;

8.8.6. Serão considerados aceitos, na forma da lei, o Balanço Patrimonial e Demonstração de Resultado apresentados em uma das seguintes formas:

- Publicados em Diário Oficial;
- Publicados em Jornal;
- Por cópia ou fotocópia registrada ou autenticada na Junta Comercial da sede ou domicílio da licitante; e Observações:
 - As empresas recém-constituídas, cujo Balanço Patrimonial ainda não seja exigível, deverão apresentar o Balanço de Abertura registrado na junta comercial, contendo carimbo e assinatura do representante legal da empresa e do contador.
 - As empresas que estiveram inativas no ano anterior deverão apresentar cópia da declaração de inatividade entregue à Receita Federal, apresentando o último balanço patrimonial que antecede à condição de inatividade.

8.9. Qualificação Técnica

8.9.1. Apresentar atestado de capacidade técnica em original, cópia autenticada em cartório ou cópia autenticada pela CPL apresentando o documento original, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, em nome e a favor da empresa licitante, que comprove(m) o fornecimento de assistência a saúde e/ou odontológica para, no mínimo, 10% (dez por cento) do quantitativo de beneficiários previsto neste Projeto Básico. Caso o atestado seja emitido por pessoa jurídica de direito privado, deverá **obrigatoriamente** ser apresentado com firma reconhecida em cartório.

8.9.1.1 Os atestados de capacidade técnica/responsabilidade técnica poderão ser apresentados em nome e com CNPJ da matriz e/ou da (s) filial (ais) da licitante:

- a)** A responsabilidade é da empresa licitante pela autenticidade da documentação solicitada no item acima, artigos 297 a 301 do Código Penal.
- b)** É facultado a CPL ou autoridade superior de promover diligências, conforme disposto no art. 43, § 3º, Lei nº. 8.666/93.

8.9.1.2. Será admitido o somatório de atestados quando se referirem à execução de serviços similares e compatíveis desde que prestado simultaneamente.

8.9.2. Apresentar prova de registro na ANS da (s) Administradora (s) de Benefícios e da (s) operadora (s) a ela vinculada (s), mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro.

8.9.3. Apresentar prova de registro na ANS do (s) plano (s) ofertado (s) com abrangências: regional e/ou estadual e/ou nacional, bem como, da segmentação assistencial oferecida nos termos do art. 6º



da Resolução Normativa nº 387/2015, mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro.

8.9.4. Apresentar certidão expedida pela ANS de que a (s) Administradora (s) atende às exigências de ativos garantidores, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009, relativa ao 3º trimestre de 2016, exigível na forma da lei.

8.9.5. Termo de contrato ou congênere celebrado entre a Administradora de Benefícios e a operadora de plano de saúde, em que estejam claramente definidas as responsabilidades e se comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com a Administração Pública Municipal, destacando-se a impossibilidade de repasse de qualquer inadimplência dos beneficiários a este Município.

8.10. Documentações Complementares

8.10.1. Declaração que não possui em seu quadro de pessoal, empregados com menos de 18 (dezoito) anos, em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e menores de dezesseis anos, em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal.

8.10.2. Declaração de inexistência de fato impeditivo de habilitação, em papel timbrado da licitante, firmada pelo responsável legal, com indicação do nome, cargo e atestando, sob as penalidades cabíveis a inexistência de fato impeditivo à sua habilitação.

8.10.3. Declaração de que nos seus quadros não estão empregados, servidores públicos exercendo funções de gerência, administração ou tomada de decisão perante esta Administração.

8.10.4. Declaração do licitante, devidamente assinada pelo seu responsável de que recebeu todos os documentos, que tomou conhecimento de todas as informações e das condições dos locais para cumprimento das obrigações objeto desta licitação, e, ainda, de aceitação das exigências do Edital.

8.10.5. Em nenhuma hipótese a licitante poderá alegar desconhecimento, incompreensão, dúvidas ou esquecimento de qualquer detalhe relativo a execução do objeto, responsabilizando-se por qualquer ônus decorrentes desses fatos.

8.10.6. Todo e qualquer documento apresentado em Língua Estrangeira em deverá estar acompanhado da respectiva tradução para o idioma pátrio, feita por tradutor publico juramentado.

8.10.7. Se a documentação de habilitação não estiver completa e correta ou contrariar qualquer dispositivo deste Projeto Básico e seus anexos, o Presidente da CPL considerará o proponente inabilitado.

8.10.8. Verificado o atendimento das condições de habilitação de proponente de menor preço, esta será declarada vencedora, sendo-lhes adjudicado o objeto desta licitação.

8.10.9. O licitante enquadrado como microempreendedor individual que pretenda auferir os benefícios do tratamento diferenciado previstos na Lei Complementar n. 123, de 2006, estará dispensado (a) da prova de inscrição nos cadastros de contribuintes estadual e municipal e (b) da apresentação do balanço patrimonial e das demonstrações contábeis do último exercício.



8.10.10. A existência de restrição relativamente à regularidade fiscal não impede que a licitante qualificada como microempresa ou empresa de pequeno porte seja declarada vencedora, uma vez que atenda a todas as demais exigências do edital.

8.10.11. Constatada a existência de alguma restrição no que tange à regularidade fiscal, a licitante qualificada como microempresa ou empresa de pequeno porte será convocado para, no prazo de **5 (cinco) dias úteis**, após a declaração do vencedor, comprovar a regularização. O prazo poderá ser prorrogado por igual período, a critério da administração pública, quando requerida pelo licitante, mediante apresentação de justificativa.

8.10.12. A não-regularização fiscal no prazo previsto no subitem anterior acarretará a inabilitação do licitante, sem prejuízo das sanções previstas neste Projeto Básico, com a reabertura da sessão pública.

8.10.13. Como condição prévia ao exame da documentação de habilitação do licitante detentor da proposta classificada em primeiro lugar, o Presidente da CPL verificará o eventual descumprimento das condições de participação, especialmente quanto à existência de sanção que impeça a participação no certame ou a futura contratação, mediante a consulta aos seguintes cadastros:

- Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas – CEIS, mantido pela Controladoria-Geral da União (www.portaldatransparencia.gov.br/ceis);
- Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça (www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php).
- Lista de Inidôneos, mantida pelo Tribunal de Contas da União – TCU.

9. DO JULGAMENTO DA HABILITAÇÃO

9.1. No dia e horário estabelecidos, na presença dos interessados, serão abertos os envelopes de HABILITAÇÃO pela Comissão especialmente designada, os quais serão rubricados por todos os presentes.

9.2. Após rubrica, todos os interessados poderão analisar os documentos apresentados, apontando eventuais inconsistências que serão consignadas em ata.

9.3. Após o apontamento das eventuais inconsistências será proferido julgamento pela Comissão acerca da habilitação. Caso a Comissão considere necessário maior tempo para análise dos documentos, a sessão poderá ser suspensa e reaberta posteriormente com intimação dos participantes.

9.4. Será considerado inabilitado o licitante que não apresentar a documentação pertinente à sua participação ou que apresentar os documentos em desconformidade com a legislação (Lei 8.666/93).

9.5. Após o exame dos documentos, o Presidente da Comissão designada cientificará os interessados sobre o resultado de habilitação, pessoalmente, caso o resultado seja proferido em sessão pública, ou através de publicação por meio da imprensa oficial, quando o julgamento for realizado em sessão interna.

9.6. Transcorridos os prazos de recurso ou decididos os recursos eventualmente interpostos, serão retomados os trabalhos da Comissão Permanente de Licitações, com a convocação dos licitantes habilitados para próxima fase.



10. DA PROPOSTA

10.1. A proposta deverá ser apresentada conforme o modelo e orientações descritas no Anexo I deste projeto Básico. Deverá conter, na forma e no conteúdo, as exigências deste Edital, especialmente o que segue:

10.1.1. Nome e endereço do proponente, CNPJ, Inscrição Estadual e municipal, Telefone e e-mail;

10.1.2. Número da conta corrente, Banco e Agência;

10.2. As propostas que não estiverem em consonância com as exigências deste Edital, serão desconsideradas;

11. DA DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS E DOS RECURSOS

11.1. Analisada a habilitação e propostas, verificando o cumprimento das exigências do Edital, a Prefeitura Municipal de Várzea Grande divulgará os resultados, por meio de publicação por meio da imprensa oficial.

11.2. Os interessados poderão recorrer do resultado publicado, apresentando suas razões devidamente fundamentadas e por escrito, no prazo de até 03 (Três) dias úteis, contados do primeiro dia útil subsequente à data da divulgação, ficando, nesse período, autorizado que tenha vistas ao seu processo.

11.3. O recurso limitar-se-á a questões de habilitação e propostas, e serão considerados os documentos anexados em fase de recurso.

11.4. O recurso deverá ser protocolizado junto ao Protocolo Geral, sendo dirigido à Comissão Permanente de Licitações.

11.5. Serão conhecidos somente os pedidos de revisão tempestivos, motivados e não protelatórios.

11.6. Decidido em todas as instâncias administrativas sobre os recursos interpostos, o resultado final do processo de credenciamento será divulgado por meio da imprensa oficial.

12. DA CONTRATAÇÃO

12.1. O Código de Defesa do Consumidor elaborado em 1990 representou um movimento institucional relevante que precedeu a promulgação da Lei 9656/98. Os crescentes conflitos entre operadoras de planos de saúde e consumidores, no período, podiam ser observados através das inúmeras queixas registradas nesses órgãos. Tanto a definição, na Constituição Federal, do segmento privado de saúde como objeto de regulação, quanto à promulgação da Lei 8078/90, o Código de Defesa do Consumidor, marcaram a primeira fase desse processo. Essa lei, ainda que não tratasse especificamente das relações de consumo na saúde supletiva, representa um instrumento legal de defesa dos direitos do consumidor em ações contra as operadoras até os dias atuais. Antes da Lei 9656/98, o acesso aos procedimentos médicos era definido através de contratos firmados entre operadoras de planos de saúde e beneficiários. Assim, não havia cobertura mínima obrigatória definida e tratamentos de alto custo, doenças crônico-degenerativas, doenças infecciosas, dentre outras, eram excluídos dos contratos pelas operadoras. Neste sentido, a elaboração e promulgação da lei, por si só, são avaliadas como um enorme ganho para a sociedade, uma vez que nortearam a dimensão da assistência desse segmento.



Colaborando neste intuito, as Administradoras de Benefícios são empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por operadoras de planos de saúde; não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos e mantém a condição de estipulante e intermediadora nos serviços de assistência à saúde, conforme preceitua a Resolução Normativa nº 196 de 14 de julho de 2009 da ANS.

12.2. Diante o exposto, e buscando maior eficiência e qualidade dos serviços oferecidos aos beneficiários do Município de Várzea Grande, entende-se ser plausível a contratação, mediante Chamamento Público para credenciamento de administradora (s) de benefícios, desenvolvendo o papel de intermediária no relacionamento entre o usuário e a (s) operadora (s) de planos de saúde.

12.3. O fato de o Município possibilitar o credenciamento de mais de 01 (uma) Administradora de Benefícios, contribuirá para a oferta de variados planos de saúde, ficando à escolha do servidor a melhor opção custo/benefício, proporcionando segurança e tranquilidade ao público alvo objeto desta contratação e especialmente sobre a qualidade de vida dos servidores que usufruírem dos planos disponibilizados.

13. DA ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO

13.1. A Pessoa Jurídica a ser contratada será notificada via e-mail ou por correspondência privada para, em até 05 (cinco) dias corridos, contados da data do recebimento da notificação, assinar o respectivo instrumento, sob pena de decair do direito de celebrar o ajuste com a Administração Pública.

13.2. O prazo de convocação poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pela parte durante o seu transcurso, e desde que ocorra motivo justificado, aceito pela Secretária Municipal de Saúde.

14. DO PAGAMENTO

14.1. Inexiste a indicação e destaque de recursos orçamentários e financeiros provenientes da Administração Pública Municipal, a ser repassado diretamente para a (s) Administradora (s) de Benefícios credenciada (s), considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência médica e/ou odontológica é de responsabilidade exclusiva do servidor, que optar por aderir a qualquer do (s) plano (s) disponibilizado (s) pela (s) operadora (s) conveniada (s) a (s) administradora (s) credenciada (s).

14.2. O pagamento será realizado na modalidade pós-pagamento, mediante autorização de débito em conta corrente, mediante a consignação em folha de pagamento, a ser indicada no ato de adesão pelo beneficiário.

14.3. Não caberá qualquer ônus a Administração Pública Municipal, tendo em vista que a responsabilidade pelo pagamento cabe tão somente ao beneficiário do (s) plano (s), optante pela adesão.

15. DAS SANÇÕES



ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE LICITAÇÃO

PROC. ADM. N. 439211/2017

CHAMAMENTO N. 004/2017

15.1. Aquele que, convocado dentro do prazo de validade de sua proposta, não assinar o Termo de Acordo, deixar de entregar ou apresentar documentação falsa exigida para o certame, ensejar o retardamento da execução de seu objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do Termo de Acordo, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal; garantido o direito à ampla defesa, ficará impedido de licitar e de contratar com o município, pelo prazo de até 2 (dois) anos, sem prejuízo das multas previstas em edital e no termo e das demais cominações legais.

15.2. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, a (s) Administradora (s) de Benefícios, assegurado o contraditório e a ampla defesa, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

a) advertência por escrito;

b) 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 (s) Administradora (s) de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;

c) 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 (s) Administradora (s) de Benefícios credenciada (s), no caso de inexecução total dos serviços;

d) suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a Administração pelo prazo não superior a 02 (dois) anos;

e) declaração de inidoneidade para licitar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes de punição, até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, reabilitação esta que será concedida sempre que a Credenciada ressarcir à Credenciante pelos prejuízos e, depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base nas letras "a", "b", "c" e "d";

f) rescisão automática do Termo de Acordo, sem prejuízo de ações civis e criminais.

15.3. As sanções previstas nas alíneas "a" e "b" poderão ser aplicadas concomitantemente com a alínea "c", facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;

15.4. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no presente Projeto Básico, no Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação aos Beneficiários e à Administração Pública Municipal apuradas em processo administrativo.

15.5. As multas previstas nesta seção não eximem a adjudicatária da reparação de eventuais perdas e danos ou prejuízos que seu ato punível venha causar a Credenciante.

15.6. Se a (s) Credenciada (s) não proceder ao recolhimento da multa no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação por parte do Administração Pública Municipal, o valor será encaminhado para inscrição em Dívida Ativa e execução pela Procuradoria Geral do Município. Do ato que aplicar penalidade caberá recurso, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da ciência da notificação,



podendo a Administração reconsiderar sua decisão ou nesse prazo encaminhá-la devidamente informada para a apreciação e decisão superior, dentro do mesmo prazo.

15.7. As penalidades pecuniárias a que se referem às cláusulas anteriores poderão ser cobradas administrativamente ou judicialmente, aplicando-se subsidiariamente as normas previstas na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

16. DA RESCISÃO DO TERMO DE ACORDO

16.1. O Termo de Acordo somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou, ainda, sobrevindo caso fortuito ou de força maior, idem com relação a justo motivo, inclusive na hipótese de inexecução total ou parcial de qualquer de suas cláusulas e condições.

16.2. Obrigam-se os signatários a cumprir todas as cláusulas e condições durante o prazo de 60 (sessenta) dias que anteceder à rescisão.

17. DAS OBRIGAÇÕES DA EMPRESA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

17.1. Apresentar aos Beneficiários da Administração Pública Municipal, no mínimo 01 (uma) operadora de planos de assistência médica e/ou 01 (uma) de assistência odontológica devidamente registrada na ANS;

17.2. Deverá possuir a facilidade de central de atendimento, através do serviço 0800, 24 (vinte quatro) horas, para os esclarecimentos que se fizerem necessários, e disponibilizar, no mínimo, 01 (um) funcionário devidamente habilitado para todo o período de vigência do Termo de Acordo, auxiliando no atendimento ao público a fim de esclarecimento de dúvidas quanto ao (s) plano (s) ofertado (s), procedimento a adotar para adesão, treinamento de pessoal e outras questões referentes ao (s) plano (s) assistencial (is), estando à disposição da Administração Pública Municipal para correta execução do objeto.

17.3. Negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, acerca dos aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência médica e/ou odontológica, aplicação de mecanismos de regulação estabelecidos pelas operadoras dos planos de saúde e/ou odontológico; e reajuste das mensalidades dos planos;

17.4. Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica e/ou odontológica junto aos beneficiários da Administração Pública Municipal.

17.5. Orientar os beneficiários a respeito do Projeto Básico, bem como Termo de Acordo específico que vier a ser firmado;

17.6. Exigir dos beneficiários documentos que comprove seu vínculo junto à Administração Pública Municipal, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;

17.7. Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;

17.8. Acompanhar a prestação dos serviços das operadoras estipuladas, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários;



17.9. Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica e/ou odontológico, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada no Projeto Básico e na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;

17.10. Negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos, posteriormente, requerendo anuência da Administração pública Municipal, para então comunicar os beneficiários, na forma da legislação vigente;

17.11. Encaminhar com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data estimada para aplicação do reajuste no (s) contrato (s) de plano (s) assistencial (is), a proposta de reajuste contendo base de cálculo com devida justificativa do motivo da tal necessidade.

17.12. A (s) administradora (s) de benefícios credenciada (s) deverá (ão) zelar pelo sigilo das informações assistenciais, devendo comprovar que possui (em) profissional técnico habilitado, observando o que dispõe a Resolução Normativa nº 255/2011;

17.13. Manter, enquanto durar o ajuste, todas as condições que ensejaram o credenciamento, particularmente ao que se refere à atualização de documentos e as condições exigidas por ocasião da realização de inspeções;

17.14. Comunicar o gestor deste instrumento, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços;

17.15. Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Fiscalização do Termo de Acordo, 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;

c) Parecer Médico.

17.16. Encaminhar toda minuta/modelo de contrato de plano (s) assistencial (is) a ser assinado com beneficiário titular para análise e anuência pela Administração Pública Municipal.

17.17. É vedado à (s) Administradora (s) de Benefícios, transferir a terceiros total ou parcialmente a oferta de planos (s) de saúde e odontológico, decorrente do objeto do Termo de Acordo, celebrado junto à Administração Pública Municipal.

18. DAS OBRIGAÇÕES DA OPERADORA DE ASSISTENCIA MÉDICA

18.1. Caberá à (s) Operadora (s) de assistência médica contratada (s) pela (s) Administradora (s) de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei nº. 9.656/98, e da Resolução Normativa nº. 387/2015, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados.



ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE LICITAÇÃO

PROC. ADM. N. 439211/2017

CHAMAMENTO N. 004/2017

18.2. 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;

18.3. Efetuar o pagamento de reembolso na forma descrita no item 12, deste Projeto Básico.

18.4. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços de assistência à saúde aos beneficiários da Administração Pública Municipal;

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

18.6. Fornecer, gratuitamente, aos beneficiários da Administração Pública Municipal, a primeira via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;

18.6.1. Se for necessária a emissão de 2ª via será cobrada uma taxa a ser definida pela operadora.

18.7. Fornecer, gratuitamente, aos beneficiários da Administração Pública Municipal, 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 pela (s) Operadora (s) contratada (s) pela (s) empresa (s) Administradora (s) de Benefícios, por meio físico ou virtual;

18.8. Credenciar hospitais, médicos e serviços auxiliares, bem como cancelar tais credenciamentos, sempre com o objetivo de melhoria da qualidade de atendimento aos beneficiários, sendo facultado à (s) Administradora (s) de Benefícios colaborar com a (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde no processo de seleção dos hospitais, médicos e serviços auxiliares;

18.9. Em caso de substituição dos hospitais, médicos e serviços auxiliares por outros equivalentes, a (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde deverá comunicar o fato à (s) Administradora (s) de Benefícios com 30 (trinta) dias de antecedência, ressaltando nesse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

18.10. Manter a rede de atendimento credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta, e, caso haja descredenciamento de qualquer profissional, hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou centro radiológico, credenciar outro de mesmo porte e com a mesma capacitação técnica, abrangência e número de leitos, submetendo o credenciamento à prévia aprovação da (s) Administradora (s) de Benefícios;

18.11. Assegurar aos beneficiários da Administração Pública Municipal, sempre que houver indisponibilidade de leito nos hospitais ou Clínicas próprios ou credenciados da Operadora (s) de Plano (s) de Saúde, acomodação em outro estabelecimento de qualidade igual ou superior, sem ônus adicional.

18.12. Providenciar a imediata correção das deficiências nos serviços contratados, apontadas pela (s) Administradora (s) de Benefícios.



ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE LICITAÇÃO

PROC. ADM. N. 439211/2017

CHAMAMENTO N. 004/2017

18.13. Negociar, conforme sugestão da (s) Administradora (s) de Benefícios, a possibilidade de inclusão de profissionais ou entidades de saúde, conforme diretrizes administrativas da Contratada e da ANS e suas alterações.

18.14. Comunicar ao fiscal da execução do contrato, a ocorrência de qualquer fato impeditivo à execução fiel do contrato.

18.15. Incluir e excluir os funcionários e dependentes como beneficiários do Plano de Saúde, bem como promover a alteração da modalidade de Plano, conforme disciplinado em Projeto Básico, bem como no Edital e em seus anexos.

18.16. Manter, durante toda a execução do contrato, compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, condições de habilitação e qualificação exigidas no certame.

18.17. A responsabilidade pelo vínculo trabalhista relativo aos profissionais envolvidos na execução do contrato.

18.18. Observar as determinações constantes da Súmula Normativa nº 10, de 30 de outubro de 2006, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como das demais normas e entendimentos emanadas por tal órgão e suas alterações.

18.19. Em havendo cisão, incorporação ou fusão da (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde, a aceitação de qualquer uma destas operações, como pressuposto para a continuidade do contrato, ficará condicionada à análise, por parte da (s) Administradora (s) de Benefícios, do procedimento realizado e da documentação da nova empresa, considerando todas as normas aqui estabelecidas como parâmetros de aceitação, tendo em vista a eliminação dos riscos de insucesso na execução do objeto contratado.

18.20. Executar diretamente o contrato, sem transferência de responsabilidades aos serviços acordados com a (s) Administradora (s) de Benefícios.

18.21. Assumir a responsabilidade pelos encargos fiscais, previdenciários, trabalhistas e outros resultantes da contratação.

18.22. A inadimplência da (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde, com referência aos encargos estabelecidos na condição anterior, não transfere a responsabilidade por seu pagamento ao Município, nem poderá onerar o objeto deste contrato.

18.23. Deverá a (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde observar, também, o seguinte:

a) é expressamente proibida a veiculação de publicidade acerca do contrato, salvo se houver prévia autorização da Administração.

b) é vedado a subcontratação para a prestação dos serviços ao objeto deste processo.

18.24. A (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde deverá manter as mesmas condições habilitatórias, em especial, no que se refere ao recolhimento dos impostos federais, estaduais e municipais, durante toda a execução do objeto, as quais são de natureza *sine qua non* para a emissão de pagamentos e aditivos de qualquer natureza.

18.25. A (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde deverá ainda, garantir a migração e adaptação de planos de saúde conforme o disposto na Resolução Normativa nº 254, de 05 de maio de 2011, bem como de portabilidade de carências estabelecida na Resolução Normativa nº 186, de 14 de janeiro de 2009, e suas alterações.



19. DAS OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

19.1. Das obrigações operadoras de assistência odontológica: caberá às Operadora(s) odontológica (s) conveniada (s) pela (s) Administradora (s) de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, da Resolução Normativa nº 387/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, alterações posteriores e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados;

19.2. Oferecer os serviços de assistência odontológica, na forma disciplinada pela legislação vigente;

19.3. 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;

19.4. Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de planos odontológicos contratada pela (s) Administradora (s) de Benefícios, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência odontológica deverá ser efetuado de acordo com os valores praticados na tabela das operadoras, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

19.5. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência odontológica por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras 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 estabelecimento e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- b)** Recibos de pagamento dos honorários odontológicos;
- c)** Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento; e
- d)** Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

19.6. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados;

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

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

19.9. Se for necessária a emissão de 2ª via será cobrada uma taxa a ser definida pela operadora; e Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Odontológica, Manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Consultórios e outros estabelecimentos e/ou profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela (s) Administradora (s) de Benefícios.

20. DAS OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA



20.1. Comunicar à (s) Administradora (s) credenciada (s) a exoneração/demissão dos servidores da Administração Pública Municipal, no prazo máximo de 05 (cinco) dias a partir do desligamento dos mesmos, para que a (s) Administradora (s) credenciada possa proceder, se for o caso, sua exclusão e a de seus dependentes do plano contratado. A exclusão e as condições respeitarão os prazos estabelecidos neste Projeto Básico.

20.2. Relacionar, após a assinatura do Termo de Acordo, os beneficiários de cada plano, sendo que os dependentes serão cadastrados no mesmo plano do titular.

20.3. Permitir à (s) Administradora (s) de Benefícios (s) a divulgação dos planos médicos e/ou odontológicos junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação, observando o plano de mídia a ser previamente aprovado pela Administração Pública Municipal, salvo autorização expressa do servidor;

20.4. Garantir espaço adequado aos profissionais da (s) Administradora (s) de Benefícios para garantir serviços de apoio aos beneficiários, incluindo infraestrutura necessária ao atendimento;

20.5. Efetuar averiguações periódicas e adotar procedimentos objetivando a regularidade e correção da assistência médico-hospitalar prestada pela (s) credenciada (s), devendo comunicar, por escrito, toda e qualquer irregularidade observada.

20.6. Prestar informações e os esclarecimentos que venham ser solicitados pelos funcionários da (s) Credenciada (s);

20.7. Comunicar oficialmente à (s) Credenciada (s) quaisquer falhas ocorridas, principalmente, consideradas de natureza grave.

20.8. Acompanhar e fiscalizar a execução do (s) Termo (s) de Acordo (s), de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devidamente designados neste Projeto Básico, comunicando a ocorrência de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas à autoridade superior.

21. DO PRAZO DE VIGÊNCIA

21.1. O prazo de vigência do Termo de Acordo será de 12 (doze) 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.

22. DA FISCALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

22.1. Caberá ao fiscal do Termo de Acordo as seguintes atribuições:

22.1.1. Orientar: estabelecer diretrizes, dar e receber informações sobre a execução do Termo de Acordo;

22.1.2. Fiscalizar: verificar o material utilizado e a forma de execução do objeto do Termo de Acordo, confirmando o cumprimento das obrigações;

22.1.3. Interditar: paralisar a execução do Termo de Acordo por estar em desconformidade com o pactuado;

22.1.4. Intervir: assumir a execução do Termo de Acordo;



22.1.5. Informar: a Administração o cometimento de falhas e irregularidades detectadas pela (s) Credenciada (s) que implique comprometimento da aquisição e/ou aplicação de penalidades previstas; e noticiar os casos de afastamento em virtude de férias, licenças ou outros motivos, para que o substituto (suplente) possa assumir a gestão do Termo de Acordo, evitando prejuízos, interrupções e suspensão das atividades de fiscalização.

22.1.6. Ter total conhecimento do Termo de Acordo e suas cláusulas;

22.1.7. Solicitar a seus superiores, em tempo hábil para adoção das medidas convenientes, decisões e providências que ultrapassem a sua competência;

22.1.8. Zelar pelo bom relacionamento com a (s) credenciada (s), mantendo um comportamento ético, probo e cortês;

22.1.9. Anotar todas as ocorrências relacionadas com a execução do Termo de Acordo, informando ao fiscal do Termo de Acordo aquelas que dependam de providências, com vistas à regularização das faltas ou defeitos observados;

22.1.10. Acompanhar e controlar, quando for o caso, as entregas e o estoque de materiais de reposição, destinados à execução do objeto contratado, principalmente quanto à sua quantidade e qualidade;

22.1.11. Formalizar, sempre, os entendimentos com a (s) Credenciada (s) ou seu Preposto, adotando todas as medidas que permitam compatibilizar as obrigações bilaterais;

22.1.12. Avaliar constantemente a qualidade da execução contratual, propondo, sempre que cabíveis medidas que visem reduzir gastos e racionalizar os serviços;

22.1.13. Observar rigorosamente os princípios legais e éticos em todos os atos inerentes às suas atribuições, agindo com transparência no desempenho das suas atividades.

22.1.14. A fiscalização do futuro Termo de Acordo ficará a cargo da **Secretaria Municipal de Administração** que designa neste ato o servidor **Marcos Rodrigues da Silva**, portador da cédula de identidade RG nº 662.136-8 SSP/MT, inscrito no CPF sob nº 473.949.191-53, matrícula nº 31375, domiciliado na Avenida Ulisses Pompeu de Campos, Jardim das Acácias, n. 63, Bairro Guarita, Várzea Grande/MT.

23. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

23.1. Eventual alteração no Rol de Procedimentos publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS terão sua cobertura assegurada pelo Plano de Saúde e/ou Odontológico definido neste Projeto Básico, independentemente de aditamento contratual.

23.2. Serão automaticamente excluídos do Contrato, juntamente com seus dependentes, mediante comunicação imediata e por escrito da Administração Pública Municipal, comprovadamente entregue à (s) empresa (s) Administradora (s) de Benefícios, o beneficiário titular que, por qualquer motivo, deixar de atender as condições exigidas inicialmente na inscrição.

23.3. A tolerância de qualquer uma das partes, em relação a eventuais infrações da outra, não importará em modificação contratual, novação ou renúncia a direito, devendo ser considerada mera liberalidade da citada parte.



ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE LICITAÇÃO

PROC. ADM. N. 439211/2017

CHAMAMENTO N. 004/2017

24. DO FORO

24.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Várzea Grande, por mais privilegiado que outro seja, para dirimir as questões que não puderem ser, amigavelmente, resolvidas pelas partes.

Várzea Grande - MT, 17 de Abril de 2017.

Pablo Gustavo Moraes Pereira
Secretário Municipal de Administração



ANEXO I

1ª RETIFICAÇÃO AO PROJETO BÁSICO Nº 02/2017

1. DA SECRETARIA GESTORA

Secretaria Municipal de Administração.

1.2. DO SECRETÁRIO

Pablo Gustavo Moraes Pereira.

2. DA CI DE ORIGEM Nº 062/SAD/2017

DATA: 22/03/2017

3. DO OBJETO

Credenciamento de Pessoa (s) Jurídica (s) devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para atuar como Administradora(s) de Benefícios objetivando disponibilizar plano (s) coletivo (s) empresarial (is) de assistência à saúde suplementar de, no mínimo, 1 (uma) operadora de planos de assistência médica, visando a prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados no País, com padrão de enfermagem e apartamento individual, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial e assistência odontológica de, no mínimo, 1 (uma) operadora de assistência odontológica aos servidores efetivos ativos e inativos, Prefeito, Vice-Prefeito, ocupantes de cargos comissionados sem vínculo efetivo com a Administração Pública Municipal, servidores requisitados para a Prefeitura Municipal de Várzea Grande/MT, seus dependentes e pensionistas.

Código TCE: 351765-9

4. DAS JUSTIFICATIVAS

4.1. DA CONTRATAÇÃO

O Código de Defesa do Consumidor elaborado em 1990 representou um movimento institucional relevante que precedeu a promulgação da Lei 9656/98. Os crescentes conflitos entre operadoras de planos de saúde e consumidores, no período, podiam ser observados através das inúmeras queixas registradas nesses órgãos. Tanto a definição, na Constituição Federal, do segmento privado de saúde como objeto de regulação, quanto à promulgação da Lei 8078/90, o Código de Defesa do Consumidor, marcaram a primeira fase desse processo. Essa lei, ainda que não tratasse especificamente das relações de consumo na saúde supletiva, representa um instrumento legal de



defesa dos direitos do consumidor em ações contra as operadoras até os dias atuais. Antes da Lei 9656/98, o acesso aos procedimentos médicos era definido através de contratos firmados entre operadoras de planos de saúde e beneficiários. Assim, não havia cobertura mínima obrigatória definida e tratamentos de alto custo, doenças crônico-degenerativas, doenças infecciosas, dentre outras, eram excluídos dos contratos pelas operadoras. Neste sentido, a elaboração e promulgação da lei, por si só, são avaliadas como um enorme ganho para a sociedade, uma vez que nortearam a dimensão da assistência desse segmento.

Colaborando neste intuito, as Administradoras de Benefícios são empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por operadoras de planos de saúde; não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos e mantém a condição de estipulante e intermediadora nos serviços de assistência à saúde, conforme preceitua a Resolução Normativa nº 196 de 14 de julho de 2009 da ANS.

Diante o exposto, e buscando maior eficiência e qualidade dos serviços oferecidos aos beneficiários do Município de Várzea Grande, entende-se ser plausível a contratação, mediante Chamamento Público para credenciamento de administradora (s) de benefícios, desenvolvendo o papel de intermediária no relacionamento entre o usuário e a (s) operadora (s) de planos de saúde.

O fato de o Município possibilitar o credenciamento de mais de 01 (uma) Administradora de Benefícios, contribuirá para a oferta de variados planos de saúde, ficando à escolha do servidor a melhor opção custo/benefício, proporcionando segurança e tranquilidade ao público alvo objeto desta contratação e especialmente sobre a qualidade de vida dos servidores que usufruírem dos planos disponibilizados.

4.2. DA ESCOLHA DA MODALIDADE

A escolha pelo Chamamento Público se relaciona com a prestação de serviços de interesse público que não gera ônus para a Prefeitura, o chamamento público adota procedimentos claros, objetivos, simplificados, e sempre que possível padronizados, que orientem os interessados e facilitem o acesso direto aos órgãos da administração pública Municipal, e o acesso amplo e democrático da sociedade civil ao Estado, trazendo a sociedade civil organizada para o lado do Poder Público na implementação de políticas públicas e tratando-a distintamente de uma empresa, que vê nos contratos basicamente um meio de lucro, observando ainda que o chamamento público para habilitação de pessoas jurídicas para prestação de serviços de assistência médica e odontológica não acarretará despesas ao Município de Várzea Grande. O caráter competitivo é fundamental para a moralidade e a impessoalidade na administração da coisa pública, com tudo, o ponto fundamental da escolha do chamamento público é que não acarretará prejuízo ao processo como um todo, muito pelo contrário, a intenção na sua utilização, nada mais é do que melhor atender as necessidades da Administração, mediante seleção do maior número possível de interessados em prestar o serviço buscado, através de um procedimento simples, rápido, público e impessoal e que principalmente atenda os interesses da coletividade.

5. DA CONCEITUAÇÃO



ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE LICITAÇÃO

PROC. ADM. N. 439211/2017

CHAMAMENTO N. 004/2017

5.1. Usuários: aderidos ao(s) plano(s) assistencial (is) médico (s) e/ou odontológico (s) na condição de beneficiários titulares e dependentes.

5.2. Beneficiário Titular: pessoa física que optar pela adesão ao (s) plano (s) assistencial (s) e firmar contrato com a (s) Administradora (s) de Benefícios credenciada (s), sendo o único responsável pelas obrigações assumidas, inclusive com relação ao (s) dependente (s) incluído (s).

5.3. Beneficiários Dependentes: pessoa física que mantém alguma dependência em relação ao beneficiário titular, incluída ao (s) plano (s) assistencial (is), para usufruir dos serviços contratados.

5.4. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): é uma autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo Território Nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a Saúde Suplementar. Responsável legal pela cobertura máxima contratada, estabelecida no Rol de Procedimentos.

5.5. Administradora de Benefício: Pessoa Jurídica a propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para Pessoas Jurídicas contratantes de Planos Privados de Assistência à Saúde Coletivos.

5.6. Operadora de Planos: é responsável pelo plano de saúde e/ou odontológica e os serviços prestados por ele junto à ANS e aos beneficiários.

5.7. Área de abrangência: área abrangida pelo contrato firmado para prestação dos serviços, onde a contratada tem obrigação de prestar cobertura de assistência à saúde e/ou odontológica constantes no rol de procedimentos estabelecido pela ANS.

5.8. Atendimento ambulatorial: é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

5.9. Atendimento eletivo: termo usado para designar os atendimentos médicos que são programados, ou seja, não são considerados de urgência e emergência.

5.10. Carência: é o prazo ininterrupto durante o qual os usuários não têm direito às coberturas contratadas, contado a partir do início de vigência do contrato.

5.11. Cobertura: são todos os procedimentos de assistência médico e/ou odontológico abrangido (s) de acordo com o (s) plano (s) aderido (s) pelo usuário.

5.12. Cobertura Parcial Temporária (CPT): aquela que admite, por período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de contratação ou inclusão ao plano privado de assistência a saúde, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos diretamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.



5.13. Coparticipação: é o montante, definido nas cláusulas gerais de admissão e no corpo do contrato, em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, o qual o beneficiário titular se obriga a pagar à contratada.

5.14. Declaração de saúde: documento de preenchimento obrigatório pelo beneficiário titular ou seu representante legal, na qual deverá constar a verdadeira condição médica do mesmo, sob as penas da lei.

5.15. Doença ou lesão preexistente: aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

5.16. Eletivo: é o termo usado para designar procedimentos médicos que podem ser programados, não considerados de urgência e emergência.

5.17. Urgência: evento médico decorrente de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

5.18. Emergência: é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, assim especificado pelo médico assistente cooperado.

5.19. Evento: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem, ou causa, ato involuntário à saúde ou à integridade física do usuário, em decorrência de acidente ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura.

