



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO

1.1. Constitui objeto deste Termo de Referência o **Chamamento Público para credenciamento de operadoras e/ou administradoras de benefícios, devidamente registradas e/ou autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para disponibilização de planos privados de assistência à saúde e de assistência odontológica, na modalidade coletivo empresarial, aos servidores públicos ativos, aposentados, pensionistas e respectivos dependentes da Administração Pública Direta e Indireta do Município de Caruaru**, mediante adesão voluntária e sem qualquer subsídio ou ônus financeiro para o Município, nos termos da Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, da regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como das condições e especificações constantes neste Termo de Referência e seus anexos.

1.2. O objeto do credenciamento será composto pelos seguintes itens:

Item	Descrição	Unidade
1	Credenciamento de operadoras/administradoras de benefícios autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para disponibilização de planos de assistência à saúde (médico-hospitalar), na modalidade coletivo empresarial, aos servidores públicos ativos, aposentados, pensionistas e respectivos dependentes da Administração Pública Direta e Indireta do Município de Caruaru.	Serviço
2	Credenciamento de operadoras/administradoras de benefícios autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para disponibilização de planos privados de assistência odontológica, na modalidade coletivo empresarial aos servidores públicos ativos, aposentados, pensionistas e respectivos dependentes da Administração Pública Direta e Indireta do Município de Caruaru.	Serviço

1.3. A descrição detalhada da solução pretendida, bem como os estudos que fundamentaram a presente contratação, encontram-se consignados no Estudo Técnico Preliminar (ETP), documento que integra o presente Termo de Referência para todos os fins.

2. DAS DEFINIÇÕES E DAS JUSTIFICATIVAS

2.1. DEFINIÇÕES

Para os fins deste Termo de Referência, adotam-se as seguintes definições:

a) Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde.

b) Beneficiário Titular: servidor público ativo, aposentado ou pensionista da Administração Pública Direta e Indireta do Município de Caruaru que aderir a plano privado de assistência à saúde ou de assistência odontológica disponibilizado por operadora credenciada.



c) Beneficiário Dependente: pessoa vinculada ao beneficiário titular que atenda às condições previstas na legislação, na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no contrato coletivo empresarial e neste Termo de Referência.

d) Plano Coletivo Empresarial: plano privado de assistência à saúde ou de assistência odontológica contratado por pessoa jurídica para atendimento de população vinculada por relação estatutária, empregatícia ou equivalente, nos termos da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

e) Operadora: pessoa jurídica autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a operar planos privados de assistência à saúde e/ou assistência odontológica, devidamente credenciada pela Administração Municipal.

f) Administradora de Benefícios: pessoa jurídica autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a exercer a atividade de administração de benefícios, nos termos da Resolução Normativa ANS nº 196, de 14 de julho de 2009, ou outra que venha a substituí-la, responsável pela administração de planos privados de assistência à saúde coletivos e pela gestão da relação entre os beneficiários, a pessoa jurídica contratante e as operadoras/administradoras de planos privados de assistência à saúde.

g) Rede Assistencial: conjunto de estabelecimentos, profissionais e serviços próprios, credenciados, contratados ou referenciados pela operadora, destinados à prestação da assistência aos beneficiários.

h) Área de Abrangência: delimitação geográfica da cobertura da rede assistencial disponibilizada pela operadora, conforme as condições estabelecidas neste Termo de Referência.

i) Mensalidade: contraprestação pecuniária mensal devida pelo beneficiário em razão da contratação do plano privado de assistência à saúde ou de assistência odontológica.

j) Coparticipação e Franquia: mecanismos de regulação financeira previstos na legislação e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pelos quais o beneficiário participa do custeio de determinados procedimentos, quando previstos no respectivo plano.

k) Termo de Credenciamento: instrumento administrativo firmado entre o Município de Caruaru e a operadora credenciada, que formaliza o credenciamento e estabelece os direitos e obrigações das partes.

l) Contrato Coletivo Empresarial: instrumento contratual celebrado entre o Município de Caruaru e a operadora credenciada para operacionalização dos planos coletivos empresariais, disciplinando as condições assistenciais e operacionais, observado o disposto no Edital, neste Termo de Referência, na Lei Federal nº 9.656/1998 e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

m) Consignação em Folha de Pagamento: procedimento por meio do qual as mensalidades dos planos e demais valores autorizados pelo beneficiário são descontados diretamente em sua folha de pagamento e posteriormente repassados à operadora credenciada, observado o acordo de cooperação vigente e a regulamentação municipal aplicável.

2.2. Da participação de operadoras e administradoras de benefícios

Assim como previsto e explicitado no tópico 4.4.5 do ETP fundamentador do presente, a admissão de operadoras de planos privados de assistência à saúde e de administradoras de benefícios no presente procedimento de credenciamento decorre da estrutura atualmente adotada pelo mercado de saúde suplementar brasileiro e da regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

As operadoras de planos privados de assistência à saúde são as responsáveis pela prestação da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica, pela manutenção da rede credenciada, pela garantia das coberturas contratadas e pelo cumprimento das obrigações regulatórias previstas na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e nas normas expedidas pela ANS.

As administradoras de benefícios, por sua vez, exercem atividades de natureza administrativa relacionadas à gestão de contratos coletivos, administração cadastral dos beneficiários, apoio operacional, faturamento, relacionamento com os contratantes e intermediação entre estes e as operadoras, observadas as competências definidas pela regulamentação da ANS, não lhes competindo a prestação direta dos serviços assistenciais.

A admissão simultânea dessas categorias de agentes econômicos não implica sobreposição de responsabilidades, uma vez que cada participante permanecerá responsável exclusivamente pelas obrigações inerentes à sua natureza jurídica e à atividade efetivamente desempenhada, observadas as disposições da Lei Federal nº 9.656/1998, da Lei Federal nº 14.133/2021 e da regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A adoção desse modelo busca ampliar o universo de participantes aptos ao credenciamento, fomentar a competitividade, assegurar maior diversidade de soluções aos beneficiários e reproduzir a forma de organização efetivamente existente no mercado de saúde suplementar, preservando a livre escolha dos servidores e a observância dos princípios da isonomia, da eficiência e da seleção da solução mais adequada ao interesse público.

A participação das administradoras de benefícios fica condicionada à demonstração de sua regular constituição, registro e autorização perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como da existência de relação jurídica válida com as operadoras responsáveis pela prestação da assistência à saúde, quando exigível, permanecendo estas integralmente responsáveis pela execução dos serviços assistenciais e pelo cumprimento das obrigações regulatórias decorrentes da operação dos planos privados de assistência à saúde.

2.3. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

2.3.1. A presente contratação decorre da necessidade de disponibilizar aos servidores públicos ativos, aposentados, pensionistas e respectivos dependentes da Administração Pública Direta e Indireta do Município de Caruaru a possibilidade de adesão a planos privados de assistência à saúde e de assistência odontológica, na modalidade coletivo empresarial, ofertados por operadoras/administradoras devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

2.3.2. A disponibilização desse benefício tem por finalidade ampliar o acesso dos beneficiários à assistência suplementar à saúde e odontológica, proporcionando maior liberdade de escolha entre



operadoras/administradoras regularmente autorizadas e contribuindo para a promoção da saúde, da qualidade de vida e do bem-estar dos servidores públicos municipais e de seus dependentes.

2.3.3. A contratação será realizada por meio de Chamamento Público para Credenciamento, procedimento que se mostra adequado às características da demanda, por possibilitar o credenciamento simultâneo de múltiplas operadoras/administradoras, permitindo que os beneficiários escolham livremente o plano que melhor atenda às suas necessidades, observadas as condições estabelecidas no Edital e no Termo de Referência.

2.3.4. A solução adotada não acarretará ônus financeiro direto ao Município de Caruaru, uma vez que as mensalidades, coparticipações e demais encargos decorrentes da contratação dos planos serão integralmente suportados pelos beneficiários que optarem pela adesão, cabendo à Administração a gestão do procedimento de credenciamento e a operacionalização dos descontos em folha de pagamento, quando autorizados, e dos respectivos repasses às operadoras/administradoras credenciadas.

2.3.5. A contratação encontra fundamento na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, na regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), na Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, especialmente em seu art. 79, incisos I e II, e nas demais normas aplicáveis ao credenciamento e à saúde suplementar.

2.3.6. A implementação da solução contribuirá para o fortalecimento da política institucional de valorização dos servidores públicos municipais, ampliando as alternativas de acesso à assistência suplementar à saúde e odontológica e proporcionando melhores condições para a promoção da saúde e da qualidade de vida dos beneficiários.

2.3.7. A justificativa detalhada da necessidade da contratação, bem como os aspectos técnicos, operacionais, jurídicos e administrativos que fundamentam a adoção da solução proposta, encontram-se consignados no Estudo Técnico Preliminar (ETP), que integra o presente processo administrativo para todos os fins.

2.4. JUSTIFICATIVA DO QUANTITATIVO ESTIMADO

2.4.1. Em razão da natureza da contratação, não é possível estimar previamente o quantitativo de adesões aos planos privados de assistência à saúde e de assistência odontológica, uma vez que a contratação pelos beneficiários possui caráter facultativo e dependerá exclusivamente de sua manifestação de interesse.

2.4.2. Para fins de planejamento da contratação, foi realizado o levantamento do **universo potencial de beneficiários titulares**, o qual foi registrado no Memorando 42.514/2026, composto pelos **servidores públicos ativos, aposentados e pensionistas dos órgãos e entidades da Administração Pública Direta e Indireta do Município de Caruaru**, conforme demonstrado no quadro a seguir. Os quantitativos apresentados possuem caráter exclusivamente referencial e destinam-se ao dimensionamento da contratação, não representando garantia de adesão, de contratação mínima ou de quantitativo efetivo de beneficiários durante a vigência do credenciamento.

FAIXA ETÁRIA	SERVIDORES DO SEXO FEMININO	SERVIDORES DO SEXO MASCULINO	QUANTIDADE TOTAL DE SERVIDORES
00 a 18 anos	4	9	13
19 a 23 anos	89	85	174

24 a 28 anos	428	264	692
29 a 33 anos	651	386	1.037
34 a 38 anos	765	422	1.187
39 a 43 anos	941	489	1.430
44 a 48 anos	1.016	473	1.489
49 a 53 anos	878	358	1.236
54 a 58 anos	678	291	969
59 anos ou mais	908	453	1.361
TOTAL	6.358	3.230	9.588

Fonte: Levantamento realizado junto aos órgãos e entidades da Administração Pública Direta e Indireta do Município de Caruaru (julho/2026).