5.20. Internação hospitalar: é um evento em que o beneficiário se mantém instalado em hospital por no mínimo 24 (vinte quatro) horas - por indicação do médico assistente cooperado, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

5.21. Rede credenciada: são serviços contratados ou credenciados colocados à disposição do usuário pela(s) operadora(s), para atendimento médico-hospitalar e/ou odontológico e serviços de auxílio ao diagnóstico.

5.22. Prótese: entende-se como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

5.23. Órtese: entende-se como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

5.24. Doenças crônicas: aquelas que exijam tratamento ou acompanhamento médico por período superior a 06 (seis) meses.

5.25. Plano de origem: é o plano privado de assistência à saúde contratado pelo beneficiário no período imediatamente anterior à portabilidade de carências;

5.26. Plano de destino: é o plano privado de assistência à saúde a ser contratado pelo beneficiário por ocasião da portabilidade de carências.

5.27. Portabilidade de carências: é a contratação de um plano privado de assistência à saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, com registro de produto na ANS, em operadoras, concomitantemente à rescisão do contrato referente a um plano privado de assistência à saúde, individual ou familiar ou coletivo por adesão, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9656, de 1998, em tipo compatível, observado o prazo de permanência,



na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária.

5.28. Portabilidade especial de carências: é a contratação de um plano privado de assistência à saúde, individual ou familiar ou coletivo por adesão, com registro de produto na ANS na mesma ou em outra operadora, em tipo compatível, nas situações especiais na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem.

5.29. Agrupamento de contratos: 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.

5.30. Contrato agregado ao agrupamento: contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, menos de 30 beneficiários ou a quantidade estabelecida pela operadora, observada a regra prevista na Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012.

5.31. Período de apuração da quantidade de beneficiários: período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que são identificados os contratos que serão agregados ao agrupamento de acordo com a quantidade de beneficiários, que deve ser apurada previamente em data certa.

5.32. Período de cálculo do reajuste: período definido pela operadora de planos privados de assistência à 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 da divulgação do percentual de reajuste contida no artigo 8º da Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012.

5.33. Período de aplicação do reajuste: período compreendido entre maio e abril em que é aplicado o reajuste calculado aos contratos agregados ao agrupamento.

5.34. Sinistralidade: razão entre a despesa assistencial e receita de contraprestações.

6. DOS BENEFICIÁRIOS

6.1. Beneficiários Titulares: o Prefeito, Vice-Prefeito, os servidores ativos e inativos da Administração Pública Municipal, cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública, servidores requisitados e removidos para o Município, e pensionistas.

6.2. Beneficiários Dependentes: denominam-se dependentes:

- a) o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;
- b) o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- d) os filhos e enteados, solteiros, até 21(vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- e) os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e



f) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "d" e "e".

6.3. A existência do dependente constante das alíneas "a" ou "b" do subitem 6.2 desobriga a assistência à saúde do dependente constante da alínea "c" daquele subitem.

7. DOS PLANOS A SEREM OFERTADOS

7.1. Especificação dos LOTES:

7.1.1. LOTE 01: Credenciamento da (s) Administradora (s) de Benefícios deverá (ão) disponibilizar planos de assistência médica através da (s) operadora (s) conveniados a ela, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no país, com centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde aos servidores da Administração Pública Municipal, e seus respectivos dependentes, nos seguintes planos:

a) Enfermaria: cobertura para Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia - compreendendo todos os procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com acomodação em enfermaria nas abrangências: regional e/ou estadual e/ou nacional, e

b) Apartamento: cobertura para Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia - compreendendo todos os procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com acomodação em quarto privativo (com banheiro privativo, ar condicionado e direito a acompanhante) nas abrangências: regional e/ou estadual e/ou nacional.

7.1.2. LOTE 02: Credenciamento da (s) Administradora (s) de Benefícios com a finalidade de disponibilizar plano (s) de assistência odontológica de, no mínimo, 01 (uma) operadora de Plano (s) Odontológico (s), na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizada pela ANS, objetivando a prestação de assistência odontológica de acordo com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com abrangência regional e/ou estadual e/ou nacional aos servidores da Administração Pública Municipal, e seus dependentes.

7.2. Além dos planos acima citados, a (s) administradora (s) de benefícios poderá (ão) apresentar plano (s) opcional (is), com abrangência, segmentação, rede superior ao exigido neste Projeto Básico.

8. DA DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

8.1. Os serviços objeto do presente Projeto Básico deverão possuir as seguintes condições básicas:

a) Cobertura total do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, Anexo da Resolução Normativa de nº 387, de 28 de outubro de 2015 e suas alterações, sendo este uma referência básica para cobertura assistencial mínima obrigatória.



b) Os serviços deverão estar em conformidade com a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e suas alterações; Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e preceitos do Código do Consumidor (Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 e alterações posteriores).

8.2. Poderá ser excluída do plano assistencial, seguintes tratamentos:

a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

b) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

c) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

d) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

e) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

f) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos nos incisos X e XI do art. 21 da Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015 e, ressalvado o disposto no artigo 14 da mesma Resolução.

g) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;

h) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

i) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

j) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e

k) Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

8.3. Da Urgência e Emergência

8.3.1. Considera-se como atendimento urgência e emergência na segmentação ambulatorial, o atendimento limitada até as primeiras 12 (doze) horas, sem necessidade de prévia liberação.

8.3.2. É assegurado o atendimento de urgência e emergência para internação (segmentação hospitalar), após as 24 (vinte e quatro) horas, contadas da adesão do beneficiário ao (s) plano (s), inclusive se decorrentes de complicações de gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções dos beneficiários, incluindo eventual necessidade de remoção.



8.3.3. A (s) operadora (s) deverá (ão) garantir a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os usuários portadores de contrato de plano ambulatorial.

8.4. Da Remoção

8.4.1. A remoção de beneficiários que possuam planos privados de assistência à saúde que já tenham cumprido o período de carência, é obrigatória, a partir da ciência da operadora de planos privados de assistência à saúde, conforme estabelecido na Resolução Normativa nº 347, de 2 de abril de 2014, quando ocorrer:

- a)** de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;
- b)** de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;
- c)** de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;
- d)** de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto nos Arts. 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011; e
- e)** de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

8.4.1.1. A remoção de beneficiários somente poderá ser realizada mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, e após a autorização do médico assistente. **8.4.2.** A remoção de beneficiários



que possuam planos privados de assistência à saúde com segmentação hospitalar, que já tenham cumprido o período de carência não será obrigatória nas seguintes hipóteses:

a) de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores previstos nos Arts. 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa nº 259, de 2011; ou

b) de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano privado de assistência à saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora.

8.4.3. Os contratos de planos privados de assistência à saúde podem conter cláusulas mais amplas do que as estabelecidas no Item 8.4.1., abrangendo, inclusive, as hipóteses contidas no Item 8.4.2.

8.4.3.1. As cláusulas mais amplas a que se refere o caput podem também estar previstas em termo ou instrumento, apartado do contrato de planos privados de assistência à saúde, que preveja cobertura adicional referente à remoção.

8.5. Das Internações:

8.5.1. Os serviços de internação hospitalar compreenderão o seguinte:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

b) 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;

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) 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;

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes: crianças e adolescentes menores de dezoito anos, idosos a partir de 60 anos de idade, e pessoas com deficiências.

g) cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar;



8.5.1.1. Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e nas alíneas “c”, “d”, “e” e “g” do Item 8.5.1.

8.5.1.2. Nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, esta deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.

8.5.2. As internações eletivas ou programadas prescindem de autorização prévia da operadora do plano, que avaliará as causas do pedido de hospitalização, devendo a solicitação de internação estar acompanhada de laudo do médico assistente em que conste diagnóstico ou hipótese de diagnóstico, tipo de tratamento e período provável de internação.

8.6. Das Consultas Médicas e Exames:

8.6.1. Aos beneficiários do (s) plano (s) aderidos, serão ofertadas consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

8.6.2. Os assuntos relativos às consultas e procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento médico serão cumpridos conforme disposto no art. 21 da Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015;

8.7. Da Assistência Obstétrica:

8.7.1. Os serviços de obstetria ofertados nos planos de saúde, compreenderão as fases: do pré-natal, da assistência ao parto e do puerpério, observando-se as seguintes exigências: **8.7.1.1.** Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) pré-parto;

b) parto; e

c) pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente;

8.7.1.2. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

8.7.1.3. Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

8.8. Do Plano Odontológico:

8.8.1. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo I da Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015.

8.8.1.1. Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar e plano-referência.



8.8.1.2. Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Anexo I para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos.

8.8.1.3. É obrigatória a cobertura dos atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas específicas vigentes sobre o tema.

9. DA INCLUSÃO E REINCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS NOS PLANOS DE SAÚDE E ODONTOLÓGICO

9.1. A inclusão e reinclusão dos servidores especificados neste Projeto Básico, e seus dependentes, far-se-á a pedido do interessado em aderir ao plano de saúde e/ou odontológica, mediante assinatura em documento próprio e apresentação de documentação pertinente.

9.2. Os dependentes indicados pelo beneficiário titular serão incluídos no mesmo plano e operadora escolhidos pelo beneficiário.

9.3. É voluntária a inclusão/reinclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde e/ou odontológica de que trata este Projeto Básico.

9.4. A solicitação de inscrição/exclusão de beneficiários no Plano de Assistência à Saúde e de Assistência Odontológica deverá atender ao cronograma da (s) administradora (s)/operadora (s) que deverá ser apresentado pela (s) Administradora (s), no momento da implantação do Termo de Acordo.

9.5. Os Beneficiários, no ato de sua adesão, deverão preencher o formulário “Declaração de Saúde”, com a finalidade de ser avaliada a necessidade de ser estabelecida cláusula de Cobertura Parcial Temporária (CPT), para os casos de doença ou lesão preexistente, na forma determinada pela Lei Federal nº 9.656/98 e sua atualização.

9.6. Os servidores disporão do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação da (s) Administradora (s) de Benefícios, para solicitarem a sua inclusão e do (s) seu (s) dependente (s), se for o caso, no (s) plano (s) de saúde e/ou odontológica ofertado (s), ficando isento (s) de carência para usufruírem os serviços contratados. Após este prazo, os servidores que firmarem contrato com a (s) Administradora (s), cumprirão as carências estabelecidas no subitem 11.2.

9.7. Ao aposentado que aderir o (s) plano (s) ofertados pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando de permanência em trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

9.7.1. Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no Item 9.7. é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano par cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

9.8. A inclusão, com exceção das inclusões ocorridas no mês de assinatura do Termo de Acordo, far-se-á a pedido do titular mediante manifestação expressa deste junto à(s) Administradora (s) de Benefícios respeitado o seguinte cronograma:



PERÍODO DE INSCRIÇÃO	VIGÊNCIA DA COBERTURA ASSISTENCIAL
1º ao 20º dia	A partir do primeiro dia do mês subsequente
21º ao 30º dia	A partir do primeiro dia do 2º mês subsequente

10. DA EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS NOS PLANOS DE SAÚDE E ODONTOLÓGICO

10.1. A exclusão do Beneficiário Titular implica na exclusão automática dos Beneficiários Dependentes. A referida exclusão poderá se dar pelos seguintes motivos:

- a) Pela perda da condição de dependência;
- b) A pedido do Beneficiário Titular;
- c) Por fraude ou inadimplência do Beneficiário Titular;
- d) Em caso de rescisão do Termo de Acordo e,
- e) Fim do prazo do Termo de Acordo sem que tenha acontecido a renovação.

10.2. Ao Beneficiário que aderir a qualquer um dos planos ofertados e em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão do contrato de trabalho ou exoneração, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

10.2.1. Será estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, após a comunicação formal da (s) Administradora (s) de Benefícios, para que o beneficiário se manifeste sobre a continuidade ou desistência do (s) plano (s) de saúde e/ou odontológico contratado (s).

10.2.2. O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o item 10.2 será de um terço do tempo de permanência no (s) plano (s) contratado (s), com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

10.3. As respectivas carteiras de identificação para a utilização dos planos previstos neste Projeto Básico deverão ser devolvidas à (s) Administradora (s) de Benefícios, no ato de sua exclusão, respondendo o Beneficiário Titular por todos os valores, custos e despesas decorrentes da utilização indevida de carteira não devolvida e/ou vencida;

10.4. Caberá à Administração Pública Municipal comunicar no prazo não superior a 05 (cinco) dias do ato que se deu o desligamento de vínculo empregatício por exoneração, demissão ou caso de morte para que a (s) Administradora (s) de Benefícios possa (m) proceder o trâmite para verificação da continuidade ou não com o (s) planos (s) assistencial (is) juntamente com o beneficiário titular ou dependente (s).

10.5. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura devem também constar no contrato celebrado entre o beneficiário e a (s) Administradora (s) de Benefícios.

10.6. A solicitação de exclusão de beneficiário no (s) plano(s) contratado (s) deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas ser consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial:



ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE LICITAÇÃO

PROC. ADM. N. 439211/2017

CHAMAMENTO N. 004/2017

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	SUSPENSÃO DA COBERTURA ASSISTENCIAL
1º ao 20º dia	A partir do primeiro dia do mês subsequente
21º ao 30º dia	A partir do primeiro dia do 2º mês subsequente

11. DOS PRAZOS DE CARÊNCIA E ATENDIMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE

11.1. Os servidores e seus dependentes disporão do prazo de 30 (trinta) dias, contados da assinatura do Termo de Acordo com a (s) Administradora (s) de Benefícios, para aderirem ao (s) plano (s) de saúde, ficando isentos de qualquer carência para usufruírem os serviços contratados.

11.2. Após escoado o prazo de que trata o subitem 11.1., somente serão admitidas novas inclusões, sem qualquer carência, em casos de admissão funcional, nascimento, casamento (cônjuge) ou adoção, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias do evento;

11.3. Em caso de novas adesões decorridas após o prazo estabelecido no subitem 11.1 e 11.2, e na ocorrência de reingresso de beneficiários ao(s) plano(s) de saúde, estes deverão cumprir o prazo máximo de carência, conforme estabelecido abaixo:

SITUAÇÃO	CARÊNCIA
Caso de urgência e emergência	24 (vinte e quatro) horas
Consultas médicas e exames clínicos e patológicos	30 (trinta) dias
Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional	300 (trezentos) dias
Doenças e lesões preexistentes	24 (vinte e quatro) meses
Demais exames e tratamentos	180 (cento e oitenta) dias
Internações hospitalares	180 (cento e oitenta) dias

11.4. O prazo de atendimento após transcorrido a carência tratada no subitem anterior, será respeitada pelas operadoras de saúde conforme abaixo:

- a)** consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;
- b)** consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;
- c)** consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- d)** consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
- e)** consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- f)** consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;
- g)** consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;
- h)** consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;
- i)** serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;



- j) demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
- l) procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
- m) atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;
- n) atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e o) urgência e emergência: imediato.

11.4.1. Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

11.4.2. O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.

11.4.3. Os procedimentos elencados neste Item são aqueles constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS da Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015.

11.5. Fica sujeita aos prazos de carência a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo beneficiário, ou por perda da condição de dependente.

12. DO REEMBOLSO

12.1. Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º da Resolução Normativa nº 268, de 1º de setembro de 2014, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.

12.1.1. Para todos os produtos que prevejam a opção de acesso a livre escolha de prestadores, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente.

12.1.2. Nos produtos onde haja previsão de acesso a livre escolha de prestadores, quando o procedimento solicitado pelo beneficiário não estiver disposto na cláusula de reembolso ou quando não houver previsão contratual de tabela de reembolso, deverá ser observada a regra disposta no Item 12.1.

12.1.3. Nos contratos com previsão de cláusula de coparticipação, este valor poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.

12.1.4. Nas hipóteses em que existe responsabilidade da operadora em transportar o beneficiário, caso este seja obrigado a arcar com as despesas de transporte, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente.

13. DA COPARTICIPAÇÃO

13.1. O beneficiário pagará pelo uso dos serviços contratados no percentual definido pela tabela de referência da (s) operadora (s), vigente à data do evento.

13.2. A participação nos custos dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, boleto bancário ou autorização de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário.

13.2.1. Em caso de desligamento ou exoneração do servidor, a cobrança deverá ser realizada por boleto bancário.



14. DA PORTABILIDADE

Da Portabilidade de Carências:

14.1. O beneficiário de plano de contratação coletiva por adesão fica dispensado do cumprimento de novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária na contratação de novo plano de contratação individual ou familiar ou coletivo por adesão, na mesma ou em outra operadora de plano de assistência à saúde, desde que sejam atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:

14.1.1. Estar adimplente junto à operadora do plano de origem, mediante a apresentação dos comprovantes de recebimento de salário dos três últimos meses, ou a comprovação de pagamento dos três últimos boletos vencidos, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do atendimento deste requisito;

14.1.2. Possuir prazo de permanência:

a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária;

b) Nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem.

14.1.3. O plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem;

14.1.4. A faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão; e

14.1.5. O plano de destino não estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa”, ou “cancelado”.

14.2. A portabilidade de carências deve ser requerida pelo beneficiário no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente, ressalvado o disposto abaixo:

14.2.1. Caso se constate que o plano de origem não constava das bases de dados do aplicativo da ANS, o beneficiário terá os seguintes prazos, para exercício do direito à portabilidade de carências, desde que observados os seus requisitos:

a) quando a solicitação for protocolada na ANS até o primeiro mês posterior ao do aniversário do contrato: 120 (cento e vinte) dias contados da expedição do ofício de resposta da ANS.

b) quando a solicitação for protocolada na ANS no segundo ou no terceiro mês posterior ao do aniversário do contrato: 60 (sessenta) dias contados da expedição do ofício de resposta da ANS.

14.3. Não poderá haver cobrança de custas adicionais em virtude do exercício do direito previsto na Resolução Normativa nº 186 de 14 de janeiro de 2009 e suas alterações, seja pela operadora de plano de origem ou pela operadora de plano de destino.

14.4. Não poderá haver discriminação de preços de planos em virtude da utilização da regra de portabilidade de carências.

Da Portabilidade Especial de Carências:



14.5. As condições e prazos previstos para a portabilidade especial de carências estão constantes na Resolução Normativa nº 186 de 14 de janeiro de 2009, e suas alterações, nas situações elencadas abaixo:

14.5.1. No curso de processo administrativo referente ao regime especial de Direção Fiscal ou Direção Técnica, ou nos casos de cancelamento compulsório do registro de operadora ou de Liquidação Extrajudicial sem regime especial prévio, após o insucesso da transferência compulsória de carteira, a Diretoria Colegiada pode, a seu critério, expedir Resolução Operacional fixando prazo de até 60 (sessenta) dias, prorrogáveis, para que os beneficiários da carteira da operadora a ser liquidada exerçam a portabilidade especial de carências para plano de saúde de outra operadora.

14.5.2. Em caso de morte do titular do contrato, o beneficiário vinculado a plano privado de assistência à saúde poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde em operadoras, no prazo de 60 (sessenta) dias do falecimento.

14.5.3. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão.

14.5.4. Ressalvadas as hipóteses previstas nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, os beneficiários enquadrados no § 1º do art. 3º, no inciso VII do art. 5º e no § 1º do art. 9º, todos da Resolução Normativa nº 195, de 2009, que tiverem seu vínculo com o beneficiário titular do plano privado de assistência à saúde extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, poderão exercer a portabilidade especial de carências, no prazo de 60 (sessenta) dias a contar do término do vínculo de dependência.

15. DOS PREÇOS

15.1. Os valores das mensalidades serão definidos por tipo de plano de saúde e pelas seguintes faixas etárias (determinadas pela Agência Nacional de Saúde – ANS):

Faixa etária	Observações
1ª) 0 a 18 anos	A Resolução Normativa (RN nº 63), publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18).
2ª) 19 a 23 anos	
3ª) 24 a 28 anos	
4ª) 29 a 33 anos	
5ª) 34 a 38 anos	
6ª) 39 a 43 anos	A Resolução determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima.
7ª) 44 a 48 anos	
8ª) 49 a 53 anos	
9ª) 54 a 58 anos	



10ª) 59 anos ou mais	
----------------------	--

16. DO REAJUSTE ANUAL

16.1. O reajuste anual do(s) plano(s) de saúde respeitará o disposto na Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, através dos seguintes critérios:

16.1.1. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.

16.1.2. É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos com 30 (trinta) ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.

16.1.3. Para os efeitos a quantidade de beneficiários em um contrato deverá ser apurada anualmente no mês de seu aniversário, ressalvada a hipótese prevista no Art. 6º § 1º da Resolução Normativa nº 309, de 24/10/2012.

16.1.4. Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a (s) administradora (s) de benefícios na condição de estipulante, para a apuração da quantidade de beneficiários, a operadora deverá levar em conta todos os beneficiários vinculados ao contrato com a (s) administradora (s).

16.1.5. O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

16.1.6. O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedado qualquer tipo de variação.

16.1.7. O percentual de reajuste somente será aplicado aos contratos agregados ao agrupamento considerando a data do seu último aniversário ou, na hipótese de inexistência dessa data, se foram agregados ao agrupamento no momento de sua assinatura.

16.2. Respeitadas as disposições da legislação em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários da Administração Pública Municipal 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 e da (s) Administradora (s), bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

16.3. Qualquer reajuste a ser aplicado no (s) contrato (s) de plano (s) de saúde e/ou odontológica pela (s) Administradora (s) de Benefícios, deverão ser devidamente justificada e demonstrada a necessidade da aplicação do reajuste, sendo que só poderá executá-lo mediante anuência da Administração Pública Municipal.

16.3.1. Apresentação de base de cálculo de reajuste deverá ser encaminhada com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias anterior à data estimada para sua aplicação.



17. DO RECURSO E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

17.1. Não haverá qualquer pagamento pela Administração Pública Municipal à (s) Administradora (s) de Benefícios, ficando a (s) Administradora (s) de Benefícios responsável pela cobrança aos beneficiários do valor da mensalidade do plano de saúde e/ou plano odontológico escolhido (s), que se dará mediante consignação em folha de pagamento, boleto bancário ou autorização de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário.

17.1.1. Será realizado o pagamento por meio de boleto bancário tão somente nos casos de desligamento de vínculo empregatício do servidor, titular do benefício, por exoneração, demissão ou morte, com a Administração Pública Municipal, ficando o beneficiário responsável por pagamento integral do plano perante a (s) Administradora (s) de Benefícios.

18. PDI

PERSPECTIVA			
OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	META DE LONGO PRAZO	INICIATIVAS
12. Assegurar a qualidade e a celeridade dos serviços prestados ao cidadão.	12.6 Tempo médio de tramitação dos procedimentos licitatórios por modalidade.	12.6 Reduzir o tempo médio de tramitação dos processos licitatórios, modalidade pregão, de 144 dias para 72 dias até dezembro/2033.	12.6.1 Racionalizar os procedimentos, rotinas e fluxos para obtenção de resultados favoráveis. Projetos: 2203 e 2007

PLANO DE AÇÃO				
Meta Anual:	12.6 Reduzir o tempo médio de tramitação dos processos licitatórios, modalidade pregão, de 144 dias para 72 dias até 31 de dezembro/2017	Resp:	Luciana Martiniano de Sousa	
Medidas – Atividades (O quê?)	Resp. (Quem?)	Prazo (Qdo?)		Justificativa (Por quê?)
		Início	Fim	
Solicitar as secretarias via ofício, o levantamento das necessidades de aquisição de bens e serviços, bem como as dotações orçamentárias e declaração da ciência do fiscal.	Daniel Felipe Figueiredo de Arruda	02/01/17	31/12/17	Para atender as necessidades das secretarias.

19. DA DESCRIÇÃO DA CONTRATAÇÃO



- () Aquisição de Materiais e Bens comuns
- () Aquisição de Equipamento e Materiais Permanentes
- () Serviços Comuns – Manutenção/Prestação de Serviços
- (X) Serviços Especializados
- () Serviços Técnicos - Consultoria/Auditoria/Assessoria
- () Serviços de Engenharia e Obras

20. DAS CONDIÇÕES PARA HABILITAÇÃO

20.1. Poderão participar do processo de Chamamento Público para credenciamento a (s) Administradora (s) de Benefícios que atenderem plenamente a todas as exigências constantes deste Projeto Básico e seu (s) Anexos, inclusive quanto à documentação e aos requisitos de habilitação e disponibilizem no mínimo 01 (uma) operadora de planos de assistência médica, e/ou 01 (uma) operadora que assegure assistência odontológica, devidamente autorizadas pela ANS;

20.1.1. As operadoras disponibilizadas pela (s) administradora (s) de benefícios, para atender ao quantitativo mínimo de 01 (uma) operadora estabelecido no item 3, não podem pertencer ao mesmo grupo econômico, ou no caso de cooperativas, ao mesmo sistema cooperativo, ou estarem em situação de direção fiscal decretada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, independentemente do quantitativo disponibilizado;

20.2. Não será admitida nesse processo de Chamamento Público a participação de empresas em situações elencadas abaixo, para atuar como Administradoras de Benefícios:

- a)** Concordata ou em processo de falência, em recuperação judicial ou extrajudicial, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;
- b)** Que estejam com o direito de licitar e contratar com a Administração Pública, suspenso ou que por esta tenham sido declaradas inidôneas;
- c)** Que estejam sob pena de interdição de direitos previstos na Lei nº. 9.605/98;
- d)** Estrangeiras que não funcionem no País;
- e)** Que não tenham ramo de atividade pertinente ou compatível ao objeto do presente processo de Chamamento Público inscrito no contrato social;
- f)** Pessoa Jurídica que dentre seus dirigentes, sócios, acionistas, responsáveis técnicos ou legais figure como funcionário, servidor ou ocupante de cargo comissionado na Administração Pública Municipal.

21. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

21.1. A documentação poderá ser apresentada em original, por qualquer processo de cópia autenticada em Cartório de Notas e Registros ou por membro da CPL, ou, ainda, por publicação em órgão de imprensa oficial. Não serão autenticados quaisquer documentos no ato da sessão pelo Presidente ou Equipe da CPL.



21.2. O Presidente da CPL reserva-se ao direito de solicitar o original de qualquer documento, sempre que tiver dúvida e julgar necessário.

21.3. Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitações de documentos em substituição aos documentos requeridos no presente Projeto Básico e seus Anexos e nem documentos cujas datas estejam rasuradas.

21.4. A Prefeitura Municipal de Várzea Grande/MT poderá utilizar os sites oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões para comprovação da regularidade do licitante.

21.5. O Envelope "Documentos de Habilitação" deverá conter os documentos preferencialmente em ordem, com suas páginas numeradas sequencialmente, a seguir relacionados os quais dizem respeito a:

21.5. DA HABILITAÇÃO JURÍDICA

21.5.1 Registro comercial, no caso de empresa individual, ou **ato constitutivo, estatuto ou contrato social** em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores.

21.5.1.1 Os documentos acima deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva;

21.5.2 Cédula de Identidade ou outro documento de identificação dos representantes da empresa (sócio/proprietários).

21.5.3 Os documentos apresentados no Credenciamento (subitem "5.4.2" do Edital) servirão para a Habilitação Jurídica, caso não apresentados, deverá estar no envelope de documentos de habilitação, sob pena INABILITAÇÃO.

21.6. DA REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA

21.6.1 Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);

21.6.2 Inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual e/ou Municipal - Boletim de Cadastro Mobiliário relativa ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

21.6.3 Certidão de regularidade de débito com as Fazendas:

- d. Federal:** Certidão Unificada Negativa ou Certidão Unificada Positiva com efeito negativo de Tributos Federais e Previdenciários, conforme Portaria 358 de 5 de setembro de 2014. Ainda será aceito, a apresentação das mesmas separadamente, desde que válidas;
- e. Estadual:** Certidão Negativa de débitos ou positiva com efeito de negativa Estadual (CND) **no caso de Mato grosso especifica para participar de licitações**, expedida pela Agência Fazendária da Secretaria de Estado de Fazenda do respectivo domicílio tributário;
- f. Municipal:** Certidão Negativa de Débito Municipal ou positiva com efeito de negativa, expedida pela Prefeitura do respectivo domicílio tributário;

21.6.4 Certidão de Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);

21.6.5 Certidão de Regularidade Fiscal de Débitos Trabalhistas (CNDT) em cumprimento a Lei n. 12.440/2011 art. 29, inciso V, a mesma pode ser retirada no site: www.tst.jus.br/certidao.



21.6.6 Certidão de Regularidade de Dívida Ativa de competência da Procuradoria Geral do Estado do respectivo domicílio tributário da empresa. (Ressalvam-se os casos de unificação de certidão por força de legislação Estadual, quando será aceita a certidão unificada).

21.6.7 Certidão de Regularidade de Dívida Ativa de competência da Procuradoria Municipal do respectivo domicílio tributário da empresa (Ressalvam-se os casos de unificação de certidão por força de legislação municipal, quando será aceita a certidão unificada);

NOTA: As datas de validades aceitas nas certidões serão as datas consignadas nos documentos, ou na omissão de validade, considera-se 90 (noventa) dias da data de emissão.

21.7. DA QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

21.7.1. Certidão Negativa de falência ou concordata e/ou recuperação judicial ou extrajudicial, expedida pelo distribuidor da sede da licitante, observadas as disposições da Lei nº 11.101/2005.

a) Quando a Certidão não estiver com indicação de prazo de validade, nestes casos, será considerado **o prazo de 90 (noventa) dias**, a contar da data da expedição da mesma.

b) Para as praças onde houver mais de um cartório distribuidor, deverão ser apresentadas tantas certidões de falência quantos forem os cartórios, cada uma emitida por um distribuidor.

21.7.2 Balanço patrimonial e demais demonstrações contábeis do último exercício social da empresa Licitante, já exigíveis e apresentados na forma da Lei, devidamente registrado na junta comercial ou cartório (deverá conter carimbo ou etiqueta ou chancela da junta Comercial) fundamentado no art. 1.181 da Lei 10.406/02, Resolução CFC (Conselho Federal de Contabilidade) nº 583/83 § 2º do art. 1.184 da Lei 10.406/02, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados pelos índices oficiais quando encerrados a mais de 03 (três) meses da data de apresentação da proposta.

21.7.3 Por “*Balanço Patrimonial apresentado na forma da Lei*”, considere-se o seguinte:

a) no caso das sociedades por ações, deverá ser apresentado o balanço patrimonial publicado em órgão de imprensa oficial ou conforme dispuser a Lei Federal nº 6.404/76;

b) no caso das demais sociedades comerciais, deverá ser apresentado o balanço patrimonial transcrito no “Livro Diário” da empresa, devidamente assinado pelo contador responsável e pelo representante legal, e acompanhado de seus respectivos termos de abertura e encerramento (igualmente assinados pelo contador e pelo representante legal da empresa), sendo devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou Cartório de Títulos e Documentos; ou por SPED DECRETO 8.683/2016.

21.7.4 A comprovação da boa situação financeira da empresa Licitante será baseada no cálculo (que deverá ser apresentado pela licitante, assinado pelo seu contador), será demonstrada pela obtenção dos índices de Liquidez Corrente (LC), Liquidez Geral (LG) e Grau de Endividamento (GE), resultante da aplicação da fórmula estabelecida abaixo:

$$LC = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$



Passivo Circulante

LG = Ativo Circulante + Realizável a Longo Prazo

Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo

GE = Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo

Ativo Total

21.7.5 A comprovação da boa situação financeira da empresa Licitante será baseada na Comprovação de patrimônio líquido, no valor mínimo de 10% (dez por cento) do valor estimado da contratação, quando qualquer dos índices Liquidez Geral, Liquidez Corrente e Solvência Geral, for igual ou inferior a 1;

21.7.6 As microempresas e as empresas de pequeno porte, que preencham as condições estabelecidas no art. 34 da Lei n.º 11.488/07, estão dispensadas do balanço patrimonial apenas para fins fiscais. Assim, para a presente licitação, é **OBRIGATÓRIA** a apresentação desta peça, dispensando-se apenas a publicação e a sua transcrição no livro diário;

21.7.7 Serão considerados aceitos, na forma da lei, o Balanço Patrimonial e Demonstração de Resultado apresentados em uma das seguintes formas:

- Publicados em Diário Oficial;
- Publicados em Jornal;
- Por cópia ou fotocópia registrada ou autenticada na Junta Comercial da sede ou domicílio da licitante; e

Observações:

- As empresas recém-constituídas, cujo Balanço Patrimonial ainda não seja exigível, deverão apresentar o Balanço de Abertura registrado na junta comercial, contendo carimbo e assinatura do representante legal da empresa e do contador.
- As empresas que estiveram inativas no ano anterior deverão apresentar cópia da declaração de inatividade entregue à Receita Federal, apresentando o último balanço patrimonial que antecede à condição de inatividade.

21.8. DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

21.8.1 Apresentar atestado de capacidade técnica em original, cópia autenticada em cartório ou cópia autenticada pela CPL apresentando o documento original, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, em nome e a favor da empresa licitante, que comprove(m) o fornecimento de assistência a saúde e/ou odontológica para, no mínimo, 10% (dez por cento) do quantitativo de beneficiários previsto neste Projeto Básico. Caso o atestado seja emitido por pessoa jurídica de direito privado, deverá **obrigatoriamente** ser apresentado com firma reconhecida em cartório.



12.8.1.1 Os atestados de capacidade técnica/responsabilidade técnica poderão ser apresentados em nome e com CNPJ da matriz e/ou da (s) filial (ais) da licitante:

- a) A responsabilidade é da empresa licitante pela autenticidade da documentação solicitada no item acima, artigos 297 a 301 do Código Penal.
- b) É facultado a CPL ou autoridade superior de promover diligências, conforme disposto no art. 43, § 3º, Lei nº. 8.666/93.

21.8.1.2. Será admitido o somatório de atestados quando se referirem à execução de serviços similares e compatíveis desde que prestado simultaneamente.

21.8.2. Apresentar prova de registro na ANS da (s) Administradora (s) de Benefícios e da (s) operadora (s) a ela vinculada (s), mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro.

21.8.3. Apresentar prova de registro na ANS do (s) plano (s) ofertado (s) com abrangências: regional e/ou estadual e/ou nacional, bem como, da segmentação assistencial oferecida nos termos do art. 6º da Resolução Normativa nº 387/2015, mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro.

21.8.4. Apresentar certidão expedida pela ANS de que a (s) Administradora (s) atende às exigências de ativos garantidores, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009, relativa ao 3º trimestre de 2016, exigível na forma da lei.

21.8.5. Termo de contrato ou congênere celebrado entre a Administradora de Benefícios e a operadora de plano de saúde, em que estejam claramente definidas as responsabilidades e se comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com a Administração Pública Municipal, destacando-se a impossibilidade de repasse de qualquer inadimplência dos beneficiários a este Município.

21.9 DOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

21.9.1. Declaração que não possui em seu quadro de pessoal, empregados com menos de 18 (dezoito) anos, em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e menores de dezoito anos, em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal.

21.9.2. Declaração de inexistência de fato impeditivo em papel timbrado da licitante, firmada pelo responsável legal, com indicação do nome, cargo e atestando, sob as penalidades cabíveis a inexistência de fato impeditivo à sua habilitação.

21.9.3. Declaração de que nos seus quadros não estão empregados, servidores públicos exercendo funções de gerência, administração ou tomada de decisão perante esta Administração.

21.9.4. Declaração do licitante, devidamente assinada pelo seu responsável de que recebeu todos os documentos, que tomou conhecimento de todas as informações e das condições dos locais para cumprimento das obrigações objeto desta licitação, e, ainda, de aceitação das exigências do Edital.



ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE LICITAÇÃO

PROC. ADM. N. 439211/2017

CHAMAMENTO N. 004/2017

21.9.5. A validade dos documentos apresentados será aquela constante de cada documento ou estabelecida em Lei. Nos casos omissos, o Presidente da CPL considerará como prazo de validade aceitável o de 90 (noventa) dias, contados da data de sua emissão.

21.9.6. Em nenhuma hipótese a licitante poderá alegar desconhecimento, incompreensão, dúvidas ou esquecimento de qualquer detalhe relativo a execução do objeto, responsabilizando-se por qualquer ônus decorrentes desses fatos.

21.9.7. Todo e qualquer documento apresentado em Língua Estrangeira em deverá estar acompanhado da respectiva tradução para o idioma pátrio, feita por tradutor publico juramentado.

21.9.8. Se a documentação de habilitação não estiver completa e correta ou contrariar qualquer dispositivo deste Projeto Básico e seus anexos, o Presidente da CPL considerará o proponente inabilitado.

21.9.9. Verificado o atendimento das condições de habilitação de proponente de menor preço, esta será declarada vencedora, sendo-lhes adjudicado o objeto desta licitação.

21.9.10. O licitante enquadrado como microempreendedor individual que pretenda auferir os benefícios do tratamento diferenciado previstos na Lei Complementar n. 123, de 2006, estará dispensado (a) da prova de inscrição nos cadastros de contribuintes estadual e municipal e (b) da apresentação do balanço patrimonial e das demonstrações contábeis do último exercício.

21.9.11. A existência de restrição relativamente à regularidade fiscal não impede que a licitante qualificada como microempresa ou empresa de pequeno porte seja declarada vencedora, uma vez que atenda a todas as demais exigências do edital.