Observação: Para fins de planejamento da contratação, a estimativa quantitativa considerou exclusivamente os beneficiários titulares (servidores públicos ativos, aposentados e pensionistas). A inclusão de dependentes, embora admitida, ocorrerá por adesão voluntária do titular, observadas as regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e as condições estabelecidas no Termo de Referência.

2.4.3. A metodologia utilizada para o levantamento e consolidação do universo potencial de beneficiários titulares encontra-se detalhada no item 6 do Estudo Técnico Preliminar (ETP), que integra o presente processo administrativo.

Essa redação faz uma ligação natural com a tabela que você vai inserir logo abaixo do item 2.4.2 e evita repetir informações desnecessárias. Também reforça que os quantitativos são apenas referenciais, o que é importante em um credenciamento com adesão voluntária.

2.5. JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DA SOLUÇÃO

2.5.1. A análise das soluções consideradas, bem como a justificativa da alternativa adotada pela Administração, encontram-se detalhadas no **item 4 do Estudo Técnico Preliminar (ETP)**, que concluiu pela viabilidade e adequação da realização de Chamamento Público para Credenciamento de operadoras/administradoras de planos privados de assistência à saúde e de assistência odontológica, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para disponibilização de planos coletivos empresariais aos beneficiários definidos neste Termo de Referência.

3. DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

3.1. O instituto do credenciamento tem previsão legal no art. 74, IV, da Lei 14.133/2021, tratando-se de hipótese de inexigibilidade de licitação, senão vejamos:

Art. 74. É inexigível a licitação quando inviável a competição, em especial nos casos de:

(...)

IV - objetos que devam ou possam ser contratados por meio de credenciamento.

3.2. De toda sorte, vale destacar que tal procedimento ampara-se ainda no art. 79 da Lei de Licitações e Contratos, que prevê as hipóteses em que sua adoção é cabível:

Art. 79. O credenciamento poderá ser usado nas seguintes hipóteses de contratação:

I - paralela e não excludente: caso em que é viável e vantajosa para a Administração a realização de contratações simultâneas em condições padronizadas;

II - com seleção a critério de terceiros: caso em que a seleção do contratado está a cargo do beneficiário direto da prestação;

III - em mercados fluidos: caso em que a flutuação constante do valor da prestação e das condições de contratação inviabiliza a seleção de agente por meio de processo de licitação. **(grifo nosso)**

3.3. No âmbito municipal, o Decreto nº 081, de 30 de julho de 2024, regulamenta o procedimento auxiliar de credenciamento previsto na Lei Federal nº 14.133/2021, disciplinando sua aplicação para a contratação de bens e serviços no âmbito da Administração Pública Municipal. Nesse contexto, a adoção do Chamamento Público para credenciamento de operadoras e/ou administradoras de benefícios, devidamente registradas e/ou autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para disponibilização de planos privados de assistência à saúde e de assistência odontológica, na modalidade coletivo empresarial, aos servidores públicos ativos, aposentados, pensionistas e respectivos dependentes da Administração Pública Direta e Indireta do Município de Caruaru, encontra respaldo na Lei Federal nº 14.133/2021, na Lei Federal nº 9.656/1998, na regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e na regulamentação municipal vigente.

3.4. A solução mostra-se compatível com as hipóteses previstas nos **incisos I e II do art. 79 da Lei Federal nº 14.133/2021**. Enquadra-se na hipótese de contratação paralela e não excludente, uma vez que a Administração possui interesse no credenciamento simultâneo de todas as operadoras/administradoras que atendam aos requisitos estabelecidos no edital, ampliando as opções disponibilizadas aos beneficiários. Igualmente, enquadra-se na hipótese de seleção a critério de terceiros, considerando que a escolha da operadora e do plano será realizada diretamente pelo beneficiário, destinatário da prestação dos serviços, observadas as condições estabelecidas no instrumento convocatório.

3.5. Embora aplicável diretamente à Administração Pública Federal, o Decreto Federal nº 11.878/2024 constitui importante referência normativa para a disciplina do procedimento de credenciamento previsto na Lei Federal nº 14.133/2021, servindo como parâmetro interpretativo complementar naquilo em que se mostrar compatível com a regulamentação municipal.

3.6. O credenciamento possibilita a formação de cadastro permanente de operadoras/administradoras aptas à disponibilização de planos privados de assistência à saúde e/ou de assistência odontológica, permitindo o credenciamento contínuo de novos interessados que atendam aos requisitos estabelecidos no Edital, bem como a livre escolha da operadora e do plano pelos beneficiários, nos termos do art. 79, incisos I e II, da Lei Federal nº 14.133/2021.



3.7. A concentração da contratação em um único fornecedor reduziria significativamente as alternativas disponíveis aos beneficiários e limitaria a liberdade de escolha, característica incompatível com a natureza do benefício disponibilizado pela Administração.

3.8. A adoção dessa modelagem mostra-se adequada às características do objeto, tendo em vista que a Administração não busca a seleção de uma única operadora, mas a disponibilização de múltiplas opções de planos privados de assistência à saúde e odontológica, possibilitando aos beneficiários escolherem a alternativa mais compatível com suas necessidades, observadas as condições estabelecidas no instrumento convocatório.

3.9. Ademais, o credenciamento proporciona maior flexibilidade administrativa, amplia as opções de escolha dos beneficiários, favorece a participação de operadoras/administradoras especializadas em um ou ambos os segmentos da saúde suplementar, reduz os riscos de descontinuidade da disponibilização dos serviços e estimula a manutenção da qualidade dos produtos ofertados, em conformidade com a regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

3.10. Dessa forma, a solução adotada observa os princípios da legalidade, impessoalidade, isonomia, eficiência, transparência, planejamento, segurança jurídica e interesse público, revelando-se o instrumento mais adequado para atender à necessidade administrativa identificada e ampliar o acesso dos beneficiários aos planos privados de assistência à saúde e odontológica, sem gerar ônus financeiro direto para o Município de Caruaru.

A escolha pelo procedimento de credenciamento decorre da impossibilidade de identificação de proposta única objetivamente mais vantajosa para a Administração, considerando que o interesse público consiste justamente na disponibilização simultânea de múltiplas alternativas de planos privados de assistência à saúde e odontológica aos beneficiários, permitindo que a seleção do fornecedor seja realizada individualmente por cada interessado, conforme suas necessidades, preferências e capacidade financeira, em conformidade com o art. 79, incisos I e II, da Lei Federal nº 14.133/2021.

4. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

4.1. Poderão participar do presente Chamamento Público para Credenciamento as operadoras/administradoras de planos privados de assistência à saúde e/ou de assistência odontológica, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), interessadas em disponibilizar planos coletivos empresariais aos beneficiários definidos neste Termo de Referência, desde que atendam às condições estabelecidas neste instrumento, no Edital de Credenciamento e em seus anexos.

4.2. As operadoras/administradoras poderão requerer credenciamento para um ou ambos os itens do objeto, desde que comprovem o atendimento aos requisitos específicos de habilitação e qualificação técnica exigidos para o(s) respectivo(s) item(ns).

4.3. A participação no presente credenciamento implica a plena aceitação das condições estabelecidas neste Termo de Referência, no Edital de Credenciamento e em seus anexos, bem como da legislação aplicável ao objeto.

4.4. Não poderão participar do presente credenciamento as operadoras/administradoras que:



- a) estejam impedidas de licitar ou contratar com a Administração Pública ou tenham sido declaradas inidôneas, enquanto perdurarem os efeitos da sanção, observado o disposto na Lei Federal nº 14.133/2021;
- b) enquadrem-se em quaisquer das hipóteses de impedimento à contratação previstas na Lei Federal nº 14.133/2021, especialmente aquelas constantes dos seus arts. 9º e 14;
- c) não possuam autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), compatível com o objeto para o qual pretendam se credenciar;
- d) possuam produtos com comercialização suspensa pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), estejam em liquidação extrajudicial ou submetidas a medida regulatória que, nos termos da regulamentação da ANS, impeça ou inviabilize a comercialização dos produtos ou a adequada execução do objeto do credenciamento;
- e) deixem de atender às condições de participação ou aos requisitos de habilitação estabelecidos neste Termo de Referência e no Edital de Credenciamento;
- f) tenham sido condenadas, nos cinco anos anteriores à publicação do Edital, por exploração de trabalho infantil ou por submissão de trabalhadores a condições análogas às de escravo, nos termos da legislação vigente.

4.5. O credenciamento para um dos itens não implica credenciamento automático para o outro, devendo a operadora comprovar, de forma independente, o atendimento aos requisitos específicos exigidos para cada item.

4.6. A manutenção das condições de participação e de habilitação constitui requisito permanente para a permanência da credenciada no procedimento, podendo a Administração, a qualquer tempo, solicitar documentos ou realizar consultas aos cadastros oficiais e aos sistemas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para verificar a continuidade do atendimento aos requisitos estabelecidos neste Termo de Referência e no Edital.

5. DA FORMA E PRAZOS DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS DE CREDENCIAMENTO

5.1. A participação no presente Chamamento Público para Credenciamento será formalizada mediante o cadastramento da Proposta de Solicitação para Credenciamento (modelo constante do Anexo I) e o envio da documentação de habilitação exigida no item 6 deste Termo de Referência, exclusivamente por meio da Plataforma BNC – Bolsa Nacional de Compras, em formato digital, observadas as condições e prazos estabelecidos no Edital.

5.2. Para participação no procedimento, o interessado deverá possuir cadastro ativo na Plataforma BNC – Bolsa Nacional de Compras, disponível no endereço eletrônico <https://bnc.org.br/>, responsabilizando-se pelo correto envio dos documentos e informações exigidos para o credenciamento.

5.3. Os interessados deverão manter atualizados, na plataforma eletrônica, os dados de contato, especialmente endereço eletrônico (e-mail) e telefone, que serão utilizados para comunicações, notificações, diligências e demais atos relacionados ao procedimento.

5.4. As inscrições poderão ser realizadas a partir da data de publicação do Edital de Credenciamento no Portal Nacional de Contratações Públicas - PNCP e na Plataforma BNC, sendo admitidos pedidos de credenciamento durante toda a vigência do edital, nos termos nele estabelecidos.

5.5. A apresentação da Proposta de Solicitação para Credenciamento implicará a plena ciência e aceitação das condições estabelecidas neste Termo de Referência, no Edital de Credenciamento e em seus anexos.

5.6. A responsabilidade pelo envio correto, completo e tempestivo da documentação exigida, bem como pela veracidade das informações prestadas, será única e exclusiva do interessado.