21.9.12. Constatada a existência de alguma restrição no que tange à regularidade fiscal, a licitante qualificada como microempresa ou empresa de pequeno porte será convocado para, no prazo de **5 (cinco) dias úteis**, após a declaração do vencedor, comprovar a regularização. O prazo poderá ser prorrogado por igual período, a critério da administração pública, quando requerida pelo licitante, mediante apresentação de justificativa.

21.9.13. A não-regularização fiscal no prazo previsto no subitem anterior acarretará a inabilitação do licitante, sem prejuízo das sanções previstas neste Projeto Básico, com a reabertura da sessão pública.

21.9.14. Como condição prévia ao exame da documentação de habilitação do licitante detentor da proposta classificada em primeiro lugar, o Presidente da CPL verificará o eventual descumprimento das condições de participação, especialmente quanto à existência de sanção que impeça a participação no certame ou a futura contratação, mediante a consulta aos seguintes cadastros:

- Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas – CEIS, mantido pela Controladoria-Geral da União (www.portaldatransparencia.gov.br/ceis);
- Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça (www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php).
- Lista de Inidôneos, mantida pelo Tribunal de Contas da União – TCU.



22. OBRIGAÇÕES DA EMPRESA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

22.1. Apresentar aos Beneficiários da Administração Pública Municipal, no mínimo 01 (uma) operadora de planos de assistência médica e/ou 01 (uma) de assistência odontológica devidamente registrada na ANS;

22.2. Deverá possuir a facilidade de central de atendimento, através do serviço 0800, 24 (vinte quatro) horas, para os esclarecimentos que se fizerem necessários, e disponibilizar, no mínimo, 01 (um) funcionário devidamente habilitado para todo o período de vigência do Termo de Acordo, auxiliando no atendimento ao público a fim de esclarecimento de dúvidas quanto ao (s) plano (s) ofertado (s), procedimento a adotar para adesão, treinamento de pessoal e outras questões referentes ao (s) plano (s) assistencial (is), estando à disposição da Administração Pública Municipal para correta execução do objeto.

22.3. Negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, acerca dos aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência médica e/ou odontológica, aplicação de mecanismos de regulação estabelecidos pelas operadoras dos planos de saúde e/ou odontológico; e reajuste das mensalidades dos planos;

22.4. Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica e/ou odontológica junto aos beneficiários da Administração Pública Municipal.

22.5. Orientar os beneficiários a respeito do Projeto Básico, bem como Termo de Acordo específico que vier a ser firmado;

22.6. Exigir dos beneficiários documentos que comprove seu vínculo junto à Administração Pública Municipal, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;

22.7. Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;

22.8. Acompanhar a prestação dos serviços das operadoras estipuladas, e na superveniência de fatos imprevisíveis, emendar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários;

22.9. Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica e/ou odontológico, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada no Projeto Básico e na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;

22.10. Negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos, posteriormente, requerendo anuência da Administração pública Municipal, para então comunicar os beneficiários, na forma da legislação vigente;

22.11. Encaminhar com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data estimada para aplicação do reajuste no (s) contrato (s) de plano (s) assistencial (is), a proposta de reajuste contendo base de cálculo com devida justificativa do motivo da tal necessidade.

22.12. A (s) administradora (s) de benefícios credenciada (s) deverá (ão) zelar pelo sigilo das informações assistenciais, devendo comprovar que possui (em) profissional técnico habilitado, observando o que dispõe a Resolução Normativa nº 255/2011;



22.13. Manter, enquanto durar o ajuste, todas as condições que ensejaram o credenciamento, particularmente ao que se refere à atualização de documentos e as condições exigidas por ocasião da realização de inspeções;

22.14. Comunicar o gestor deste instrumento, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços;

22.15. Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Fiscalização do Termo de Acordo, 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;

c) Parecer Médico.

22.16. Encaminhar toda minuta/modelo de contrato de plano (s) assistencial (is) a ser assinado com beneficiário titular para análise e anuência pela Administração Pública Municipal.

22.17. É vedado à (s) Administradora (s) de Benefícios, transferir a terceiros total ou parcialmente a oferta de planos (s) de saúde e odontológico, decorrente do objeto do Termo de Acordo, celebrado junto à Administração Pública Municipal.

23. OBRIGAÇÕES DA OPERADORA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

23.1. Caberá à (s) Operadora (s) de assistência médica contratada (s) pela (s) Administradora (s) de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei nº. 9.656/98, e da Resolução Normativa nº. 387/2015, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados.

23.2. 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;

23.3. Efetuar o pagamento de reembolso na forma descrita no item 12, deste Projeto Básico.

23.4. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços de assistência à saúde aos beneficiários da Administração Pública Municipal;

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

23.6. Fornecer, gratuitamente, aos beneficiários da Administração Pública Municipal, a primeira via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;



**ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE LICITAÇÃO**

PROC. ADM. N. 439211/2017

CHAMAMENTO N. 004/2017

23.6.1. Se for necessária a emissão de 2ª via será cobrada uma taxa a ser definida pela operadora.

23.7. Fornecer, gratuitamente, aos beneficiários da Administração Pública Municipal, 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 pela (s) Operadora (s) contratada (s) pela (s) empresa (s) Administradora (s) de Benefícios, por meio físico ou virtual;

23.8. Credenciar hospitais, médicos e serviços auxiliares, bem como cancelar tais credenciamentos, sempre com o objetivo de melhoria da qualidade de atendimento aos beneficiários, sendo facultado à (s) Administradora (s) de Benefícios colaborar com a (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde no processo de seleção dos hospitais, médicos e serviços auxiliares;

23.9. Em caso de substituição dos hospitais, médicos e serviços auxiliares por outros equivalentes, a (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde deverá comunicar o fato à (s) Administradora (s) de Benefícios com 30 (trinta) dias de antecedência, ressaltando nesse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

23.10. Manter a rede de atendimento credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta, e, caso haja descredenciamento de qualquer profissional, hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou centro radiológico, credenciar outro de mesmo porte e com a mesma capacitação técnica, abrangência e número de leitos, submetendo o credenciamento à prévia aprovação da (s) Administradora (s) de Benefícios;

23.11. Assegurar aos beneficiários da Administração Pública Municipal, sempre que houver indisponibilidade de leito nos hospitais ou Clínicas próprios ou credenciados da Operadora (s) de Plano (s) de Saúde, acomodação em outro estabelecimento de qualidade igual ou superior, sem ônus adicional.

23.12. Providenciar a imediata correção das deficiências nos serviços contratados, apontadas pela (s) Administradora (s) de Benefícios.

23.13. Negociar, conforme sugestão da (s) Administradora (s) de Benefícios, a possibilidade de inclusão de profissionais ou entidades de saúde, conforme diretrizes administrativas da Contratada e da ANS e suas alterações.

23.14. Comunicar ao fiscal da execução do contrato, a ocorrência de qualquer fato impeditivo à execução fiel do contrato.

23.15. Incluir e excluir os funcionários e dependentes como beneficiários do Plano de Saúde, bem como promover a alteração da modalidade de Plano, conforme disciplinado em Projeto Básico, bem como no Edital e em seus anexos.

23.16. Manter, durante toda a execução do contrato, compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, condições de habilitação e qualificação exigidas no certame.

23.17. A responsabilidade pelo vínculo trabalhista relativo aos profissionais envolvidos na execução do contrato.

23.18. Observar as determinações constantes da Súmula Normativa nº 10, de 30 de outubro de 2006, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como das demais normas e entendimentos emanadas por tal órgão e suas alterações.



23.19. Em havendo cisão, incorporação ou fusão da (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde, a aceitação de qualquer uma destas operações, como pressuposto para a continuidade do contrato, ficará condicionada à análise, por parte da (s) Administradora (s) de Benefícios, do procedimento realizado e da documentação da nova empresa, considerando todas as normas aqui estabelecidas como parâmetros de aceitação, tendo em vista a eliminação dos riscos de insucesso na execução do objeto contratado.

23.20. Executar diretamente o contrato, sem transferência de responsabilidades aos serviços acordados com a (s) Administradora (s) de Benefícios.

23.21. Assumir a responsabilidade pelos encargos fiscais, previdenciários, trabalhistas e outros resultantes da contratação.

23.22. A inadimplência da (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde, com referência aos encargos estabelecidos na condição anterior, não transfere a responsabilidade por seu pagamento ao Município, nem poderá onerar o objeto deste contrato.

23.23. Deverá a (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde observar, também, o seguinte:

a) é expressamente proibida a veiculação de publicidade acerca do contrato, salvo se houver prévia autorização da Administração.

b) é vedado a subcontratação para a prestação dos serviços ao objeto deste processo.

23.24. A (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde deverá manter as mesmas condições habilitatórias, em especial, no que se refere ao recolhimento dos impostos federais, estaduais e municipais, durante toda a execução do objeto, as quais são de natureza *sine qua non* para a emissão de pagamentos e aditivos de qualquer natureza.

23.25. A (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde deverá ainda, garantir a migração e adaptação de planos de saúde conforme o disposto na Resolução Normativa nº 254, de 05 de maio de 2011, bem como de portabilidade de carências estabelecida na Resolução Normativa nº 186, de 14 de janeiro de 2009, e suas alterações.

24. DAS OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

24.1. Das obrigações operadoras de assistência odontológica: caberá às Operadora(s) odontológica (s) conveniada (s) pela (s) Administradora (s) de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, da Resolução Normativa nº 387/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, alterações posteriores e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados;

24.2. Oferecer os serviços de assistência odontológica, na forma disciplinada pela legislação vigente;

24.3. 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;

24.4. Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de planos odontológicos contratada pela (s) Administradora (s) de Benefícios, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência odontológica deverá ser efetuado de acordo com os valores praticados



na tabela das operadoras, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

24.5. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência odontológica por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras 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 estabelecimento e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- b) Recibos de pagamento dos honorários odontológicos;
- c) Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento; e
- d) Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

24.6. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados;

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

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

24.9. Se for necessária a emissão de 2ª via será cobrada uma taxa a ser definida pela operadora; e Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Odontológica, Manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Consultórios e outros estabelecimentos e/ou profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela (s) Administradora (s) de Benefícios.

25. OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL

25.1. Comunicar à (s) Administradora (s) credenciada (s) a exoneração/demissão dos servidores da Administração Pública Municipal, no prazo máximo de 05 (cinco) dias a partir do desligamento dos mesmos, para que a (s) Administradora (s) credenciada possa proceder, se for o caso, sua exclusão e a de seus dependentes do plano contratado. A exclusão e as condições respeitarão os prazos estabelecidos neste Projeto Básico.

25.2. Relacionar, após a assinatura do Termo de Acordo, os beneficiários de cada plano, sendo que os dependentes serão cadastrados no mesmo plano do titular.

25.3. Permitir à (s) Administradora (s) de Benefícios (s) a divulgação dos planos médicos e/ou odontológicos junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação, observando o plano de mídia a ser previamente aprovado pela Administração Pública Municipal, salvo autorização expressa do servidor;

25.4. Garantir espaço adequado aos profissionais da (s) Administradora (s) de Benefícios para garantir serviços de apoio aos beneficiários, incluindo infraestrutura necessária ao atendimento;



25.5. Efetuar averiguações periódicas e adotar procedimentos objetivando a regularidade e correção da assistência médico-hospitalar prestada pela (s) credenciada (s), devendo comunicar, por escrito, toda e qualquer irregularidade observada.

25.6. Prestar informações e os esclarecimentos que venham ser solicitados pelos funcionários da (s) Credenciada (s);

25.7. Comunicar oficialmente à (s) Credenciada (s) quaisquer falhas ocorridas, principalmente, consideradas de natureza grave.

25.8. Acompanhar e fiscalizar a execução do (s) Termo (s) de Acordo (s), de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devidamente designados neste Projeto Básico, comunicando a ocorrência de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas à autoridade superior.

26. DO PRAZO DE VIGÊNCIA

26.1. O prazo de vigência do Termo de Acordo será de 12 (doze) 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.

27. DO PAGAMENTO

27.1. Inexiste a indicação e destaque de recursos orçamentários e financeiros provenientes da Administração Pública Municipal, a ser repassado diretamente para a (s) Administradora (s) de Benefícios credenciada (s), considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência médica e/ou odontológica é de responsabilidade exclusiva do servidor, que optar por aderir a qualquer do (s) plano (s) disponibilizado (s) pela (s) operadora (s) conveniada (s) a (s) administradora (s) credenciada (s).

27.2. O pagamento será realizado na modalidade pós-pagamento, mediante autorização de débito em conta corrente, mediante a consignação em folha de pagamento, a ser indicada no ato de adesão pelo beneficiário.

27.3. Não caberá qualquer ônus a Administração Pública Municipal, tendo em vista que a responsabilidade pelo pagamento cabe tão somente ao beneficiário do (s) plano (s), optante pela adesão.

28. DA RESCISÃO DO TERMO DE ACORDO

28.1. O Termo de Acordo somente poderá ser rescindido imotivamente após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou, ainda, sobrevindo caso fortuito ou de força maior, idem com relação a justo motivo, inclusive na hipótese de inexecução total ou parcial de qualquer de suas cláusulas e condições.

28.2. Obrigam-se os signatários a cumprir todas as cláusulas e condições durante o prazo de 60 (sessenta) dias que anteceder à rescisão.

29. DAS SANÇÕES/PENALIDADES



29.1. Aquele que, convocado dentro do prazo de validade de sua proposta, não assinar o Termo de Acordo, deixar de entregar ou apresentar documentação falsa exigida para o certame, ensejar o retardamento da execução de seu objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do Termo de Acordo, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal; garantido o direito à ampla defesa, ficará impedido de licitar e de contratar com o município, pelo prazo de até 2 (dois) anos, sem prejuízo das multas previstas em edital e no termo e das demais cominações legais.

29.2. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, a (s) Administradora (s) de Benefícios, assegurado o contraditório e a ampla defesa, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

- a)** advertência por escrito;
- b)** 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 (s) Administradora (s) de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;
- c)** 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 (s) Administradora (s) de Benefícios credenciada (s), no caso de inexecução total dos serviços;
- d)** suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a Administração pelo prazo não superior a 02 (dois) anos;
- e)** declaração de inidoneidade para licitar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes de punição, até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, reabilitação esta que será concedida sempre que a Credenciada ressarcir à Credenciante pelos prejuízos e, depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base nas letras “a”, “b”, “c” e “d”;
- f)** rescisão automática do Termo de Acordo, sem prejuízo de ações civis e criminais.

29.3. As sanções previstas nas alíneas “a” e “b” poderão ser aplicadas concomitantemente com a alínea “c”, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;

29.4. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no presente Projeto Básico, no Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação aos Beneficiários e à Administração Pública Municipal apuradas em processo administrativo.

29.5. As multas previstas nesta seção não eximem a adjudicatária da reparação de eventuais perdas e danos ou prejuízos que seu ato punível venha causar a Credenciante.

29.6. Se a (s) Credenciada (s) não proceder ao recolhimento da multa no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação por parte do Administração Pública Municipal, o valor será encaminhado para inscrição em Dívida Ativa e execução pela Procuradoria Geral do Município. Do ato que aplicar penalidade caberá recurso, no prazo de 05



(cinco) dias úteis, a contar da ciência da notificação, podendo a Administração reconsiderar sua decisão ou nesse prazo encaminhá-la devidamente informada para a apreciação e decisão superior, dentro do mesmo prazo.

29.7. As penalidades pecuniárias a que se referem às cláusulas anteriores poderão ser cobradas administrativamente ou judicialmente, aplicando-se subsidiariamente as normas previstas na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

30. DAS PUBLICAÇÕES

- ☒ Internet
- ☐ Jornal Oficial da União – D.O.U
- ☒ Jornal Oficial do Município - AMM
- ☒ Diário Oficial Eletrônico Tribunal de Contas Estadual - DOE/TCE

31. DA MODALIDADE DE LICITAÇÃO

- ☐ Leilão
- ☐ Convite
- ☐ Concurso
- ☐ Compra Direta
- ☐ Inexigibilidade
- ☐ Tomada de Preços
- ☐ Concorrência Pública
- ☒ Chamada Pública

32. DA FISCALIZAÇÃO E DO ACOMPANHAMENTO

32.1. Caberá ao fiscal do Termo de Acordo as seguintes atribuições:

32.1.1. Orientar: estabelecer diretrizes, dar e receber informações sobre a execução do Termo de Acordo;

32.1.2. Fiscalizar: verificar o material utilizado e a forma de execução do objeto do Termo de Acordo, confirmando o cumprimento das obrigações;

32.1.3. Interditar: paralisar a execução do Termo de Acordo por estar em desconformidade com o pactuado;

32.1.4. Intervir: assumir a execução do Termo de Acordo;

32.1.5. Informar: a Administração o cometimento de falhas e irregularidades detectadas pela (s) Credenciada (s) que implique comprometimento da aquisição e/ou aplicação de penalidades previstas; e noticiar os casos de afastamento em virtude de férias, licenças ou outros motivos, para que o substituto (suplente) possa assumir a gestão do Termo de Acordo, evitando prejuízos, interrupções e suspensão das atividades de fiscalização.

32.1.6. Ter total conhecimento do Termo de Acordo e suas cláusulas;



ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE LICITAÇÃO

PROC. ADM. N. 439211/2017

CHAMAMENTO N. 004/2017

32.1.7. Solicitar a seus superiores, em tempo hábil para adoção das medidas convenientes, decisões e providências que ultrapassem a sua competência;

32.1.8. Zelar pelo bom relacionamento com a (s) credenciada (s), mantendo um comportamento ético, probo e cortês;

32.1.9. Anotar todas as ocorrências relacionadas com a execução do Termo de Acordo, informando ao fiscal do Termo de Acordo aquelas que dependam de providências, com vistas à regularização das faltas ou defeitos observados;

32.1.10. Acompanhar e controlar, quando for o caso, as entregas e o estoque de materiais de reposição, destinados à execução do objeto contratado, principalmente quanto à sua quantidade e qualidade;

32.1.11. Formalizar, sempre, os entendimentos com a (s) Credenciada (s) ou seu Preposto, adotando todas as medidas que permitam compatibilizar as obrigações bilaterais;

32.1.12. Avaliar constantemente a qualidade da execução contratual, propondo, sempre que cabíveis medidas que visem reduzir gastos e racionalizar os serviços;

32.1.13. Observar rigorosamente os princípios legais e éticos em todos os atos inerentes às suas atribuições, agindo com transparência no desempenho das suas atividades.

32.1.14. A fiscalização do futuro Termo de Acordo ficará a cargo da **Secretaria Municipal de Administração** que designa neste ato o servidor **Marcos Rodrigues da Silva**, portador da cédula de identidade RG nº 662.136-8 SSP/MT, inscrito no CPF sob nº 473.949.191-53, matrícula nº 31375, domiciliado na Avenida Ulisses Pompeu de Campos, Jardim das Acácias, n. 63, Bairro Guarita, Várzea Grande/MT.

33. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

33.1. Eventual alteração no Rol de Procedimentos publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS terão sua cobertura assegurada pelo Plano de Saúde e/ou Odontológico definido neste Projeto Básico, independentemente de aditamento contratual.

33.2. Serão automaticamente excluídos do Contrato, juntamente com seus dependentes, mediante comunicação imediata e por escrito da Administração Pública Municipal, comprovadamente entregue à (s) empresa (s) Administradora (s) de Benefícios, o beneficiário titular que, por qualquer motivo, deixar de atender as condições exigidas inicialmente na inscrição.

33.3. A tolerância de qualquer uma das partes, em relação a eventuais infrações da outra, não importará em modificação contratual, novação ou renúncia a direito, devendo ser considerada mera liberalidade da citada parte.

34. DA PROPOSTA

34.1. A proposta deverá ser apresentada conforme o modelo e orientações descritas no Anexo I deste projeto Básico.



ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE LICITAÇÃO

PROC. ADM. N. 439211/2017

CHAMAMENTO N. 004/2017

35. DESCRIÇÃO

QUADRO ESTIMATIVO DO QUANTITATIVO DE BENEFICIARIOS TITULARES DA PREFEITURA MUNICIPAL DE VÁRZEA GRANDE			
FAIXA ETARIA	FEMININO	MASCULINO	SUBTOTAL
Até 18 anos	1	0	1
De 19 a 23 anos	127	63	190
De 24 a 28 anos	301	150	451
De 29 a 33 anos	483	195	678
De 34 a 38 anos	742	295	1037
De 39 a 43 anos	826	328	1154
De 44 a 48 anos	837	324	1161
De 49 a 53 anos	734	292	1026
De 54 a 58 anos	485	196	681
59 anos em diante	380	262	642
Total Geral	4916	2105	7021

QUADRO ESTIMATIVO DO QUANTITATIVO DE BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES DA PREFEITURA MUNICIPAL DE VÁRZEA GRANDE			
FAIXA ETARIA	FEMININO	MASCULINO	SUBTOTAL
Até 18 anos	1215	753	1968
De 19 a 23 anos	473	598	1071
De 24 a 28 anos	498	435	933
De 29 a 33 anos	415	235	650
De 34 a 38 anos	88	98	186
De 39 a 43 anos	25	17	42
De 44 a 48 anos	16	7	23
De 49 a 53 anos	14	5	19
De 54 a 58 anos	9	3	12
59 anos em diante	24	22	46
Total Geral	2777	2173	4950

Várzea Grande - MT 04 de Abril de 2017.



ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE LICITAÇÃO

PROC. ADM. N. 439211/2017

CHAMAMENTO N. 004/2017

Daniel Felipe Figueiredo de Arruda
Elaborador do Projeto Básico



PROC. ADM. N. 439211/2017

CHAMAMENTO N. 004/2017

ANEXO I AO PROJETO BÁSICO

Modelo de Proposta

LOTE 01 - PLANO ASSISTENCIAL MÉDICO													
FAIXA ETÁRIA	QTD ESTIMADO DE BENEFICIÁRIOS (TITULARES E DEPENDENTES)	ABRANGÊNCIA NACIONAL				ABRANGÊNCIA ESTADUAL				ABRANGÊNCIA REGIONAL			
		ENFERMARIA		APARTAMENTO		ENFERMARIA		APARTAMENTO		ENFERMARIA		APARTAMENTO	
		Valor Unitário	Valor Total	Valor Unitário	Valor Total	Valor Unitário	Valor Total	Valor Unitário	Valor Total	Valor Unitário	Valor Total	Valor Unitário	Valor Total
Até 18 anos	1969												
De 19 a 23 anos	1261												
De 24 a 28 anos	1384												
De 29 a 33 anos	1328												
De 34 a 38 anos	1223												
De 39 a 43 anos	1196												
De 44 a 48 anos	1184												
De 49 a 53 anos	1045												



ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE LICITAÇÃO

LICITAÇÃO

PMVG

PROC. ADM. N. 439211/2017

CHAMAMENTO N. 004/2017

De 54 a 58 anos	693												
59 anos em diante	688												
Valor Total Geral R\$													

LOTE 02 - PLANO ASSISTENCIAL ODONTOLÓGICO						
QTDE ESTIMADO DE BENEFICIÁRIOS (TITULARES E DEPENDENTES)	ABRANGÊNCIA NACIONAL		ABRANGÊNCIA ESTADUAL		ABRANGÊNCIA REGIONAL	
	Valor Unitário	Valor Total	Valor Unitário	Valor Total	Valor Unitário	Valor Total
11971						
Valor Total Geral R\$						

Obs 1: Além dos planos citadas acima, a (s) administradora (s) de benefícios poderá (ão) apresentar plano (s) opcional (is), com abrangência, segmentação, rede superior ao exigido neste Projeto Básico.

Obs 2: Os valores/percentuais de coparticipação e/ou taxas de utilização de planos/reembolso ou equivalentes, deverão estar especificados detalhadamente por cada plano de abrangência/segmentaç



ANEXO IX

MINUTA DO CONTRATO

O MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE ESTADO DE MATO GROSSO, por intermédio da **PREFEITURA MUNICIPAL**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 03.507.548/0001-10, com sede no localizado na Avenida Castelo Branco nº 2.500, bairro Água Limpa, Paço Municipal "Couto Magalhães" - Várzea Grande/MT, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE -----**, representada por seu Secretário(a), o(a) Senhor(a) _____, portador(a) da Cédula de Identidade RG nº. ____ e inscrito(a) no CPF sob o nº _____, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado, a Empresa _____, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº. _____ e **Inscrição Estadual nº _____**, localizado na _____, neste ato, representada por seu Sócio(a) administrador(a), o(a) Senhor(a) _____, portador(a) da Cédula de Identidade RG nº. ____ e inscrito no CPF nº. _____, doravante denominada **CONTRATADA**, em vista o constante e decidido no Processo arquivado na Superintendência de Licitação, resolvem celebrar o **CONTRATO Nº XX/201X**, decorrente do procedimento de **CHAMAMENTO PÚBLICO nº 0x/201x**, conforme descrito no Edital e seus Anexos, sujeitando-se as partes às normas constantes da Lei nº 8.666/93, conforme as disposições seguintes.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1.1. Este Instrumento Contratual se encontra vinculado aos termos e condições da Lei nº. 8.666 de 21 de Junho de 1993, vinculados ao Edital e anexos do processo de Chamamento Público **nº 0x/201x**, bem como na proposta da contratada, no Processo Administrativo nº xx, no **Termo de Referência nº 0x/201x da Secretaria de -----**.

1.2. Aplicam-se aos casos omissos, as noções gerais de direito público, os princípios da teoria geral dos contratos, as disposições de direito privado e as estabelecidas neste Termo, bem como nos demais documentos acostados no **PROCESSO GESPRO Nº. XX/201X**.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO

2.1. DO OBJETO

2.1.1. Este Termo Contratual tem por objeto o Credenciamento de Pessoa (s) Jurídica (s) devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para atuar como Administradora(s) de Benefícios objetivando disponibilizar plano (s) coletivo (s) empresarial (is) de assistência à saúde suplementar de, no mínimo, 1 (uma) operadora de planos de assistência médica, visando a prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados no País, com padrão de enfermagem e apartamento individual, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação



Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial e assistência odontológica de, no mínimo, 1 (uma) operadora de assistência odontológica aos servidores efetivos ativos e inativos, Prefeito, Vice-Prefeito, ocupantes de cargos comissionados sem vínculo efetivo com a Administração Pública Municipal, servidores requisitados para a Prefeitura Municipal de Várzea Grande/MT, seus dependentes e pensionistas, conforme edital e anexos.

2.2. DESCRIÇÃO DO OBJETO

2.2.1. LOTE 01: Credenciamento da (s) Administradora (s) de Benefícios deverá (ão) disponibilizar planos de assistência médica através da (s) operadora (s) conveniados a ela, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no país, com centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde aos servidores da Administração Pública Municipal, e seus respectivos dependentes, nos seguintes planos:

a) Enfermaria: cobertura para Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia - compreendendo todos os procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com acomodação em enfermaria nas abrangências: regional e/ou estadual e/ou nacional, e

b) Apartamento: cobertura para Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia - compreendendo todos os procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com acomodação em quarto privativo (com banheiro privativo, ar condicionado e direito a acompanhante) nas abrangências: regional e/ou estadual e/ou nacional.

2.2.2. LOTE 02: Credenciamento da (s) Administradora (s) de Benefícios com a finalidade de disponibilizar plano (s) de assistência odontológica de, no mínimo, 01 (uma) operadora de Plano (s) Odontológico (s), na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizada pela ANS, objetivando a prestação de assistência odontológica de acordo com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com abrangência regional e/ou estadual e/ou nacional aos servidores da Administração Pública Municipal, e seus dependentes.

2.3. Além dos planos acima citados, a (s) administradora (s) de benefícios poderá (ão) apresentar plano (s) opcional (is), com abrangência, segmentação, rede superior ao exigido neste Projeto Básico.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO PREÇO E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

3.1. Não haverá qualquer pagamento pela Administração Pública Municipal à (s) Administradora (s) de Benefícios, ficando a (s) Administradora (s) de Benefícios responsável pela cobrança aos beneficiários do valor da mensalidade do plano de saúde e/ou plano odontológico escolhido (s), que se dará



mediante consignação em folha de pagamento, boleto bancário ou autorização de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário.

3.1.1. Será realizado o pagamento por meio de boleto bancário tão somente nos casos de desligamento de vínculo empregatício do servidor, titular do benefício, por exoneração, demissão ou morte, com a Administração Pública Municipal, ficando o beneficiário responsável por pagamento integral do plano perante a (s) Administradora (s) de Benefícios.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

4.1. O prazo de vigência do Termo de Acordo será de XX (XX) 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 XX (XX) meses.

CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DA EMPRESA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

Nota explicativa: As obrigações da CONTRATANTE e da CONTRATADA são aquelas previstas no Termo de Referência, anexo do Edital, devendo manter compatibilidade as especificações seguintes.

5.1. Apresentar aos Beneficiários da Administração Pública Municipal, no mínimo 01 (uma) operadora de planos de assistência médica e/ou 01 (uma) de assistência odontológica devidamente registrada na ANS;

5.2. Deverá possuir a facilidade de central de atendimento, através do serviço 0800, 24 (vinte quatro) horas, para os esclarecimentos que se fizerem necessários, e disponibilizar, no mínimo, 01 (um) funcionário devidamente habilitado para todo o período de vigência do Termo de Acordo, auxiliando no atendimento ao público a fim de esclarecimento de dúvidas quanto ao (s) plano (s) ofertado (s), procedimento a adotar para adesão, treinamento de pessoal e outras questões referentes ao (s) plano (s) assistencial (is), estando à disposição da Administração Pública Municipal para correta execução do objeto.

5.3. Negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, acerca dos aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência médica e/ou odontológica, aplicação de mecanismos de regulação estabelecidos pelas operadoras dos planos de saúde e/ou odontológico; e reajuste das mensalidades dos planos;

5.4. Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica e/ou odontológica junto aos beneficiários da Administração Pública Municipal.

5.5. Orientar os beneficiários a respeito do Projeto Básico, bem como Termo de Acordo específico que vier a ser firmado;

5.6. Exigir dos beneficiários documentos que comprove seu vínculo junto à Administração Pública Municipal, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;

5.7. Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;

5.8. Acompanhar a prestação dos serviços das operadoras estipuladas, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários;



5.9. Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica e/ou odontológico, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada no Projeto Básico e na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;

5.10. Negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos, posteriormente, requerendo anuência da Administração pública Municipal, para então comunicar os beneficiários, na forma da legislação vigente;

5.11. Encaminhar com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data estimada para aplicação do reajuste no (s) contrato (s) de plano (s) assistencial (is), a proposta de reajuste contendo base de cálculo com devida justificativa do motivo da tal necessidade.

5.12. A (s) administradora (s) de benefícios credenciada (s) deverá (ão) zelar pelo sigilo das informações assistenciais, devendo comprovar que possui (em) profissional técnico habilitado, observando o que dispõe a Resolução Normativa nº 255/2011;

5.13. Manter, enquanto durar o ajuste, todas as condições que ensejaram o credenciamento, particularmente ao que se refere à atualização de documentos e as condições exigidas por ocasião da realização de inspeções;

5.14. Comunicar o gestor deste instrumento, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços;

5.15. Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Fiscalização do Termo de Acordo, 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;

c) Parecer Médico.

5.16. Encaminhar toda minuta/modelo de contrato de plano (s) assistencial (is) a ser assinado com beneficiário titular para análise e anuência pela Administração Pública Municipal.

5.17. É vedado à (s) Administradora (s) de Benefícios, transferir a terceiros total ou parcialmente a oferta de planos (s) de saúde e odontológico, decorrente do objeto do Termo de Acordo, celebrado junto à Administração Pública Municipal.

CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DA OPERADORA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Nota explicativa: As obrigações da CONTRATANTE e da CONTRATADA são aquelas previstas no Termo de Referência, anexo do Edital, devendo manter compatibilidade as especificações seguintes.



ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE LICITAÇÃO

PROC. ADM. N. 439211/2017

CHAMAMENTO N. 004/2017

- 6.1.** Caberá à (s) Operadora (s) de assistência médica contratada (s) pela (s) Administradora (s) de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei nº. 9.656/98, e da Resolução Normativa nº. 387/2015, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados.
- 6.2.** 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;
- 6.3.** Efetuar o pagamento de reembolso na forma descrita no item 12, do Projeto Básico.
- 6.4.** Zelar pela boa e fiel execução dos serviços de assistência à saúde aos beneficiários da Administração Pública Municipal;
- 6.5.** Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência contratual e de acordo com a legislação vigente;
- 6.6.** Fornecer, gratuitamente, aos beneficiários da Administração Pública Municipal, a primeira via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- 6.6.1.** Se for necessária a emissão de 2ª via será cobrada uma taxa a ser definida pela operadora.
- 6.7.** Fornecer, gratuitamente, aos beneficiários da Administração Pública Municipal, 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 pela (s) Operadora (s) contratada (s) pela (s) empresa (s) Administradora (s) de Benefícios, por meio físico ou virtual;
- 6.8.** Credenciar hospitais, médicos e serviços auxiliares, bem como cancelar tais credenciamentos, sempre com o objetivo de melhoria da qualidade de atendimento aos beneficiários, sendo facultado à (s) Administradora (s) de Benefícios colaborar com a (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde no processo de seleção dos hospitais, médicos e serviços auxiliares;
- 6.9.** Em caso de substituição dos hospitais, médicos e serviços auxiliares por outros equivalentes, a (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde deverá comunicar o fato à (s) Administradora (s) de Benefícios com 30 (trinta) dias de antecedência, ressaltando nesse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- 6.10.** Manter a rede de atendimento credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta, e, caso haja descredenciamento de qualquer profissional, hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou centro radiológico, credenciar outro de mesmo porte e com a mesma capacitação técnica, abrangência e número de leitos, submetendo o credenciamento à prévia aprovação da (s) Administradora (s) de Benefícios;
- 6.11.** Assegurar aos beneficiários da Administração Pública Municipal, sempre que houver indisponibilidade de leito nos hospitais ou Clínicas próprios ou credenciados da Operadora (s) de Plano (s) de Saúde, acomodação em outro estabelecimento de qualidade igual ou superior, sem ônus adicional.



ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE LICITAÇÃO

PROC. ADM. N. 439211/2017

CHAMAMENTO N. 004/2017

- 6.12.** Providenciar a imediata correção das deficiências nos serviços contratados, apontadas pela (s) Administradora (s) de Benefícios.
- 6.13.** Negociar, conforme sugestão da (s) Administradora (s) de Benefícios, a possibilidade de inclusão de profissionais ou entidades de saúde, conforme diretrizes administrativas da Contratada e da ANS e suas alterações.
- 6.14.** Comunicar ao fiscal da execução do contrato, a ocorrência de qualquer fato impeditivo à execução fiel do contrato.
- 6.15.** Incluir e excluir os funcionários e dependentes como beneficiários do Plano de Saúde, bem como promover a alteração da modalidade de Plano, conforme disciplinado em Projeto Básico, bem como no Edital e em seus anexos.
- 6.16.** Manter, durante toda a execução do contrato, compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, condições de habilitação e qualificação exigidas no certame.
- 6.17.** A responsabilidade pelo vínculo trabalhista relativo aos profissionais envolvidos na execução do contrato.
- 6.18.** Observar as determinações constantes da Súmula Normativa nº 10, de 30 de outubro de 2006, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como das demais normas e entendimentos emanadas por tal órgão e suas alterações.
- 6.19.** Em havendo cisão, incorporação ou fusão da (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde, a aceitação de qualquer uma destas operações, como pressuposto para a continuidade do contrato, ficará condicionada à análise, por parte da (s) Administradora (s) de Benefícios, do procedimento realizado e da documentação da nova empresa, considerando todas as normas aqui estabelecidas como parâmetros de aceitação, tendo em vista a eliminação dos riscos de insucesso na execução do objeto contratado.
- 6.20.** Executar diretamente o contrato, sem transferência de responsabilidades aos serviços acordados com a (s) Administradora (s) de Benefícios.
- 6.21.** Assumir a responsabilidade pelos encargos fiscais, previdenciários, trabalhistas e outros resultantes da contratação.
- 6.22.** A inadimplência da (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde, com referência aos encargos estabelecidos na condição anterior, não transfere a responsabilidade por seu pagamento ao Município, nem poderá onerar o objeto deste contrato.
- 6.23.** Deverá a (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde observar, também, o seguinte:
- a)** é expressamente proibida a veiculação de publicidade acerca do contrato, salvo se houver prévia autorização da Administração.
- b)** é vedado a subcontratação para a prestação dos serviços ao objeto deste processo.
- 6.24.** A (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde deverá manter as mesmas condições habilitatórias, em especial, no que se refere ao recolhimento dos impostos federais, estaduais e municipais, durante toda a execução do objeto, as quais são de natureza sine qua non para a emissão de pagamentos e aditivos de qualquer natureza.
- 6.25.** A (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde deverá ainda, garantir a migração e adaptação de planos de saúde conforme o disposto na Resolução Normativa nº 254, de 05 de maio de 2011, bem



como de portabilidade de carências estabelecida na Resolução Normativa nº 186, de 14 de janeiro de 2009, e suas alterações.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA OPERADORA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Nota explicativa: As obrigações da CONTRATANTE e da CONTRATADA são aquelas previstas no Termo de Referência, anexo do Edital, devendo manter compatibilidade as especificações seguintes.