5.7. Os pedidos de credenciamento serão analisados pela Comissão de Contratação, observada a ordem de protocolo na plataforma eletrônica e os critérios estabelecidos no Edital, sendo o resultado divulgado na Plataforma BNC - Bolsa Nacional de Compras e comunicado aos interessados por meio do sistema eletrônico e/ou do endereço eletrônico informado no ato da inscrição, na forma prevista no instrumento convocatório.

5.8. A documentação apresentada deverá estar válida na data de sua análise, observando-se os respectivos prazos de validade e as exigências estabelecidas neste Termo de Referência e no Edital de Credenciamento.

5.9. A documentação apresentada poderá ser objeto de diligência, nos termos do art. 64 da Lei Federal nº 14.133/2021, sempre que necessária ao esclarecimento ou à complementação de informações, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar originariamente da solicitação de credenciamento, ressalvadas as hipóteses admitidas pela legislação.

5.10. O credenciamento produzirá efeitos somente após a publicação do ato de homologação e da formalização do respectivo Termo de Credenciamento, observadas as condições estabelecidas no Edital.

6. DA HABILITAÇÃO

6.1. Para fins de credenciamento, as operadoras/administradoras interessadas deverão comprovar o atendimento aos requisitos de habilitação jurídica, regularidade fiscal, social e trabalhista, qualificação econômico-financeira e qualificação técnica, na forma da Lei Federal nº 14.133/2021, da Lei Federal nº 9.656/1998, da regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), deste Termo de Referência e do Edital.

6.1.1. A documentação de habilitação deverá ser apresentada exclusivamente por meio da Plataforma BNC – Bolsa Nacional de Compras, observadas as condições estabelecidas no Edital.

6.2. HABILITAÇÃO TÉCNICA ¹

¹ Os critérios de habilitação técnica, conforme o art. 67 da Lei 14.133/2021, têm como objetivo comprovar que o licitante possui a qualificação necessária para a execução satisfatória do objeto da contratação. De acordo com as orientações do TCU, esses critérios referem-se a aspectos específicos do licitante e não devem ser confundidos com os critérios técnicos de aceitabilidade da proposta, que estão relacionados diretamente ao objeto da contratação. Desse modo, as exigências relativas à qualificação técnica são estabelecidas em conformidade com os princípios da Lei nº 14.133/2021, especialmente aqueles que asseguram a isonomia, a economicidade, a seleção da proposta mais vantajosa e a eficiência na contratação pública. A definição desses critérios considerou a necessidade de garantir a execução adequada do objeto, evitando restrições desproporcionais que possam limitar indevidamente a participação de potenciais interessados no certame, respeitando os princípios da razoabilidade e proporcionalidade, de acordo com a complexidade do objeto. Sobre o tema, Marçal Justen Filho

6.2.1. As operadoras interessadas em participar do credenciamento para o **Item 1 – Plano Privado de Assistência à Saúde** deverão atender, no mínimo, aos seguintes requisitos:

a) Comprovar aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível com o objeto da contratação, mediante apresentação de atestado(s) de capacidade técnica emitido(s) por pessoas jurídicas de direito público ou privado, que demonstre(m) experiência na prestação de serviços de assistência médica e/ou hospitalar, na modalidade de plano coletivo empresarial.

a.1) Para fins desta contratação, considera-se atividade compatível a prestação de serviços de assistência médica e/ou hospitalar, na modalidade de plano coletivo empresarial, independentemente da segmentação assistencial, da categoria do plano, do tipo de acomodação, da abrangência geográfica ou da faixa etária dos beneficiários.

b) Possuir registro ou inscrição regular no Conselho Regional de Medicina (CRM), nos termos do art. 8º, inciso I, da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

6.2.2. As operadoras interessadas em participar do credenciamento para o **Item 2 – Plano Privado de Assistência Odontológica** deverão atender, no mínimo, aos seguintes requisitos:

a) Comprovar aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível com o objeto da contratação, mediante apresentação de atestado(s) de capacidade técnica emitido(s) por pessoas jurídicas de direito público ou privado, que demonstre(m) experiência na prestação de serviços de assistência odontológica, na modalidade de plano coletivo empresarial.

a.1) Para fins desta contratação, considera-se atividade compatível a prestação de serviços de assistência odontológica, na modalidade de plano coletivo empresarial, independentemente da segmentação assistencial, da categoria do plano, da abrangência geográfica ou da faixa etária dos beneficiários.

b) Possuir registro ou inscrição regular no Conselho Regional de Odontologia (CRO), nos termos do art. 8º, inciso I, da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

6.2.3. As **administradoras de benefícios** interessadas em participar do credenciamento deverão atender, no mínimo, aos seguintes requisitos:

a) comprovar autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nos termos da Resolução Normativa ANS nº 196, de 14 de julho de 2009, ou outra que venha a substituí-la, mediante apresentação de ato autorizativo ou consulta ao cadastro oficial disponibilizado.

b) comprovar aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível com o objeto da contratação, mediante apresentação de atestado(s) de capacidade técnica emitido(s) por pessoas

na obra “Comentários à Lei de Licitações e Contratações Administrativas: Lei nº 14.133/2021” preceitua: “Quanto maior a complexidade, quanto mais problemática a execução da prestação, quanto mais essenciais as necessidades a serem atendidas, tanto mais severos serão os requisitos de habilitação. Quanto menor a dificuldade na execução da prestação, quanto mais difundidas as técnicas necessárias para executar adequadamente o objeto, tanto menores serão os requisitos de habilitação. Ressalte-se que o próprio elenco das circunstâncias relevantes para a determinação dos requisitos de habilitação é variável em cada caso. (Justen Filho, Marçal - Comentários à Lei de Licitações e Contratações Administrativas: Lei nº 14.133/2021 - São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2021, p. 777). Dessa forma, ao estabelecer os requisitos de habilitação previstos, a Administração Municipal assegura a eficiência da contratação, alinhando-se ao interesse público e às diretrizes de competitividade mercadológica estabelecidas pela legislação vigente.

jurídicas de direito público ou privado, que demonstre(m) experiência na administração de contratos coletivos empresariais de planos privados de assistência à saúde e/ou de assistência odontológica;

c) identificar a(s) operadora(s) de planos privados de assistência à saúde e/ou de assistência odontológica por ela representada(s), acompanhada da documentação comprobatória da representação;;

d) comprovar que a(s) operadora(s) representada(s) atende(m) aos requisitos técnicos, regulatórios e operacionais previstos neste Termo de Referência, especialmente quanto ao registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), à autorização de funcionamento, ao registro dos produtos, à regularidade regulatória e à disponibilidade da rede assistencial compatível com os planos ofertados.

6.2.4. Independentemente do item para o qual a operadora, inclusive quando representada por administradora de benefícios, pretenda se credenciar, deverão ser observados os seguintes requisitos:

a) Comprovar possuir registro regular perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), compatível com a modalidade de atuação, mediante consulta ao Cadastro de Operadoras (CADOP) ou outro sistema oficial que venha a substituí-lo.

b) Comprovar possuir autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), compatível com a modalidade de operação e com os produtos ofertados.

c) Comprovar que os planos ofertados estão regularmente registrados perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), aptos à comercialização.

d) Apresentar relação dos planos ofertados contendo, no mínimo, o nome comercial do produto, o respectivo número de registro perante a ANS, a segmentação assistencial, a modalidade, a abrangência geográfica e as principais características dos produtos.

e) Comprovar a conformidade regulatória perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), demonstrando que:

I – os planos ofertados não possuem comercialização suspensa;

II – a operadora não se encontra submetida a regime especial de direção técnica, direção fiscal, liquidação extrajudicial ou outra medida regulatória que comprometa a continuidade da prestação dos serviços;

III – inexistem impedimentos regulatórios que inviabilizem ou comprometam a execução do objeto.

f) Apresentar relação atualizada da rede assistencial própria, credenciada, contratada ou referenciada, conforme o item para o qual pretenda se credenciar, contemplando os estabelecimentos, profissionais e serviços compatíveis com a cobertura assistencial dos planos ofertados e suficientes ao atendimento dos beneficiários na área de abrangência definida pela Administração.

g) Observar integralmente a Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e as demais normas legais e regulamentares aplicáveis ao objeto da contratação.

6.2.4.1. Para fins de comprovação dos requisitos previstos neste item, serão aceitos documentos extraídos diretamente dos sistemas oficiais da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tais como CADOP, SIP, SIB e outros que venham a substituí-los, desde que permitam a verificação das informações exigidas.

6.3. FUNDAMENTAÇÃO DOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO TÉCNICA

6.3.1. Os requisitos de qualificação técnica estabelecidos neste Termo de Referência foram definidos em observância à natureza e à complexidade do objeto, buscando assegurar que somente sejam credenciadas operadoras/administradoras regularmente autorizadas e tecnicamente aptas à disponibilização dos planos privados de assistência à saúde e de assistência odontológica.

6.3.2. A fundamentação jurídica e técnica das exigências de qualificação técnica encontra-se detalhada no **subitem 5.4 do Estudo Técnico Preliminar (ETP)**, que integra o presente processo administrativo para todos os fins.

6.4. HABILITAÇÃO JURÍDICA

6.4.1. A habilitação jurídica será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos, conforme a natureza jurídica da operadora interessada:

- a) Registro comercial, no caso de empresário individual;
- b) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado no órgão competente, acompanhado de suas alterações posteriores ou da consolidação respectiva, quando se tratar de sociedades empresárias e demais pessoas jurídicas;
- c) Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, bem como ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;
- d) Comprovante de inscrição e de situação cadastral ativa no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ).

6.5. REGULARIDADE FISCAL, SOCIAL E TRABALHISTA

6.5.1. A regularidade fiscal, social e trabalhista será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Prova de regularidade perante a Fazenda Nacional, mediante Certidão Conjunta Negativa ou Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos relativos aos Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União, expedida conjuntamente pela Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN);
- b) Prova de regularidade perante a Fazenda Estadual do domicílio ou sede da operadora;
- c) Prova de regularidade perante a Fazenda Municipal do domicílio ou sede da operadora;
- d) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), nos termos da Lei Federal nº 12.440/2011;
- e) Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS).

6.5.2. Serão aceitas certidões positivas com efeitos de negativas, na forma da legislação aplicável.

6.6. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA



6.6.1. A qualificação econômico-financeira será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Certidão Negativa de Falência, Recuperação Judicial ou Extrajudicial, expedida pelo distribuidor da sede da operadora ou, quando houver mais de um distribuidor, pelos distribuidores competentes;
- b) Certidão Negativa referente aos processos distribuídos por meio do Processo Judicial Eletrônico (PJe), quando exigida pelo respectivo Tribunal de Justiça;
- c) Na hipótese de a certidão prevista na alínea "a" abranger expressamente os processos físicos e eletrônicos, ficará dispensada a apresentação da certidão prevista na alínea "b".

6.7. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

6.7.1. Declaração de inexistência de fato superveniente impeditivo à habilitação e à contratação com a Administração Pública.

6.7.2. Declaração de cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal.

6.7.3. A Administração realizará consulta aos cadastros oficiais de sanções, inclusive ao Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS), ao Cadastro Nacional de Empresas Punidas (CNEP) e aos demais sistemas oficiais disponíveis, para fins de verificação da existência de impedimentos à contratação.

7. DA ESCOLHA DA OPERADORA E DA ADESÃO AOS PLANOS

7.1. Todas as operadoras/administradoras que atenderem aos requisitos de habilitação previstos neste Termo de Referência e no Edital serão credenciadas, inexistindo classificação, ordem de preferência, pontuação ou limitação do número de credenciados.

7.2. O credenciamento será realizado em caráter paralelo e não excludente, nos termos do art. 79, inciso I, da Lei Federal nº 14.133/2021, admitindo-se o credenciamento simultâneo de todas as operadoras/administradoras que atenderem às condições estabelecidas pela Administração.

7.3. A escolha da operadora e do plano privado de assistência à saúde ou de assistência odontológica caberá exclusivamente ao beneficiário, nos termos do art. 79, inciso II, da Lei Federal nº 14.133/2021, inexistindo qualquer interferência da Administração na seleção da operadora credenciada.

7.4. A adesão aos planos será facultativa e ocorrerá mediante manifestação de interesse do beneficiário, observadas as condições comerciais ofertadas pela operadora credenciada e as regras estabelecidas no Edital, no Termo de Referência e na legislação aplicável.

7.5. O credenciamento de novas operadoras/administradoras durante a vigência do Edital assegurará aos beneficiários a possibilidade de aderir aos respectivos planos, observadas as condições estabelecidas no instrumento convocatório.

7.6. A Administração limitar-se-á à gestão do procedimento de credenciamento, à operacionalização dos descontos em folha de pagamento, quando autorizados pelo beneficiário e observada a existência de margem consignável, bem como ao repasse dos valores às operadoras/administradoras credenciadas, não assumindo responsabilidade pela escolha da operadora, pela contratação dos planos ou pelas condições comerciais pactuadas entre as partes.

7.7. A permanência da operadora no cadastro de credenciados dependerá da manutenção dos requisitos de habilitação, da regularidade perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do cumprimento das obrigações previstas neste Termo de Referência, no Edital e no respectivo Termo de Credenciamento.

8. DAS ETAPAS DO CREDENCIAMENTO

8.1. O procedimento de credenciamento observará as seguintes etapas:

8.1.1. Publicação do Edital

Publicação do Edital de Credenciamento no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), na Plataforma BNC – Bolsa Nacional de Compras e nos demais meios oficiais de divulgação adotados pelo Município de Caruaru.

8.1.2. Apresentação dos Pedidos de Credenciamento

As operadoras/administradoras interessadas apresentarão, por meio da Plataforma BNC – Bolsa Nacional de Compras, o requerimento de credenciamento acompanhado da documentação de habilitação e dos demais documentos exigidos neste Termo de Referência e no Edital.

8.1.3. Análise da Documentação

A Comissão de Contratação procederá à análise da documentação apresentada, verificando o atendimento aos requisitos de habilitação jurídica, regularidade fiscal, social e trabalhista, qualificação econômico-financeira e qualificação técnica.

8.1.4. Diligências

Quando necessário, poderão ser promovidas diligências para esclarecimento ou complementação das informações e documentos apresentados, observado o disposto no art. 64 da Lei Federal nº 14.133/2021.

8.1.5. Resultado da Análise

Concluída a análise, será divulgado o resultado do pedido de credenciamento, contendo a relação das operadoras/administradoras habilitadas e inabilitadas, observado o direito ao contraditório e à ampla defesa, na forma do Edital.

8.2. Da Formalização do Credenciamento

8.2.1. Após a homologação do resultado, as operadoras/administradoras habilitadas serão convocadas para assinatura do Termo de Credenciamento, conforme minuta constante do Edital.

8.2.2. Considerando a natureza do objeto e a regulamentação da saúde suplementar, a interessada **deverá apresentar, juntamente com a documentação de credenciamento, a minuta do contrato coletivo empresarial, proposta de contratação, termo de adesão ou instrumento equivalente que será utilizado para operacionalização dos planos ofertados, sem prejuízo da identificação da operadora responsável pelo plano, quando a interessada for administradora de benefícios.**

8.2.3. **A minuta do contrato coletivo empresarial, da proposta de contratação, do termo de adesão ou do instrumento equivalente referido no subitem anterior será submetida à análise e aprovação da Administração Municipal e da Procuradoria-Geral do Município, devendo**

guardar compatibilidade com o Edital, com este Termo de Referência, com o Termo de Credenciamento, com a Lei Federal nº 14.133/2021, com a Lei Federal nº 9.656/1998 e com a regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

8.2.4. Após sua aprovação, o contrato coletivo empresarial, a proposta de contratação, o termo de adesão ou o instrumento equivalente integrará o Termo de Credenciamento como anexo, passando a compor a relação jurídica estabelecida entre a Administração Municipal e a credenciada, sem prejuízo da relação contratual assistencial mantida entre os beneficiários e a operadora do plano, diretamente ou por intermédio da administradora de benefícios, quando houver.

8.2.5. A assinatura do contrato coletivo empresarial ou instrumento equivalente não poderá estabelecer obrigações, encargos, responsabilidades ou condições diversas daquelas previstas no Edital, neste Termo de Referência e no Termo de Credenciamento, nem contrariar a legislação aplicável.

8.2.6. Na hipótese de divergência entre as disposições do contrato coletivo empresarial ou instrumento equivalente e aquelas constantes do Edital, deste Termo de Referência e do Termo de Credenciamento, prevalecerão estas últimas, ressalvadas as normas cogentes da legislação da saúde suplementar e os atos normativos expedidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

8.3. Disponibilização dos Planos

8.3.1. Concluída a formalização do credenciamento, as operadoras/administradoras passarão a integrar o cadastro de credenciadas do Município, ficando aptas a disponibilizar os planos privados de assistência à saúde e/ou de assistência odontológica aos beneficiários.

8.3.2. A escolha da operadora e do plano caberá exclusivamente ao beneficiário, observadas as condições estabelecidas no Edital, neste Termo de Referência, na legislação aplicável e nos instrumentos contratuais firmados.

8.4. Do Credenciamento Contínuo

8.4.1. O presente credenciamento possui caráter contínuo e não excludente, sendo admitidos novos pedidos de credenciamento durante toda a vigência do Edital, observado o disposto no art. 79, parágrafo único, inciso I, da Lei Federal nº 14.133/2021.

8.4.2. As operadoras/administradoras credenciadas deverão manter, durante toda a vigência do credenciamento, as condições de habilitação e de regularidade perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), apresentando documentação atualizada sempre que solicitada pela Administração.

9. DOS RECURSOS, IMPUGNAÇÕES E PEDIDOS DE ESCLARECIMENTO

9.1. Qualquer interessado poderá impugnar o Edital de Credenciamento por irregularidade ou solicitar esclarecimentos acerca de seus termos, na forma e nos prazos previstos no Edital.

9.2. As impugnações e os pedidos de esclarecimento **não suspendem** o curso do procedimento de credenciamento, salvo decisão motivada da Administração.

9.3. Do resultado da análise do pedido de credenciamento caberá recurso administrativo, **no prazo de 03 (três) dias úteis**, contados da ciência do interessado, formalizada por meio da divulgação do resultado na Plataforma BNC - Bolsa Nacional de Compras e nos demais meios oficiais previstos no Edital.



9.4. 9.4. Quando o recurso versar sobre o deferimento do pedido de credenciamento de terceiro, será assegurada a **apresentação de contrarrazões no prazo de 03 (três) dias úteis**, contado da divulgação do recurso na Plataforma BNC - Bolsa Nacional de Compras ou da comunicação realizada pela Administração.

9.5. Os recursos, contrarrazões, impugnações e pedidos de esclarecimento deverão ser apresentados por meio da Plataforma BNC - Bolsa Nacional de Compras, observadas as disposições do Edital.

9.6. Os recursos serão decididos pela autoridade competente, mediante decisão motivada, cuja divulgação ocorrerá na Plataforma BNC - Bolsa Nacional de Compras e nos demais meios oficiais previstos no Edital.

10. DOS BENEFICIÁRIOS

10.1. Poderão aderir aos planos privados de assistência à saúde e/ou de assistência odontológica disponibilizados pelas operadoras/administradoras credenciadas os servidores públicos ativos, aposentados e pensionistas da Administração Pública Direta e Indireta do Município de Caruaru, observadas as condições estabelecidas neste Termo de Referência, no Edital, no Termo de Credenciamento, na legislação aplicável e na regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

10.2. Poderão ser inscritos como beneficiários dependentes do beneficiário titular, observadas as condições estabelecidas pela legislação aplicável, pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pelo contrato coletivo empresarial:

I – o cônjuge;

II – o companheiro ou companheira em união estável;

III – o companheiro ou companheira em união homoafetiva, observados os mesmos critérios aplicáveis ao reconhecimento da união estável;

IV – os filhos solteiros até 18 (dezoito) anos de idade ou, se inválidos, enquanto perdurar a invalidez;

V – os filhos solteiros entre 18 (dezoito) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, desde que economicamente dependentes do beneficiário titular e regularmente matriculados em curso de graduação reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC);

VI – o menor sob guarda ou tutela, mediante decisão judicial.

10.3. A inclusão de agregados poderá ser admitida exclusivamente quando prevista nas condições comerciais da operadora credenciada, observadas as regras do contrato coletivo empresarial, sem qualquer ônus para o Município de Caruaru, cabendo ao beneficiário titular o custeio integral das respectivas mensalidades e demais encargos.

10.4. A comprovação da condição de dependente ocorrerá mediante apresentação da documentação exigida pela operadora credenciada, em conformidade com a legislação aplicável, com a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e com o contrato coletivo empresarial.

10.5. Aos beneficiários titulares que perderem o vínculo com a Administração Pública Municipal aplicam-se, quando cabíveis, as disposições dos arts. 30 e 31 da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e da regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), observadas as condições previstas no contrato coletivo empresarial.

11. DA REDE ASSISTENCIAL MÍNIMA



11.1. As **operadoras**, diretamente ou por intermédio de administradoras de benefícios credenciadas, deverão disponibilizar rede assistencial compatível com a área de abrangência dos planos ofertados, contemplando, no mínimo, atendimento no Município de Caruaru/PE, observadas as disposições da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e da regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

11.2. Para o Item 1 – Plano Privado de Assistência à Saúde, a rede assistencial deverá contemplar, de forma compatível com a segmentação assistencial do plano ofertado, hospitais, serviços de urgência e emergência, clínicas, consultórios, laboratórios e demais estabelecimentos e profissionais necessários à adequada prestação da assistência médico-hospitalar.