7.1. Das obrigações operadoras de assistência odontológica: caberá às Operadora(s) odontológica (s) conveniada (s) pela (s) Administradora (s) de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, da Resolução Normativa nº 387/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, alterações posteriores e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados;

7.2. Oferecer os serviços de assistência odontológica, na forma disciplinada pela legislação vigente;

7.3. 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;

7.4. Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de planos odontológicos contratada pela (s) Administradora (s) de Benefícios, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência odontológica deverá ser efetuado de acordo com os valores praticados na tabela das operadoras, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

7.5. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência odontológica por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras 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 estabelecimento e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- b) Recibos de pagamento dos honorários odontológicos;
- c) Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento; e
- d) Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

7.6. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados;

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

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

7.9. Se for necessária a emissão de 2ª via será cobrada uma taxa a ser definida pela operadora; e Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Odontológica, Manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Consultórios e outros estabelecimentos e/ou profissionais



colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela (s) Administradora (s) de Benefícios.

CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL

Nota explicativa: As obrigações da CONTRATANTE e da CONTRATADA são aquelas previstas no Termo de Referência, anexo do Edital, devendo manter compatibilidade as especificações seguintes.

8.1. Comunicar à (s) Administradora (s) credenciada (s) a exoneração/demissão dos servidores da Administração Pública Municipal, no prazo máximo de 05 (cinco) dias a partir do desligamento dos mesmos, para que a (s) Administradora (s) credenciada possa proceder, se for o caso, sua exclusão e a de seus dependentes do plano contratado. A exclusão e as condições respeitarão os prazos estabelecidos neste Projeto Básico.

8.2. Relacionar, após a assinatura do Termo de Acordo, os beneficiários de cada plano, sendo que os dependentes serão cadastrados no mesmo plano do titular.

8.3. Permitir à (s) Administradora (s) de Benefícios (s) a divulgação dos planos médicos e/ou odontológicos junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação, observando o plano de mídia a ser previamente aprovado pela Administração Pública Municipal, salvo autorização expressa do servidor;

8.4. Garantir espaço adequado aos profissionais da (s) Administradora (s) de Benefícios para garantir serviços de apoio aos beneficiários, incluindo infraestrutura necessária ao atendimento;

8.5. Efetuar averiguações periódicas e adotar procedimentos objetivando a regularidade e correção da assistência médico-hospitalar prestada pela (s) credenciada (s), devendo comunicar, por escrito, toda e qualquer irregularidade observada.

8.6. Prestar informações e os esclarecimentos que venham ser solicitados pelos funcionários da (s) Credenciada (s);

8.7. Comunicar oficialmente à (s) Credenciada (s) quaisquer falhas ocorridas, principalmente, consideradas de natureza grave.

8.8. Acompanhar e fiscalizar a execução do (s) Termo (s) de Acordo (s), de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devidamente designados neste Projeto Básico, comunicando a ocorrência de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas à autoridade superior.

CLÁUSULA NONA – DO PAGAMENTO

Nota Explicativa: O prazo para pagamento à CONTRATADA e demais condições a ele referentes encontram-se definidos no Edital.

9.1. Inexiste a indicação e destaque de recursos orçamentários e financeiros provenientes da Administração Pública Municipal, a ser repassado diretamente para a (s) Administradora (s) de Benefícios credenciada (s), considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência médica e/ou odontológica é de responsabilidade exclusiva do servidor, que optar por aderir a qualquer



do (s) plano (s) disponibilizado (s) pela (s) operadora (s) conveniada (s) a (s) administradora (s) credenciada (s).

9.2. O pagamento será realizado na modalidade pós-pagamento, mediante autorização de débito em conta corrente, mediante a consignação em folha de pagamento, a ser indicada no ato de adesão pelo beneficiário.

9.3. Não caberá qualquer ônus a Administração Pública Municipal, tendo em vista que a responsabilidade pelo pagamento cabe tão somente ao beneficiário do (s) plano (s), optante pela adesão.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS CONDIÇÕES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

10.1. DA CONCEITUAÇÃO

10.1.1. Usuários: aderidos ao(s) plano(s) assistencial (is) médico (s) e/ou odontológico (s) na condição de beneficiários titulares e dependentes.

10.1.2. Beneficiário Titular: pessoa física que optar pela adesão ao (s) plano (s) assistencial (s) e firmar contrato com a (s) Administradora (s) de Benefícios credenciada (s), sendo o único responsável pelas obrigações assumidas, inclusive com relação ao (s) dependente (s) incluído (s).

10.1.3. Beneficiários Dependentes: pessoa física que mantém alguma dependência em relação ao beneficiário titular, incluída ao (s) plano (s) assistencial (is), para usufruir dos serviços contratados.

10.1.4. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): é uma autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo Território Nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a Saúde Suplementar. Responsável legal pela cobertura máxima contratada, estabelecida no Rol de Procedimentos.

10.1.5. Administradora de Benefício: Pessoa Jurídica a propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para Pessoas Jurídicas contratantes de Planos Privados de Assistência à Saúde Coletivos.

10.1.6. Operadora de Planos: é responsável pelo plano de saúde e/ou odontológica e os serviços prestados por ele junto à ANS e aos beneficiários.

10.1.7. Área de abrangência: área abrangida pelo contrato firmado para prestação dos serviços, onde a contratada tem obrigação de prestar cobertura de assistência à saúde e/ou odontológica constantes no rol de procedimentos estabelecido pela ANS.

10.1.8. Atendimento ambulatorial: é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

10.1.9. Atendimento eletivo: termo usado para designar os atendimentos médicos que são programados, ou seja, não são considerados de urgência e emergência.

10.1.10. Carência: é o prazo ininterrupto durante o qual os usuários não têm direito às coberturas contratadas, contado a partir do início de vigência do contrato.



10.1.11. Cobertura: são todos os procedimentos de assistência médico e/ou odontológico abrangido (s) de acordo com o (s) plano (s) aderido (s) pelo usuário.

10.1.12. Cobertura Parcial Temporária (CPT): aquela que admite, por período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de contratação ou inclusão ao plano privado de assistência a saúde, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos diretamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

10.1.13. Coparticipação: é o montante, definido nas cláusulas gerais de admissão e no corpo do contrato, em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, o qual o beneficiário titular se obriga a pagar à contratada.

10.1.14. Declaração de saúde: documento de preenchimento obrigatório pelo beneficiário titular ou seu representante legal, na qual deverá constar a verdadeira condição médica do mesmo, sob as penas da lei.

10.1.15. Doença ou lesão preexistente: aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

10.1.16. Eletivo: é o termo usado para designar procedimentos médicos que podem ser programados, não considerados de urgência e emergência.

10.1.17. Urgência: evento médico decorrente de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

10.1.18. Emergência: é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, assim especificado pelo médico assistente cooperado.

10.1.19. Evento: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem, ou causa, ato involuntário à saúde ou à integridade física do usuário, em decorrência de acidente ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura.

10.1.20. Internação hospitalar: é um evento em que o beneficiário se mantém instalado em hospital por no mínimo 24 (vinte e quatro) horas - por indicação do médico assistente cooperado, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

10.1.21. Rede credenciada: são serviços contratados ou credenciados colocados à disposição do usuário pela(s) operadora(s), para atendimento médico-hospitalar e/ou odontológico e serviços de auxílio ao diagnóstico.

10.1.22. Prótese: entende-se como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

10.1.23. Órtese: entende-se como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

10.1.24. Doenças crônicas: aquelas que exijam tratamento ou acompanhamento médico por período superior a 06 (seis) meses.



10.1.25. Plano de origem: é o plano privado de assistência à saúde contratado pelo beneficiário no período imediatamente anterior à portabilidade de carências;

10.1.26. Plano de destino: é o plano privado de assistência à saúde a ser contratado pelo beneficiário por ocasião da portabilidade de carências.

10.1.27. Portabilidade de carências: é a contratação de um plano privado de assistência à saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, com registro de produto na ANS, em operadoras, concomitantemente à rescisão do contrato referente a um plano privado de assistência à saúde, individual ou familiar ou coletivo por adesão, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9656, de 1998, em tipo compatível, observado o prazo de permanência, na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária.

10.1.28. Portabilidade especial de carências: é a contratação de um plano privado de assistência à saúde, individual ou familiar ou coletivo por adesão, com registro de produto na ANS na mesma ou em outra operadora, em tipo compatível, nas situações especiais na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem.

10.1.29. Agrupamento de contratos: 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.

10.1.30. Contrato agregado ao agrupamento: contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, menos de 30 beneficiários ou a quantidade estabelecida pela operadora, observada a regra prevista na Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012.

10.1.31. Período de apuração da quantidade de beneficiários: período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que são identificados os contratos que serão agregados ao agrupamento de acordo com a quantidade de beneficiários, que deve ser apurada previamente em data certa.

10.1.32. Período de cálculo do reajuste: período definido pela operadora de planos privados de assistência à 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 da divulgação do percentual de reajuste contida no artigo 8º da Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012.

10.1.33. Período de aplicação do reajuste: período compreendido entre maio e abril em que é aplicado o reajuste calculado aos contratos agregados ao agrupamento.

10.1.34. Sinistralidade: razão entre a despesa assistencial e receita de contraprestações.

10.2. DOS BENEFICIÁRIOS

10.2.1. Beneficiários Titulares: o Prefeito, Vice-Prefeito, os servidores ativos e inativos da Administração Pública Municipal, cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública, servidores requisitados e removidos para o Município, e pensionistas.

10.2.2. Beneficiários Dependentes: denominam-se dependentes:

a) o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;



- b)** o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- c)** a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- d)** os filhos e enteados, solteiros, até 21(vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- e)** os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e
- f)** o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "d" e "e".

10.2.3. A existência do dependente constante das alíneas "a" ou "b" do subitem 6.2 desobriga a assistência à saúde do dependente constante da alínea "c" daquele subitem.

10.3. DA DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

10.3.1. Os serviços objeto do presente Projeto Básico deverão possuir as seguintes condições básicas:

- a)** Cobertura total do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, Anexo da Resolução Normativa de nº 387, de 28 de outubro de 2015 e suas alterações, sendo este uma referência básica para cobertura assistencial mínima obrigatória.
- b)** Os serviços deverão estar em conformidade com a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e suas alterações; Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e preceitos do Código do Consumidor (Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 e alterações posteriores).

10.3.2. Poderá ser excluída do plano assistencial, seguintes tratamentos:

- a)** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b)** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- c)** Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tumora, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- d)** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- e)** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- f)** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos nos incisos X e XI do art. 21 da Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015 e, ressalvado o disposto no artigo 14 da mesma Resolução.



- g)** Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;
- h)** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- i)** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- j)** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- e**
- k)** Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

10.3.3. Da Urgência e Emergência

10.3.3.1. Considera-se como atendimento urgência e emergência na segmentação ambulatorial, o atendimento limitada até as primeiras 12 (doze) horas, sem necessidade de prévia liberação.

10.3.3.2. É assegurado o atendimento de urgência e emergência para internação (segmentação hospitalar), após as 24 (vinte e quatro) horas, contadas da adesão do beneficiário ao (s) plano (s), inclusive se decorrentes de complicações de gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções dos beneficiários, incluindo eventual necessidade de remoção.

10.3.3.3. A (s) operadora (s) deverá (ão) garantir a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os usuários portadores de contrato de plano ambulatorial.

10.3.4. Da Remoção

10.3.4.1. A remoção de beneficiários que possuam planos privados de assistência à saúde que já tenham cumprido o período de carência, é obrigatória, a partir da ciência da operadora de planos privados de assistência à saúde, conforme estabelecido na Resolução Normativa nº 347, de 2 de abril de 2014, quando ocorrer:

- a)** de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;
- b)** de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;
- c)** de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;



d) de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto nos Arts. 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011; e

e) de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

10.3.4.1.1. A remoção de beneficiários somente poderá ser realizada mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, e após a autorização do médico assistente. **8.4.2.** A remoção de beneficiários que possuam planos privados de assistência à saúde com segmentação hospitalar, que já tenham cumprido o período de carência não será obrigatória nas seguintes hipóteses:

a) de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores previstos nos Arts. 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa nº 259, de 2011; ou

b) de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano privado de assistência à saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora.

10.3.4.3. Os contratos de planos privados de assistência à saúde podem conter cláusulas mais amplas do que as estabelecidas no Item 8.4.1., abrangendo, inclusive, as hipóteses contidas no Item 8.4.2.

10.3.4.3.1. As cláusulas mais amplas a que se refere o caput podem também estar previstas em termo ou instrumento, apartado do contrato de planos privados de assistência à saúde, que preveja cobertura adicional referente à remoção.

10.3.5. Das Internações:

10.3.5.1. Os serviços de internação hospitalar compreenderão o seguinte:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

b) 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;

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;



ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE LICITAÇÃO

PROC. ADM. N. 439211/2017

CHAMAMENTO N. 004/2017

d) 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;

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes: crianças e adolescentes menores de dezoito anos, idosos a partir de 60 anos de idade, e pessoas com deficiências.

g) cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar;

10.3.5.1.1. Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e nas alíneas “c”, “d”, “e” e “g” do Item 8.5.1.

10.3.5.1.2. Nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, esta deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.

10.3.5.2. As internações eletivas ou programadas prescindem de autorização prévia da operadora do plano, que avaliará as causas do pedido de hospitalização, devendo a solicitação de internação estar acompanhada de laudo do médico assistente em que conste diagnóstico ou hipótese de diagnóstico, tipo de tratamento e período provável de internação.

10.3.6. Das Consultas Médicas e Exames:

10.3.6.1. Aos beneficiários do (s) plano (s) aderidos, serão ofertadas consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

10.3.6.2. Os assuntos relativos às consultas e procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento médico serão cumpridos conforme disposto no art. 21 da Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015;

10.3.7. Da Assistência Obstétrica:

10.3.7.1. Os serviços de obstetrícia ofertados nos planos de saúde, compreenderão as fases: do pré-natal, da assistência ao parto e do puerpério, observando-se as seguintes exigências: **8.7.1.1.** Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) pré-parto;

b) parto; e

c) pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente;

10.3.7.1.2. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e



10.3.7.1.3. Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

10.3.8. Do Plano Odontológico:

10.3.8.1. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo I da Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015.

10.3.8.1.1. Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar e plano-referência.

10.3.8.1.2. Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Anexo I para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos.

10.3.8.1.3. É obrigatória a cobertura dos atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas específicas vigentes sobre o tema.

10.4. DA INCLUSÃO E REINCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS NOS PLANOS DE SAÚDE E ODONTOLÓGICO

10.4.1. A inclusão e reinclusão dos servidores especificados neste Projeto Básico, e seus dependentes, far-se-á a pedido do interessado em aderir ao plano de saúde e/ou odontológica, mediante assinatura em documento próprio e apresentação de documentação pertinente.

10.4.2. Os dependentes indicados pelo beneficiário titular serão incluídos no mesmo plano e operadora escolhidos pelo beneficiário.

10.4.3. É voluntária a inclusão/reinclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde e/ou odontológica de que trata este Projeto Básico.

10.4.4. A solicitação de inscrição/exclusão de beneficiários no Plano de Assistência à Saúde e de Assistência Odontológica deverá atender ao cronograma da (s) administradora (s)/operadora (s) que deverá ser apresentado pela (s) Administradora (s), no momento da implantação do Termo de Acordo.

10.4.5. Os Beneficiários, no ato de sua adesão, deverão preencher o formulário "Declaração de Saúde", com a finalidade de ser avaliada a necessidade de ser estabelecida cláusula de Cobertura Parcial Temporária (CPT), para os casos de doença ou lesão preexistente, na forma determinada pela Lei Federal nº 9.656/98 e sua atualização.

10.4.6. Os servidores disporão do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação da (s) Administradora (s) de Benefícios, para solicitarem a sua inclusão e do (s) seu (s) dependente (s), se for o caso, no (s) plano (s) de saúde e/ou odontológica ofertado (s), ficando isento (s) de carência para usufruírem os serviços contratados. Após este prazo, os servidores que firmarem contrato com a (s) Administradora (s), cumprirão as carências estabelecidas no subitem 11.2 do Projeto Básico.

10.4.7. Ao aposentado que aderir o (s) plano (s) ofertados pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando de permanência em trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.



10.4.7.1. Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no Item 9.7 do Projeto Básico é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano par cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

10.4.8. A inclusão, com exceção das inclusões ocorridas no mês de assinatura do Termo de Acordo, far-se-á a pedido do titular mediante manifestação expressa deste junto à(s) Administradora (s) de Benefícios respeitado o seguinte cronograma:

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	VIGÊNCIA DA COBERTURA ASSISTENCIAL
1º ao 20º dia	A partir do primeiro dia do mês subsequente
21º ao 30º dia	A partir do primeiro dia do 2º mês subsequente

10.5. DA EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS NOS PLANOS DE SAÚDE E ODONTOLÓGICO

10.5.1. A exclusão do Beneficiário Titular implica na exclusão automática dos Beneficiários Dependentes. A referida exclusão poderá se dar pelos seguintes motivos:

- a) Pela perda da condição de dependência;
- b) A pedido do Beneficiário Titular;
- c) Por fraude ou inadimplência do Beneficiário Titular;
- d) Em caso de rescisão do Termo de Acordo e,
- e) Fim do prazo do Termo de Acordo sem que tenha acontecido a renovação.

10.5.2. Ao Beneficiário que aderir a qualquer um dos planos ofertados e em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão do contrato de trabalho ou exoneração, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

10.5.2.1. Será estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, após a comunicação formal da (s) Administradora (s) de Benefícios, para que o beneficiário se manifeste sobre a continuidade ou desistência do (s) plano (s) de saúde e/ou odontológico contratado (s).

10.5.2.2. O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o item 10.2 será de um terço do tempo de permanência no (s) plano (s) contratado (s), com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

10.5.3. As respectivas carteiras de identificação para a utilização dos planos previstos neste Projeto Básico deverão ser devolvidas à (s) Administradora (s) de Benefícios, no ato de sua exclusão, respondendo o Beneficiário Titular por todos os valores, custos e despesas decorrentes da utilização indevida de carteira não devolvida e/ou vencida;

10.5.4. Caberá à Administração Pública Municipal comunicar no prazo não superior a 05 (cinco) dias do ato que se deu o desligamento de vínculo empregatício por exoneração, demissão ou caso de morte para que a (s) Administradora (s) de Benefícios possa (m) proceder o trâmite para verificação da continuidade ou não com o (s) planos (s) assistencial (is) juntamente com o beneficiário titular ou dependente (s).



ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE LICITAÇÃO

PROC. ADM. N. 439211/2017

CHAMAMENTO N. 004/2017

10.5.5. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura devem também constar no contrato celebrado entre o beneficiário e a (s) Administradora (s) de Benefícios.