11.3. Para o Item 2 – Plano Privado de Assistência Odontológica, a rede assistencial deverá contemplar clínicas, consultórios odontológicos, profissionais e demais estabelecimentos necessários à adequada prestação da assistência odontológica, compatíveis com a cobertura do plano ofertado.

11.4. As **operadoras**, ou as **administradoras de benefícios em nome das operadoras por elas representadas**, deverão apresentar, por ocasião do credenciamento, relação atualizada da rede assistencial correspondente aos planos ofertados, indicando os estabelecimentos e prestadores próprios, credenciados, contratados ou referenciados existentes na área de abrangência exigida.

11.5. As **operadoras** deverão manter a rede assistencial compatível com a cobertura e a área de abrangência dos planos ofertados durante toda a vigência do credenciamento, comunicando à Administração Municipal quaisquer alterações relevantes, sem prejuízo da observância da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e da regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

12. DA MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO

12.1. Da manutenção da condição de beneficiário pelo aposentado

12.1.1. Aos beneficiários titulares que vierem a se aposentar, bem como aos aposentados que permanecerem em atividade e, posteriormente, encerrarem seu vínculo com a Administração Pública Municipal, será assegurado, quando atendidos os requisitos legais, o direito de manutenção da condição de beneficiário do plano privado de assistência à saúde, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que usufruíam durante o vínculo funcional, observado o disposto nos arts. 30 e 31 da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, regulamentados pela Resolução Normativa ANS nº 488, de 29 de março de 2022, ou outra que venha a substituí-la.

12.1.2. A manutenção da condição de beneficiário dependerá da manifestação de interesse do beneficiário no prazo e nas condições estabelecidos na legislação aplicável e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como da assunção integral do pagamento da contraprestação pecuniária, sem qualquer ônus para o Município de Caruaru.

12.1.3. A manutenção da condição de beneficiário estender-se-á aos dependentes regularmente inscritos, observadas as condições previstas na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

12.1.4. Os prazos de permanência, as hipóteses de extinção do direito e as demais condições aplicáveis observarão integralmente a Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e a regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

12.2. Da manutenção da condição de beneficiário após o encerramento do vínculo funcional

12.2.1. Aos beneficiários titulares que perderem o vínculo com a Administração Pública Municipal, nas hipóteses em que a legislação assegure o direito de manutenção da condição de beneficiário, será garantida a permanência no plano privado de assistência à saúde, observado o disposto nos arts. 30 e 31 da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na Resolução Normativa ANS nº 488, de 29 de março de 2022, ou outra que venha a substituí-la.

12.2.2. A manutenção da condição de beneficiário dependerá da manifestação de interesse do beneficiário no prazo legal, da assunção integral do pagamento das contraprestações pecuniárias e da observância das demais condições estabelecidas na legislação aplicável e no contrato coletivo empresarial, inexistindo qualquer responsabilidade financeira do Município de Caruaru.

12.2.3. A operadora credenciada, diretamente ou por intermédio da administradora de benefícios, quando houver, deverá fornecer ao beneficiário todas as informações necessárias ao exercício do direito de permanência no plano, inclusive quanto aos valores das contraprestações pecuniárias, formas de pagamento, prazos e procedimentos para formalização da opção.

12.2.4. A inadimplência, os prazos de permanência, as hipóteses de perda do direito e as demais condições relativas à manutenção da condição de beneficiário observarão a Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o contrato coletivo empresarial.

12.2.5. O exercício do direito de manutenção da condição de beneficiário, bem como a cobrança das contraprestações pecuniárias, a gestão do vínculo contratual e a verificação do atendimento aos requisitos legais e regulamentares constituem relação jurídica estabelecida diretamente entre o beneficiário e a operadora, sem prejuízo da atuação da administradora de benefícios, quando houver, não gerando qualquer obrigação financeira ou responsabilidade administrativa para o Município de Caruaru.

13. DA ADESÃO, DA INCLUSÃO, DA REINCLUSÃO E DA EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

13.1. A adesão aos planos privados de assistência à saúde e de assistência odontológica será facultativa e formalizada entre o beneficiário titular e a operadora credenciada, diretamente ou por intermédio da administradora de benefícios credenciada, observadas as disposições deste Termo de Referência, do Edital, do Termo de Credenciamento, do contrato coletivo empresarial e da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

13.2. Somente o beneficiário titular poderá solicitar sua própria inclusão ou exclusão, bem como a inclusão ou exclusão de seus dependentes.

13.3. O início da cobertura assistencial observará o seguinte cronograma:

Período de Adesão	Início da Cobertura Assistencial
Do 1º ao 15º dia do mês	A partir do primeiro dia do mês subsequente.
Do 16º ao último dia do mês	A partir do primeiro dia do segundo mês subsequente.



13.4. As solicitações de exclusão observarão os mesmos prazos operacionais previstos para as inclusões, considerando o cronograma de processamento da consignação em folha de pagamento.

13.5. A exclusão de beneficiário dependente deverá ser comunicada pelo beneficiário titular à operadora credenciada, diretamente ou por intermédio da administradora de benefícios, quando houver, observadas as condições estabelecidas no contrato coletivo empresarial e na legislação aplicável.

13.6. Os servidores públicos ativos, aposentados e pensionistas disporão do prazo de **até 30 (trinta) dias**, contado da publicação do Termo de Credenciamento da operadora ou da administradora de benefícios, conforme o caso, para aderirem aos planos, juntamente com seus dependentes, fazendo jus à isenção de carência e de cobertura parcial temporária, quando cabível, observado o disposto neste Termo de Referência.

13.7. Os servidores que ingressarem na Administração Pública Municipal poderão aderir aos planos no prazo de até 30 (trinta) dias contados da entrada em exercício, juntamente com seus dependentes, fazendo jus à isenção de carência e de cobertura parcial temporária, quando cabível, observado o disposto neste Termo de Referência.

13.8. A exclusão do beneficiário titular implicará, em regra, a exclusão dos respectivos dependentes vinculados ao plano, ressalvadas as hipóteses legais de manutenção da condição de beneficiário, especialmente aquelas previstas nos arts. 30 e 31 da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, regulamentados pela Resolução Normativa ANS nº 488, de 29 de março de 2022, ou outra que venha a substituí-la, bem como as disposições do contrato coletivo empresarial.²

13.9. Os dependentes que adquirirem essa condição após a adesão do beneficiário titular, em razão de casamento, constituição de união estável, nascimento, adoção, guarda judicial, tutela ou outro fato previsto na legislação aplicável, poderão ser incluídos com isenção de carência, desde que a solicitação ocorra em **até 30 (trinta) dias** contados do fato gerador.

13.10. A reinclusão de beneficiários observará as condições estabelecidas neste Termo de Referência, na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e no contrato coletivo empresarial, inclusive quanto à incidência de carências, quando cabíveis.

13.11. É de responsabilidade do beneficiário titular solicitar formalmente à operadora credenciada, diretamente ou por intermédio da administradora de benefícios, quando houver a exclusão de seus dependentes quando cessarem as condições que autorizaram sua inclusão no plano, respondendo pelas consequências decorrentes da omissão dessas informações.

13.12. Caberá ao beneficiário apresentar à **operadora credenciada ou à administradora de benefícios credenciada, quando responsável pela administração do contrato coletivo**

² **Nota Explicativa:** A regra prevista no item 13.9 estabelece a consequência geral da exclusão do beneficiário titular, sem afastar as hipóteses excepcionais de manutenção da condição de beneficiário previstas na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, especialmente nos arts. 30 e 31, regulamentados pela Resolução Normativa ANS nº 488, de 29 de março de 2022, ou outra que venha a substituí-la, bem como aquelas eventualmente previstas no contrato coletivo empresarial celebrado entre a operadora credenciada e os beneficiários. A redação foi adotada de forma genérica em razão de existirem situações específicas disciplinadas pela legislação e pela regulamentação da ANS, cuja incidência dependerá das condições concretas de cada beneficiário.



empresarial, a documentação necessária para comprovação da condição de dependente e dos demais requisitos para adesão, inclusão, manutenção ou exclusão no plano.

13.13. As **operadoras credenciadas**, diretamente ou por intermédio de **administradoras de benefícios credenciadas**, poderão disponibilizar planos com coberturas, segmentações assistenciais, abrangência geográfica, rede assistencial, mecanismos de regulação e condições comerciais superiores às exigências mínimas estabelecidas neste Termo de Referência, observada a legislação aplicável e a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

13.14. Os beneficiários que já possuem vínculo com **operadora posteriormente credenciada, diretamente ou por intermédio de administradora de benefícios credenciada**, poderão permanecer vinculados ao respectivo plano, observadas as condições estabelecidas pela operadora, pelo contrato coletivo empresarial e pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

14. DO DESLIGAMENTO DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

14.1. O desligamento do beneficiário titular dos planos privados de assistência à saúde e/ou de assistência odontológica poderá ocorrer nas seguintes hipóteses:

I – solicitação formal do próprio beneficiário;

II – perda da condição de elegibilidade prevista neste Termo de Referência, no contrato coletivo empresarial ou na legislação aplicável;

III – extinção do vínculo funcional com a Administração Pública Municipal, ressalvadas as hipóteses de manutenção da condição de beneficiário previstas nos arts. 30 e 31 da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, regulamentados pela **Resolução Normativa ANS nº 488, de 29 de março de 2022, ou outra que venha a substituí-la**, e nas condições do contrato coletivo empresarial;

IV – fraude, inadimplência ou demais hipóteses previstas na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e no contrato coletivo empresarial;

V – outras hipóteses previstas na legislação vigente.

14.2. Nos casos de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária da remuneração, o beneficiário poderá permanecer vinculado ao respectivo plano, desde que assuma integralmente o pagamento das mensalidades e demais encargos diretamente à operadora ou por intermédio da administradora de benefícios, quando houver, observadas as condições estabelecidas no contrato coletivo empresarial.

14.3. A Administração Municipal comunicará à operadora credenciada ou à administradora de benefícios credenciada, quando responsável pela administração do contrato coletivo empresarial, as alterações funcionais que impliquem inclusão, exclusão ou alteração da condição dos beneficiários, observados os procedimentos operacionais estabelecidos entre as partes.

14.4. É de responsabilidade do beneficiário comunicar à operadora credenciada ou à administradora de benefícios, quando houver, qualquer alteração que implique perda da condição de dependente, bem como apresentar a documentação necessária para atualização cadastral.

14.5. Aos beneficiários que perderem o vínculo com a Administração Pública Municipal aplicam-se, quando cabíveis, as disposições dos arts. 30 e 31 da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, regulamentados pela **Resolução Normativa ANS nº 488, de 29 de março de 2022, ou outra que venha a substituí-la**, bem como as condições previstas no contrato coletivo empresarial.

14.6. A exclusão do beneficiário titular implicará, em regra, a exclusão dos respectivos dependentes vinculados ao plano, ressalvadas as hipóteses de manutenção da condição de beneficiário previstas nos arts. 30 e 31 da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, regulamentados pela **Resolução Normativa ANS nº 488, de 29 de março de 2022, ou outra que venha a substituí-la**, bem como nas demais hipóteses previstas no contrato coletivo empresarial.

14.7. O Município de Caruaru não responderá pela manutenção da cobertura assistencial após a perda da condição de elegibilidade do beneficiário, competindo à operadora, diretamente ou por intermédio da administradora de benefícios, quando houver, e ao beneficiário a adoção das providências necessárias para eventual manutenção do vínculo contratual, nos termos da legislação aplicável.

15. DA CARÊNCIA

15.1. Não será exigida carência, cobertura parcial temporária (CPT) ou outro mecanismo de restrição assistencial admitido pela legislação aos beneficiários que aderirem aos planos nos prazos previstos no item 13 deste Termo de Referência, observado o disposto na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

15.2. Para as adesões realizadas após os prazos previstos no item anterior, poderão ser aplicados períodos de carência, cobertura parcial temporária (CPT) e demais condições admitidas pela Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, observados os limites máximos nela previstos e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

15.3. Os períodos máximos de carência admitidos são os seguintes:

Procedimento	Carência Máxima	Fundamento Legal
Urgência e emergência	24 (vinte e quatro) horas	Arts. 12, inciso V, alínea "c", e 35-C da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998
Consultas, exames, terapias, procedimentos ambulatoriais, internações hospitalares e demais procedimentos assistenciais	Até 180 (cento e oitenta) dias	Art. 12, inciso V, alínea "b", da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998
Parto a termo	Até 300 (trezentos) dias	Art. 12, inciso V, alínea "a", da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998
Cobertura Parcial Temporária (CPT) para doenças ou lesões preexistentes, quando cabível	Até 24 (vinte e quatro) meses	Art. 11 da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

15.4. Os períodos de carência eventualmente estabelecidos pelas operadoras credenciadas, diretamente ou por intermédio de administradoras de benefícios credenciadas, poderão ser inferiores aos limites máximos previstos na legislação, observadas as condições comerciais dos planos ofertados e a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

15.5. A cobertura dos atendimentos de urgência e emergência observará as disposições do art. 35-C da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e da regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

16. DA PORTABILIDADE

16.1. A portabilidade de carências observará o disposto na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), especialmente a Resolução Normativa ANS nº 438, de 3 de dezembro de 2018, ou outra que venha a substituí-la.

16.2. Os beneficiários poderão exercer o direito à portabilidade de carências, desde que atendidos os requisitos e as condições estabelecidos na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na Resolução Normativa ANS nº 438, de 3 de dezembro de 2018, ou outra que venha a substituí-la, observados os procedimentos e prazos nela previstos.

16.3. A análise dos pedidos de portabilidade, bem como a verificação do atendimento aos requisitos legais e regulamentares, competirá exclusivamente à operadora de destino, diretamente ou por intermédio da administradora de benefícios, quando houver, observado o disposto na Resolução Normativa ANS nº 438, de 3 de dezembro de 2018, ou outra que venha a substituí-la.

16.4. O Município de Caruaru não será responsável pela análise, deferimento ou indeferimento dos pedidos de portabilidade, competindo-lhe apenas adotar, quando cabível, as providências administrativas relacionadas à operacionalização da consignação em folha de pagamento.

17. DOS SERVIÇOS E DA COBERTURA ASSISTENCIAL

17.1. Disposições Gerais

17.1.1. As operadoras credenciadas, diretamente ou por intermédio de administradoras de benefícios credenciadas, deverão disponibilizar planos privados de assistência à saúde e/ou de assistência odontológica, na modalidade coletivo empresarial, regularmente registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), observadas as disposições deste Termo de Referência, da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da ANS e das demais normas aplicáveis.

17.1.2. As coberturas deverão ser compatíveis com a segmentação assistencial do plano contratado, observadas as condições estabelecidas neste Termo de Referência, no Edital, no Termo de Credenciamento e no contrato coletivo empresarial.

17.1.3. As operadoras credenciadas, diretamente ou por intermédio de administradoras de benefícios credenciadas, poderão disponibilizar planos com coberturas, rede assistencial, abrangência geográfica, benefícios, serviços e mecanismos de regulação superiores às exigências mínimas previstas neste Termo de Referência.

17.2. Do Plano Privado de Assistência à Saúde (Item 1)

17.2.1. Os planos privados de assistência à saúde deverão contemplar, no mínimo, cobertura ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e demais segmentações contratadas, observadas as disposições

da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

17.2.2. Deverão ser assegurados, no mínimo:

- I – consultas médicas em clínicas básicas e especializadas;
- II – exames laboratoriais, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e demais exames complementares;
- III – procedimentos clínicos e cirúrgicos;
- IV – internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas e psiquiátricas, conforme a segmentação contratada;
- V – atendimentos de urgência e emergência;
- VI – cobertura obstétrica, quando integrante da segmentação contratada;
- VII – transplantes e demais procedimentos previstos na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- VIII – assistência à saúde mental, observadas as coberturas obrigatórias previstas na legislação;
- IX – demais procedimentos obrigatórios previstos para a segmentação contratada.

17.2.3. Não poderão ser impostas limitações quantitativas ou financeiras aos procedimentos de cobertura obrigatória, ressalvadas as hipóteses expressamente admitidas pela Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

17.3. Do Plano Privado de Assistência Odontológica (Item 2)

17.3.1. Os planos privados de assistência odontológica deverão assegurar cobertura compatível com a segmentação odontológica contratada, observando o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

17.3.2. Deverão ser assegurados, no mínimo:

- I – consultas odontológicas;
- II – exames auxiliares ao diagnóstico;
- III – procedimentos preventivos;
- IV – procedimentos restauradores;
- V – procedimentos periodontais;
- VI – procedimentos endodônticos;
- VII – procedimentos cirúrgicos;
- VIII – atendimentos de urgência e emergência odontológica;
- IX – radiografias e demais exames previstos no Rol;
- X – demais procedimentos obrigatórios previstos para a segmentação odontológica.

17.3.3. Dos atendimentos de urgência e emergência odontológica³

17.3.3.1. Consideram-se **emergências odontológicas**, para os fins deste Termo de Referência:

- a) sangramentos não controlados;

³ A classificação das situações de urgência, emergência e dos procedimentos que não caracterizam urgência odontológica adotada neste Termo de Referência possui caráter exemplificativo e foi elaborada com fundamento nas orientações técnicas divulgadas pelo **Conselho Federal de Odontologia (CFO)**, baseadas em referências da **American Dental Association (ADA)** e do **Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP)**, sem prejuízo da observância da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da autonomia técnico-profissional do cirurgião-dentista na avaliação de cada caso concreto.

- b) celulites ou infecções bacterianas difusas, com aumento de volume (edema) intraoral ou extraoral e potencial comprometimento das vias aéreas;
- c) traumatismos envolvendo os ossos da face com potencial comprometimento das vias aéreas.

17.3.3.2. Consideram-se urgências odontológicas, para os fins deste Termo de Referência:

- a) dor odontológica aguda decorrente de inflamação pulpar (pulpite);
- b) pericoronarite ou dor relacionada a processos infecciosos envolvendo terceiros molares retidos;
- c) alveolite pós-operatória;
- d) remoção de suturas;
- e) abscessos dentários ou periodontais, com dor localizada e edema;
- f) fraturas dentárias com dor ou trauma em tecidos moles;
- g) tratamento odontológico indispensável previamente à realização de procedimento médico crítico;
- h) cimentação ou recimentação de coroas ou próteses fixas quando houver dor, inflamação gengival ou comprometimento funcional;
- i) realização de biópsias em alterações dos tecidos bucais;
- j) ajuste ou reparo de próteses removíveis que estejam causando dor ou comprometimento da função mastigatória;
- k) finalização ou troca de medicação intracanal em tratamento endodôntico já iniciado;
- l) cáries extensas ou restaurações defeituosas que estejam causando dor;
- m) necroses orais com dor e presença de secreção purulenta;
- n) ajuste, troca ou remoção de dispositivos ortodônticos que estejam causando ulceração da mucosa bucal;
- o) mucosites orais com indicação de laserterapia;
- p) traumatismos dentários com avulsão ou luxação.

17.3.3.3. Não caracterizam urgência odontológica:

- a) consultas iniciais, periódicas ou de manutenção;
- b) profilaxias e demais procedimentos preventivos eletivos;
- c) procedimentos ortodônticos não relacionados à dor, infecção ou trauma;
- d) restaurações de dentes assintomáticos;
- e) procedimentos com finalidade exclusivamente estética;
- f) cirurgias eletivas, inclusive exodontias e cirurgias periodontais assintomáticas, implantodontia e cirurgia ortognática.

17.3.3.4. As hipóteses previstas neste subitem possuem caráter exemplificativo e deverão ser interpretadas em conjunto com a Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com as demais normas aplicáveis e com as diretrizes técnicas expedidas pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO).

17.4. Da Rede Assistencial

17.4.1. O atendimento deverá ser prestado por rede própria, credenciada, contratada ou referenciada da operadora, observadas a área de abrangência do plano contratado e as normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

17.4.2. As operadoras credenciadas, diretamente ou por intermédio de administradoras de benefícios credenciadas, quando houver, deverão assegurar aos beneficiários:



- I – cobertura para todos os procedimentos obrigatórios previstos na legislação e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, inclusive aqueles que vierem a ser incorporados durante a vigência do credenciamento;
- II – atendimento dentro dos prazos máximos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- III – acesso à rede assistencial disponibilizada para o plano contratado;
- IV – observância das regras relativas à acomodação hospitalar, remoção, substituição de prestadores, continuidade da assistência e demais direitos previstos na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

17.4.3. Quando inexistir prestador apto à realização de procedimento de cobertura obrigatória na rede assistencial disponibilizada, a operadora deverá adotar as providências previstas na legislação e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para assegurar a continuidade da assistência ao beneficiário.