10.5.6. A solicitação de exclusão de beneficiário no (s) plano(s) contratado (s) deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas ser consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial:

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	SUSPENSÃO DA COBERTURA ASSISTENCIAL
1º ao 20º dia	A partir do primeiro dia do mês subsequente
21º ao 30º dia	A partir do primeiro dia do 2º mês subsequente

10.6. DOS PRAZOS DE CARÊNCIA E ATENDIMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE

10.6.1. Os servidores e seus dependentes disporão do prazo de 30 (trinta) dias, contados da assinatura do Termo de Acordo com a (s) Administradora (s) de Benefícios, para aderirem ao (s) plano (s) de saúde, ficando isentos de qualquer carência para usufruírem os serviços contratados.

10.6.2. Após escoado o prazo de que trata o subitem 11.1., somente serão admitidas novas inclusões, sem qualquer carência, em casos de admissão funcional, nascimento, casamento (cônjuge) ou adoção, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias do evento;

11.3. Em caso de novas adesões decorridas após o prazo estabelecido no subitem 11.1 e 11.2, e na ocorrência de reingresso de beneficiários ao(s) plano(s) de saúde, estes deverão cumprir o prazo máximo de carência, conforme estabelecido abaixo:

SITUAÇÃO	CARÊNCIA
Caso de urgência e emergência	24 (vinte e quatro) horas
Consultas médicas e exames clínicos e patológicos	30 (trinta) dias
Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional	300 (trezentos) dias
Doenças e lesões preexistentes	24 (vinte e quatro) meses
Demais exames e tratamentos	180 (cento e oitenta) dias
Internações hospitalares	180 (cento e oitenta) dias

10.6.4. O prazo de atendimento após transcorrido a carência tratada no subitem anterior, será respeitada pelas operadoras de saúde conforme abaixo:

- a)** consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;
- b)** consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;
- c)** consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- d)** consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
- e)** consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- f)** consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;



- g)** consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;
- h)** consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;
- i)** serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;
- j)** demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
- l)** procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
- m)** atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;
- n)** atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e o) urgência e emergência: imediato.

10.6.4.1. Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

10.6.4.2. O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.

10.6.4.3. Os procedimentos elencados neste Item são aqueles constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS da Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015.

10.6.5. Fica sujeita aos prazos de carência a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo beneficiário, ou por perda da condição de dependente.

10.7. DO REEMBOLSO

10.7.1. Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º da Resolução Normativa nº 268, de 1º de setembro de 2014, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.

10.7.1.1. Para todos os produtos que prevejam a opção de acesso a livre escolha de prestadores, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente.

10.7.1.2. Nos produtos onde haja previsão de acesso a livre escolha de prestadores, quando o procedimento solicitado pelo beneficiário não estiver disposto na cláusula de reembolso ou quando não houver previsão contratual de tabela de reembolso, deverá ser observada a regra disposta no Item 12.1.

10.7.1.3. Nos contratos com previsão de cláusula de coparticipação, este valor poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.

10.7.1.4. Nas hipóteses em que existe responsabilidade da operadora em transportar o beneficiário, caso este seja obrigado a arcar com as despesas de transporte, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente.

10.8. DA COPARTICIPAÇÃO

10.8.1. O beneficiário pagará pelo uso dos serviços contratados no percentual definido pela tabela de referência da (s) operadora (s), vigente à data do evento.



10.8.2. A participação nos custos dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, boleto bancário ou autorização de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário.

10.8.2.1. Em caso de desligamento ou exoneração do servidor, a cobrança deverá ser realizada por boleto bancário.

10.9. DA PORTABILIDADE

Da Portabilidade de Carências:

10.9.1. O beneficiário de plano de contratação coletiva por adesão fica dispensado do cumprimento de novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária na contratação de novo plano de contratação individual ou familiar ou coletivo por adesão, na mesma ou em outra operadora de plano de assistência à saúde, desde que sejam atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:

10.9.1.1. Estar adimplente junto à operadora do plano de origem, mediante a apresentação dos comprovantes de recebimento de salário dos três últimos meses, ou a comprovação de pagamento dos três últimos boletos vencidos, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do atendimento deste requisito;

10.9.1.2. Possuir prazo de permanência:

a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária;

b) Nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem.

10.9.1.3. O plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem;

10.9.1.4. A faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão; e

10.9.1.5. O plano de destino não estar com registro em situação "ativo com comercialização suspensa", ou "cancelado".

10.9.2. A portabilidade de carências deve ser requerida pelo beneficiário no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente, ressalvado o disposto abaixo:

10.9.2.1. Caso se constate que o plano de origem não constava das bases de dados do aplicativo da ANS, o beneficiário terá os seguintes prazos, para exercício do direito à portabilidade de carências, desde que observados os seus requisitos:

a) quando a solicitação for protocolada na ANS até o primeiro mês posterior ao do aniversário do contrato: 120 (cento e vinte) dias contados da expedição do ofício de resposta da ANS.

b) quando a solicitação for protocolada na ANS no segundo ou no terceiro mês posterior ao do aniversário do contrato: 60 (sessenta) dias contados da expedição do ofício de resposta da ANS.

10.9.3. Não poderá haver cobrança de custas adicionais em virtude do exercício do direito previsto na Resolução Normativa nº 186 de 14 de janeiro de 2009 e suas alterações, seja pela operadora de plano de origem ou pela operadora de plano de destino.

10.9.4. Não poderá haver discriminação de preços de planos em virtude da utilização da regra de portabilidade de carências.



Da Portabilidade Especial de Carências:

10.9.5. As condições e prazos previstos para a portabilidade especial de carências estão constantes na Resolução Normativa nº 186 de 14 de janeiro de 2009, e suas alterações, nas situações elencadas abaixo:

10.9.5.1. No curso de processo administrativo referente ao regime especial de Direção Fiscal ou Direção Técnica, ou nos casos de cancelamento compulsório do registro de operadora ou de Liquidação Extrajudicial sem regime especial prévio, após o insucesso da transferência compulsória de carteira, a Diretoria Colegiada pode, a seu critério, expedir Resolução Operacional fixando prazo de até 60 (sessenta) dias, prorrogáveis, para que os beneficiários da carteira da operadora a ser liquidada exerçam a portabilidade especial de carências para plano de saúde de outra operadora.

10.9.5.2. Em caso de morte do titular do contrato, o beneficiário vinculado a plano privado de assistência à saúde poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde em operadoras, no prazo de 60 (sessenta) dias do falecimento.

10.9.5.3. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão.

10.9.5.4. Ressalvadas as hipóteses previstas nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, os beneficiários enquadrados no § 1º do art. 3º, no inciso VII do art. 5º e no § 1º do art. 9º, todos da Resolução Normativa nº 195, de 2009, que tiverem seu vínculo com o beneficiário titular do plano privado de assistência à saúde extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, poderão exercer a portabilidade especial de carências, no prazo de 60 (sessenta) dias a contar do término do vínculo de dependência.

10.10. DOS PREÇOS

10.10.1. Os valores das mensalidades serão definidos por tipo de plano de saúde e pelas seguintes faixas etárias (determinadas pela Agência Nacional de Saúde – ANS):

Faixa etária	Observações
1ª) 0 a 18 anos	A Resolução Normativa (RN nº 63), publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18).
2ª) 19 a 23 anos	
3ª) 24 a 28 anos	
4ª) 29 a 33 anos	
5ª) 34 a 38 anos	
6ª) 39 a 43 anos	
7ª) 44 a 48 anos	A Resolução determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a
8ª) 49 a 53 anos	
9ª) 54 a 58 anos	



10ª) 59 anos ou mais	sétima.
----------------------	---------

10.11. DO REAJUSTE ANUAL

10.11.1. O reajuste anual do(s) plano(s) de saúde respeitará o disposto na Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, através dos seguintes critérios:

10.11.1.1. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.

10.11.1.2. É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos com 30 (trinta) ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.

10.11.1.3. Para os efeitos a quantidade de beneficiários em um contrato deverá ser apurada anualmente no mês de seu aniversário, ressalvada a hipótese prevista no Art. 6º § 1º da Resolução Normativa nº 309, de 24/10/2012.

10.11.1.4. Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a (s) administradora (s) de benefícios na condição de estipulante, para a apuração da quantidade de beneficiários, a operadora deverá levar em conta todos os beneficiários vinculados ao contrato com a (s) administradora (s).

10.11.1.5. O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

10.11.1.6. O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedado qualquer tipo de variação.

10.11.1.7. O percentual de reajuste somente será aplicado aos contratos agregados ao agrupamento considerando a data do seu último aniversário ou, na hipótese de inexistência dessa data, se foram agregados ao agrupamento no momento de sua assinatura.

10.11.2. Respeitadas as disposições da legislação em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários da Administração Pública Municipal 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 e da (s) Administradora (s), bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

10.11.3. Qualquer reajuste a ser aplicado no (s) contrato (s) de plano (s) de saúde e/ou odontológica pela (s) Administradora (s) de Benefícios, deverão ser devidamente justificada e demonstrada a necessidade da aplicação do reajuste, sendo que só poderá executá-lo mediante anuência da Administração Pública Municipal.

10.11.3.1. Apresentação de base de cálculo de reajuste deverá ser encaminhada com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias anterior à data estimada para sua aplicação.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

11.1. Caberá ao fiscal do Termo de Acordo as seguintes atribuições:



ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE LICITAÇÃO

PROC. ADM. N. 439211/2017

CHAMAMENTO N. 004/2017

- 11.1.1.** Orientar: estabelecer diretrizes, dar e receber informações sobre a execução do Termo de Acordo;
- 11.1.2.** Fiscalizar: verificar o material utilizado e a forma de execução do objeto do Termo de Acordo, confirmando o cumprimento das obrigações;
- 11.1.3.** Interditar: paralisar a execução do Termo de Acordo por estar em desconformidade com o pactuado;
- 11.1.4.** Intervir: assumir a execução do Termo de Acordo;
- 11.1.5.** Informar: a Administração o cometimento de falhas e irregularidades detectadas pela (s) Credenciada (s) que implique comprometimento da aquisição e/ou aplicação de penalidades previstas; e noticiar os casos de afastamento em virtude de férias, licenças ou outros motivos, para que o substituto (suplente) possa assumir a gestão do Termo de Acordo, evitando prejuízos, interrupções e suspensão das atividades de fiscalização.
- 11.1.6.** Ter total conhecimento do Termo de Acordo e suas cláusulas;
- 11.1.7.** Solicitar a seus superiores, em tempo hábil para adoção das medidas convenientes, decisões e providências que ultrapassem a sua competência;
- 11.1.8.** Zelar pelo bom relacionamento com a (s) credenciada (s), mantendo um comportamento ético, probo e cortês;
- 11.1.9.** Anotar todas as ocorrências relacionadas com a execução do Termo de Acordo, informando ao fiscal do Termo de Acordo aquelas que dependam de providências, com vistas à regularização das faltas ou defeitos observados;
- 11.1.10.** Acompanhar e controlar, quando for o caso, as entregas e o estoque de materiais de reposição, destinados à execução do objeto contratado, principalmente quanto à sua quantidade e qualidade;
- 11.1.11.** Formalizar, sempre, os entendimentos com a (s) Credenciada (s) ou seu Preposto, adotando todas as medidas que permitam compatibilizar as obrigações bilaterais;
- 11.1.12.** Avaliar constantemente a qualidade da execução contratual, propondo, sempre que cabíveis medidas que visem reduzir gastos e racionalizar os serviços;
- 11.1.13.** Observar rigorosamente os princípios legais e éticos em todos os atos inerentes às suas atribuições, agindo com transparência no desempenho das suas atividades.
- 11.1.14.** A fiscalização do futuro Termo de Acordo ficará a cargo da **Secretaria Municipal de Administração** que designa neste ato o servidor **Marcos Rodrigues da Silva**, portador da cédula de identidade RG nº 662.136-8 SSP/MT, inscrito no CPF sob nº 473.949.191-53, matrícula nº 31375.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO

12.1. O contrato poderá ser alterado somente em um dos casos previstos no art. **65 da Lei 8.666/93** e suas alterações, com as devidas justificativas e mediante interesse da **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – RESCISÃO CONTRATUAL

13.1. O Termo de Acordo somente poderá ser rescindido imotivamente após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60



(sessenta) dias, ou, ainda, sobrevivendo caso fortuito ou de força maior, idem com relação a justo motivo, inclusive na hipótese de inexecução total ou parcial de qualquer de suas cláusulas e condições.

13.2. Obrigam-se os signatários a cumprir todas as cláusulas e condições durante o prazo de 60 (sessenta) dias que anteceder à rescisão.

13.3. Este Contrato poderá ser rescindido, unilateralmente, pelo Município ou bilateralmente, em atendimento à conveniência administrativa, conforme os casos previstos nos **Artigos 77, 78 e 79 da Lei nº. 8.666/93 e suas respectivas atualizações, podendo ser:**

a) Amigável - por acordo entre as partes, reduzida a termo no processo de licitação, desde que, haja conveniência para a **CONTRATANTE**;

b) Administrativa - por ato unilateral e escrito da Administração, nos casos enumerados nos **Incisos I a XII e XVII do Art. 78 da Lei nº. 8.666/93**;

c) Judicial - nos termos da Legislação Processual.

13.4. A inexecução total ou parcial do contrato enseja sua rescisão pela **Contratante**, com as consequências previstas abaixo.

Parágrafo Primeiro – A rescisão contratual poderá ser:

a) Constituem motivos para rescisão do contrato os previstos no art. 78 da Lei nº 8.666/93;

b) Em caso de rescisão prevista nos incisos XII a XVII do art. 78 da Lei nº 8.666/93, sem que haja culpa da **Contratada**, será esta ressarcida dos prejuízos regulamente comprovados, quando os houver sofrido;

c) A rescisão contratual de que trata o inciso I do art. 79 acarreta as consequências previstas no art. 80, incisos I a IV, da Lei nº 8.666/93.

13.5. A **CONTRATADA** reconhece, expressamente, os direitos da Administração Pública, em caso de inexecução total ou parcial, com as consequências contratuais e as previstas em lei ou regulamento, nos termos do art. 77 a 80 da Lei nº 8.666/93;

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS PENALIDADES E SANÇÕES

14.1. Aquele que, convocado dentro do prazo de validade de sua proposta, não assinar o Termo de Acordo, deixar de entregar ou apresentar documentação falsa exigida para o certame, ensejar o retardamento da execução de seu objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do Termo de Acordo, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal; garantido o direito à ampla defesa, ficará impedido de licitar e de contratar com o município, pelo prazo de até 2 (dois) anos, sem prejuízo das multas previstas em edital e no termo e das demais cominações legais.

14.2. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, a (s) Administradora (s) de Benefícios, assegurado o contraditório e a ampla defesa, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

a) advertência por escrito;

b) 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 (s) Administradora (s) de Benefícios



credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;

c) 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 (s) Administradora (s) de Benefícios credenciada (s), no caso de inexecução total dos serviços;

d) suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a Administração pelo prazo não superior a 02 (dois) anos;

e) declaração de inidoneidade para licitar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes de punição, até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, reabilitação esta que será concedida sempre que a Credenciada ressarcir à Credenciante pelos prejuízos e, depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base nas letras "a", "b", "c" e "d";

f) rescisão automática do Termo de Acordo, sem prejuízo de ações civis e criminais.

14.3. As sanções previstas nas alíneas "a" e "b" poderão ser aplicadas concomitantemente com a alínea "c", facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;

14.4. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no presente Projeto Básico, no Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação aos Beneficiários e à Administração Pública Municipal apuradas em processo administrativo.

14.5. As multas previstas nesta seção não eximem a adjudicatária da reparação de eventuais perdas e danos ou prejuízos que seu ato punível venha causar a Credenciante.

14.6. Se a (s) Credenciada (s) não proceder ao recolhimento da multa no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação por parte do Administração Pública Municipal, o valor será encaminhado para inscrição em Dívida Ativa e execução pela Procuradoria Geral do Município. Do ato que aplicar penalidade caberá recurso, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da ciência da notificação, podendo a Administração reconsiderar sua decisão ou nesse prazo encaminhá-la devidamente informada para a apreciação e decisão superior, dentro do mesmo prazo.

14.7. As penalidades pecuniárias a que se referem às cláusulas anteriores poderão ser cobradas administrativamente ou judicialmente, aplicando-se subsidiariamente as normas previstas na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – ANTI CORRUPÇÃO

15.2. Para a execução deste contrato, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou benefícios de qualquer espécie, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma a ele não relacionada, o que deve ser observado, ainda, pelos prepostos e colaboradores.



CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DOS ILÍCITOS PENAIS

16.1 As infrações penais tipificadas na Lei 8.666/93 e serão objeto de processo judicial na forma legalmente prevista sem prejuízo das demais cominações aplicáveis.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DOS ACRÉSCIMOS E SUPRESSÕES

17.1. A contratada obriga-se a aceitar os acréscimos ou supressões do objeto deste Termo de Referência que se fizerem necessários, até o limite facultado pela regra do Parágrafo 1º, Artigo 65 da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores, podendo a supressão exceder tal limite, desde que resultante de acordo entre os celebrantes, nos termos do Parágrafo 2º, Inciso II do mesmo artigo, conforme redação introduzida pela Lei nº 9.648/98.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA– DA PUBLICAÇÃO

18.1. O instrumento terá eficácia após publicação do extrato em Diário Oficial, em obediência ao disposto na Lei Federal n.º 8.666/93 e suas alterações posteriores.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1. Eventual alteração no Rol de Procedimentos publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS terão sua cobertura assegurada pelo Plano de Saúde e/ou Odontológico definido neste Contrato, independentemente de aditamento contratual.

19.2. Serão automaticamente excluídos do Contrato, juntamente com seus dependentes, mediante comunicação imediata e por escrito da Administração Pública Municipal, comprovadamente entregue à (s) empresa (s) Administradora (s) de Benefícios, o beneficiário titular que, por qualquer motivo, deixar de atender as condições exigidas inicialmente na inscrição.

19.3. A tolerância de qualquer uma das partes, em relação a eventuais infrações da outra, não importará em modificação contratual, novação ou renúncia a direito, devendo ser considerada mera liberalidade da citada parte.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DO FORO

20.1. As partes contratantes elegem o Foro da Comarca de Várzea Grande/MT como competente para dirimir quaisquer questões oriundas do presente contrato, inclusive os casos omissos, que não puderem ser resolvidos pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente contrato, em 03 (três) vias de igual teor e forma para um só efeito legal, ficando uma via arquivada na sede da **CONTRATANTE**, na forma do art. 60 da Lei 8.666 de 21/06/93.

Várzea Grande/MT, xx de xxx de 201x.

CONTRATANTE



ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE LICITAÇÃO

PROC. ADM. N. 439211/2017

CHAMAMENTO N. 004/2017

CONTRATADA

TESTEMUNHAS

NOME:.....CPF:.....

NOME:.....CPF:.....