17.4.4. Os atendimentos de urgência e emergência observarão o disposto no art. 35-C da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

17.4.5. As operadoras credenciadas, diretamente ou por intermédio de administradoras de benefícios credenciadas, quando houver, deverão manter permanentemente atualizadas as informações relativas à rede assistencial disponibilizada aos beneficiários, inclusive quanto aos estabelecimentos, profissionais, especialidades, endereços, contatos e eventuais substituições, observadas as normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

17.4.6. Eventuais alterações na rede assistencial deverão observar as condições e os procedimentos estabelecidos na legislação aplicável e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), assegurada a continuidade da assistência aos beneficiários.

18. DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

18.1. As exclusões de cobertura observarão exclusivamente as hipóteses previstas na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e nas demais normas aplicáveis, sendo vedada qualquer restrição às coberturas mínimas obrigatórias previstas para cada segmentação assistencial.

18.2. Das exclusões aplicáveis aos planos privados de assistência à saúde

18.2.1. São excluídos da cobertura, sem prejuízo das demais hipóteses previstas na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e na regulamentação aplicável:

- I – atendimentos realizados antes do início da vigência do plano ou do cumprimento dos períodos de carência, quando cabíveis;
- II – exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
- III – tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- IV – procedimentos clínicos ou cirúrgicos realizados exclusivamente para fins estéticos, bem como órteses e próteses destinadas à mesma finalidade;

V – inseminação artificial, ressalvadas as hipóteses de cobertura obrigatória previstas na legislação e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

VI – tratamentos de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade exclusivamente estética;

VII – fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados ou sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), quando não abrangidos pelas coberturas obrigatórias;

VIII – fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvadas as hipóteses de cobertura obrigatória previstas na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

IX – fornecimento de órteses, próteses e respectivos acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

X – tratamentos ilícitos, antiéticos ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XI – eventos decorrentes de guerras, cataclismos e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XII – demais exclusões expressamente autorizadas pela Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pela regulamentação aplicável.

18.3. Das exclusões específicas dos planos privados de assistência odontológica

18.3.1. Além das exclusões previstas no subitem **18.2**, quando compatíveis com a segmentação odontológica, aplicam-se aos planos privados de assistência odontológica as seguintes exclusões, observadas a Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a regulamentação aplicável:

I – procedimentos bucomaxilofaciais que necessitem de internação hospitalar e respectivas despesas hospitalares, ressalvadas as hipóteses de cobertura obrigatória previstas na legislação e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

II – despesas decorrentes de internação hospitalar para realização de procedimentos odontológicos que, por sua natureza, possam ser executados em consultório odontológico, ressalvadas as hipóteses de cobertura obrigatória;

III – assistência domiciliar de qualquer natureza, ressalvadas as hipóteses de cobertura obrigatória previstas na legislação e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

IV – fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvadas as hipóteses de cobertura obrigatória;

V – tratamentos odontológicos realizados por profissionais não habilitados perante o Conselho Regional de Odontologia (CRO), quando a cobertura depender de atendimento pela rede credenciada ou referenciada da operadora;

VI – exames não solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, quando não se tratar de procedimento de cobertura obrigatória solicitado por profissional habilitado;

VII – atendimentos médico-hospitalares não vinculados às hipóteses de cobertura obrigatória da segmentação odontológica;

VIII – procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a segmentação odontológica, ressalvadas as coberturas adicionais eventualmente oferecidas pela operadora;

IX – remoções de beneficiários, salvo quando constituírem cobertura obrigatória prevista na legislação ou na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

X – demais exclusões previstas na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e na regulamentação aplicável.

18.4. Nenhuma exclusão poderá restringir as coberturas mínimas obrigatórias previstas na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e nas demais normas aplicáveis, inclusive aquelas que vierem a substituí-los ou complementá-los.

19. DO REEMBOLSO

19.1. O reembolso das despesas médico-hospitalares e odontológicas será devido exclusivamente nas hipóteses previstas na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no contrato coletivo empresarial e nas condições do respectivo plano contratado.

19.2. O reembolso observará as hipóteses, os critérios, os limites, os valores de referência, os documentos exigidos e os prazos previstos na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no contrato coletivo empresarial e nas condições do respectivo plano contratado.

19.3. O beneficiário deverá apresentar à operadora do plano ou à administradora de benefícios credenciada, quando houver, a documentação necessária à análise do pedido de reembolso, incluindo, quando cabível:

I – requerimento de reembolso;

II – notas fiscais, faturas ou documentos equivalentes;

III – comprovantes de pagamento;

IV – relatório emitido pelo profissional assistente;

V – laudos, prescrições médicas ou odontológicas e demais documentos técnicos pertinentes;

VI – outros documentos exigidos pela operadora do plano, desde que compatíveis com a legislação aplicável.

19.4. A análise do pedido de reembolso e a decisão quanto ao seu deferimento ou indeferimento competirão à operadora do plano, observadas a Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o contrato coletivo empresarial e as condições do respectivo plano contratado, sem prejuízo da atuação da administradora de benefícios credenciada, quando houver, na recepção da documentação e na intermediação administrativa junto ao beneficiário.



19.5. Reconhecido o direito do beneficiário, o reembolso será efetuado pela operadora do plano, nos prazos e nas condições estabelecidos na legislação aplicável, na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no contrato coletivo empresarial e nas condições do respectivo plano contratado.

19.6. Em caso de indeferimento total ou parcial do pedido de reembolso, a operadora do plano deverá apresentar decisão fundamentada ao beneficiário, observados os prazos previstos na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no contrato coletivo empresarial e nas condições do respectivo plano contratado.

20. DO VALOR REFERENCIAL DA CONTRATAÇÃO, FORMA DE PAGAMENTO E REAJUSTE DAS MENSALIDADES

20.1. DO VALOR REFERENCIAL

20.1.1. O presente credenciamento não gera despesa direta para o Município de Caruaru, razão pela qual não há valor estimado da contratação, orçamento de referência ou limite financeiro a ser suportado pela Administração.

20.1.2. Os valores das mensalidades, coparticipações, franquias e demais encargos dos planos privados de assistência à saúde e de assistência odontológica disponibilizados no âmbito deste credenciamento não constituem preço contratado com a Administração Pública, sendo definidos pela operadora do plano, observada a legislação aplicável, especialmente a Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a Resolução Normativa ANS nº 565, de 16 de dezembro de 2022, ou outra que venha a substituí-la e as condições do respectivo contrato coletivo empresarial, sem prejuízo da atuação da administradora de benefícios credenciada, quando houver, na administração e operacionalização da relação contratual.

20.1.3. Caberá à operadora do plano, diretamente ou por intermédio da administradora de benefícios credenciada, quando houver, disponibilizar aos beneficiários todas as informações relativas aos valores das mensalidades, coparticipações, franquias, reajustes e demais encargos eventualmente incidentes.

20.2. DA FORMA DE CUSTEIO E DO PAGAMENTO

20.2.1. O custeio dos planos será de responsabilidade exclusiva dos beneficiários que aderirem aos serviços disponibilizados pelas operadoras credenciadas, diretamente ou por intermédio de administradoras de benefícios credenciadas, quando houver, inexistindo qualquer subsídio, participação financeira ou obrigação de custeio por parte do Município de Caruaru.

20.2.2. As mensalidades poderão ser descontadas em folha de pagamento, mediante autorização expressa do beneficiário, observadas a legislação municipal, a regulamentação aplicável ao sistema de consignações e os instrumentos firmados entre o Município e a operadora credenciada ou a administradora de benefícios credenciada, conforme o caso.

20.2.3. Os valores consignados serão repassados à operadora do plano ou à administradora de benefícios credenciada, conforme a forma de operacionalização prevista nos instrumentos firmados entre as partes, observadas a legislação municipal aplicável e as regras do sistema de consignações.

20.2.4. As coparticipações, franquias, mensalidades de beneficiários cuja cobrança não possa ser realizada por meio de consignação em folha e demais valores eventualmente devidos poderão ser cobrados diretamente do beneficiário pela operadora do plano ou, quando houver, pela administradora

de benefícios credenciada, nos termos do contrato coletivo empresarial e das condições do respectivo plano.

20.2.5. A impossibilidade temporária ou definitiva de realização da consignação em folha de pagamento não desobriga o beneficiário do pagamento das obrigações assumidas perante a operadora do plano, competindo à operadora do plano ou, quando houver, à administradora de benefícios credenciada, adotar os meios de cobrança previstos no contrato coletivo empresarial, sem qualquer responsabilidade financeira para o Município de Caruaru.

20.3. DO REAJUSTE DAS MENSALIDADES

20.3.1. Os reajustes das mensalidades dos planos privados de assistência à saúde e de assistência odontológica observarão a Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e as demais normas aplicáveis, especialmente quanto:

- I** – aos critérios de aplicação dos reajustes das contraprestações pecuniárias;
- II** – à variação das contraprestações por faixa etária, quando cabível;
- III** – à periodicidade, aos critérios de cálculo e aos deveres de transparência e comunicação aos beneficiários.

20.3.1.1. Para os planos privados de assistência à saúde, os reajustes deverão observar, quando cabível, as regras de agrupamento de contratos coletivos previstas na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), especialmente na Resolução Normativa ANS nº 565, de 16 de dezembro de 2022, ou outra que venha a substituí-la.

20.3.1.2. Para os planos privados de assistência odontológica, não se aplica o reajuste por agrupamento de contratos coletivos previsto na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) destinada aos planos privados de assistência à saúde, devendo os reajustes observar a Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, as normas específicas aplicáveis à segmentação odontológica, as cláusulas contratuais do respectivo plano e do contrato coletivo empresarial, bem como os critérios de reajuste anual nele expressamente previstos.

20.3.2. A operadora do plano ou, quando houver, a administradora de benefícios credenciada, deverá comunicar formalmente ao Município de Caruaru e aos beneficiários os reajustes aplicados, observando os prazos e as condições estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), encaminhando, no mínimo:

- I** – o percentual de reajuste aplicado;
- II** – a data de início de sua vigência;
- III** – a fundamentação legal, regulamentar e contratual do reajuste;
- IV** – a tabela atualizada de mensalidades e a relação dos beneficiários cujos valores consignados deverão ser atualizados.

20.3.3. Recebida a documentação prevista no subitem anterior, a Administração Municipal, por intermédio da unidade competente responsável pela gestão de pessoas e pela operacionalização da consignação em folha de pagamento, procederá à atualização dos valores consignados **mediante registro administrativo próprio**, instruído, no mínimo, com:

- I** – o ofício ou comunicação formal encaminhada pela credenciada, informando o reajuste aplicado;
- II** – a fundamentação legal, regulamentar e contratual do reajuste;

III – a tabela atualizada de mensalidades, coparticipações, franquias ou demais encargos, conforme o caso;

IV – a relação nominal dos beneficiários atingidos, com a identificação dos respectivos valores anteriores e atualizados;

V – a indicação da data de início da vigência do reajuste; e

VI – outros documentos que a Administração entenda necessários à adequada operacionalização da consignação.

Parágrafo único. A atualização dos valores consignados **independerá de termo aditivo ou apostilamento, por não se tratar de alteração das condições do credenciamento**, mas de mera atualização operacional dos valores devidos pelos beneficiários no âmbito do respectivo plano e do contrato coletivo empresarial.

20.3.4. O Município de Caruaru não aprovará, negociará, revisará, limitará ou estabelecerá índices de reajuste das mensalidades dos planos ofertados, por não integrar a relação contratual mantida entre a operadora do plano e os respectivos beneficiários.

20.3.5. Os reajustes realizados na forma da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, da regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), das condições do respectivo contrato coletivo empresarial e, quando cabível, da Resolução Normativa ANS nº 565, de 16 de dezembro de 2022, não caracterizam alteração das condições do credenciamento, não ensejam revisão ou reequilíbrio econômico-financeiro e não geram obrigação financeira para o Município de Caruaru, observando-se, para fins de atualização dos valores consignados em folha de pagamento, o procedimento previsto nos subitens anteriores.

20.3.6. A operadora do plano ou, quando houver, a administradora de benefícios credenciada deverá disponibilizar, em plataforma eletrônica de acesso aos beneficiários e à Contratante, tabelas atualizadas de preços, faixas etárias, carências, coparticipações e regras de reajuste aplicáveis aos planos ofertados.

21. DA VIGÊNCIA DO CREDENCIAMENTO E DOS INSTRUMENTOS CONTRATUAIS

21.1. DA VIGÊNCIA DO EDITAL DE CREDENCIAMENTO

21.1.1. O presente Edital de Credenciamento permanecerá vigente pelo prazo de **60 (sessenta) meses**, contados da data de sua publicação, podendo ser prorrogado, mediante decisão motivada da Administração, desde que mantidas as condições que justificaram sua instituição, a compatibilidade com a legislação aplicável e o interesse público.

21.1.2. Durante toda a vigência do Edital serão admitidos novos pedidos de credenciamento, observado o caráter contínuo e não excludente do procedimento, nos termos da Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

21.1.3. O Edital poderá ser revogado ou encerrado antecipadamente, por decisão motivada da Administração, nas hipóteses previstas na legislação aplicável, resguardados os direitos dos beneficiários e das credenciadas já habilitadas no procedimento, bem como a continuidade da assistência nos termos da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do contrato coletivo empresarial.

21.2. DA VIGÊNCIA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

21.2.1. O Termo de Credenciamento firmado com cada credenciada terá vigência de **60 (sessenta) meses**, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, mediante termo aditivo, desde que demonstrado o interesse da Administração, mantidas as condições de habilitação, qualificação e regularidade exigidas, observada a disciplina do art. 107 da Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

21.2.2. Durante sua vigência, a credenciada deverá manter o atendimento de todas as condições de habilitação, qualificação e demais requisitos exigidos neste Termo de Referência, no Edital e na legislação aplicável.

21.2.3. A vigência do Termo de Credenciamento não impede o ingresso de novas operadoras e/ou administradoras de benefícios durante a vigência do Edital, em observância ao caráter contínuo e não excludente do credenciamento.

21.3. DO DESCREDENCIAMENTO E DA EXTINÇÃO

21.3.1. O Termo de Credenciamento poderá ser extinto ou a credenciada poderá ser descredenciada nas hipóteses previstas na Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, neste Termo de Referência, no Edital e no respectivo Termo de Credenciamento.

21.3.2. O descredenciamento ou a extinção do Termo de Credenciamento não prejudicará, por si só, os direitos dos beneficiários já vinculados aos planos privados de assistência à saúde ou de assistência odontológica, os quais permanecerão disciplinados pela Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pelo respectivo contrato coletivo empresarial.

21.3.3. Na hipótese de descredenciamento ou extinção do Termo de Credenciamento de administradora de benefícios, a manutenção, a migração ou a continuidade da relação assistencial dos beneficiários observará a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as condições do contrato coletivo empresarial e as providências cabíveis a serem adotadas pela operadora do plano e pela administradora de benefícios, conforme o caso.

21.3.4. O encerramento do Termo de Credenciamento não gerará direito a indenização à **credenciada**, ressalvadas as obrigações regularmente constituídas e os direitos assegurados aos beneficiários pela legislação aplicável.

22. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO(A)

22.1. As credenciadas obrigam-se a cumprir integralmente as disposições contidas no Edital de Credenciamento, neste Termo de Referência, no Termo de Credenciamento, no contrato coletivo empresarial, na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, na Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, e nas normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), observadas as atribuições próprias da operadora do plano e, quando houver, da administradora de benefícios.

22.2. Constituem obrigações das credenciadas, no que couber:

a) manter, durante toda a vigência do credenciamento, registro ativo e regular junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como as condições de habilitação e qualificação exigidas no procedimento de credenciamento;

- b)** disponibilizar aos beneficiários os planos privados de assistência à saúde e/ou de assistência odontológica nas condições ofertadas no credenciamento e no contrato coletivo empresarial;
- c)** manter atualizadas as informações cadastrais dos beneficiários, observadas as comunicações realizadas pela Administração Municipal e pelos próprios beneficiários;
- d)** comunicar imediatamente à Administração qualquer fato que possa comprometer a execução do objeto, a manutenção das condições de credenciamento ou a regular prestação dos serviços;
- e)** observar integralmente a Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD) e o Decreto Municipal nº 058, de 09 de maio de 2024, adotando as medidas técnicas e administrativas necessárias à proteção dos dados pessoais dos beneficiários;
- f)** responder pelos danos causados à Administração, aos beneficiários ou a terceiros decorrentes de ação ou omissão relacionada à execução do objeto, sem prejuízo das demais responsabilidades legais e contratuais;
- g)** arcar com todos os encargos trabalhistas, previdenciários, tributários, fiscais, comerciais, securitários e demais despesas decorrentes da execução do objeto;
- h)** não ceder, transferir ou subcontratar obrigações decorrentes do Termo de Credenciamento em desacordo com a legislação aplicável e com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- i)** atender às solicitações da fiscalização da Administração e prestar todas as informações e documentos necessários ao acompanhamento da execução do credenciamento;
- j)** manter, durante toda a vigência do credenciamento, as condições exigidas para sua habilitação e permanência no procedimento.

22.2.1. Constituem obrigações específicas da operadora do plano, sem prejuízo da atuação da administradora de benefícios credenciada, quando houver:

- a)** assegurar aos beneficiários as coberturas mínimas obrigatórias previstas na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e nas demais normas aplicáveis;
- b)** manter rede própria, credenciada, contratada ou referenciada compatível com a abrangência geográfica e a segmentação assistencial dos planos ofertados, observadas as normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- c)** prestar atendimento aos beneficiários dentro dos prazos máximos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- d)** comunicar previamente ao Município e aos beneficiários quaisquer alterações relevantes na rede assistencial, na forma prevista pela legislação e pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- e)** disponibilizar canais adequados de atendimento aos beneficiários para solicitação de autorizações, informações, reclamações, reembolsos e demais demandas relacionadas aos planos contratados;



f) fornecer aos beneficiários todas as informações relativas às coberturas, carências, coparticipações, franquias, reembolsos, reajustes, rede assistencial, mecanismos de regulação e demais condições do plano contratado.

22.3. As credenciadas obrigam-se a cumprir, durante toda a vigência do Termo de Credenciamento, as exigências de reserva de cargos previstas em lei para pessoas com deficiência, reabilitados da Previdência Social e aprendizes, quando aplicáveis, nos termos do art. 92, inciso XVII, da Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, mantendo a regularidade dessas condições e apresentando sua comprovação à Administração sempre que solicitada.

23. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE

23.1. Compete ao Município de Caruaru, por intermédio da Secretaria de Administração, no âmbito da Administração Direta, e das entidades da Administração Indireta participantes, no âmbito de suas respectivas competências, zelar pela legalidade, regularidade, transparência, eficiência e adequada execução do procedimento de credenciamento e dos instrumentos dele decorrentes.

23.2. Constituem obrigações do **CREDENCIANTE**, sem prejuízo de outras previstas na legislação aplicável:

a) elaborar, promover e manter publicado o Edital de Credenciamento, assegurando ampla divulgação do procedimento e a observância aos princípios da legalidade, impessoalidade, publicidade, isonomia, eficiência e interesse público;

b) receber, analisar e processar os pedidos de credenciamento, observados os requisitos estabelecidos no Edital e neste Termo de Referência;

c) celebrar os Termos de Credenciamento com as credenciadas habilitadas, observadas as condições estabelecidas neste Termo de Referência;

d) designar gestor e fiscal para acompanhar e fiscalizar a execução do credenciamento, verificando o cumprimento das obrigações assumidas pelas credenciadas;

e) disponibilizar às credenciadas as informações e orientações necessárias à adequada execução do objeto;

f) fornecer, quando necessário, as informações funcionais indispensáveis à inclusão, manutenção e exclusão dos beneficiários, observadas as disposições da Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD) e do Decreto Municipal nº 058, de 09 de maio de 2024;

g) promover, quando autorizada pelo beneficiário, a consignação em folha de pagamento das mensalidades e demais valores consignáveis, observadas a legislação municipal, as normas aplicáveis ao sistema de consignações e os instrumentos firmados no âmbito do credenciamento;

h) efetuar o repasse às credenciadas, conforme a forma de operacionalização prevista nos instrumentos firmados no âmbito do credenciamento, dos valores regularmente consignados em folha de pagamento, observadas as normas municipais aplicáveis;

i) prestar os esclarecimentos necessários à execução do credenciamento e dirimir dúvidas relacionadas ao procedimento, observados os limites de sua competência;



j) acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações assumidas pelas credenciadas, podendo solicitar informações, documentos e esclarecimentos necessários à verificação da adequada execução do objeto;

k) aplicar, quando cabíveis, as medidas administrativas e as sanções previstas na Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, no Edital e no Termo de Credenciamento;

l) comunicar às credenciadas as alterações funcionais dos beneficiários que possam repercutir na manutenção, inclusão ou exclusão dos planos, observadas as normas aplicáveis e a legislação de proteção de dados pessoais;

m) responder pelos atos praticados por seus agentes públicos no exercício de suas atribuições, não se responsabilizando pela prestação dos serviços assistenciais, pela análise e autorização de procedimentos, pela cobertura assistencial, pelos reembolsos, pela definição de reajustes ou pela execução dos contratos firmados entre os beneficiários e a operadora do plano, diretamente ou por intermédio da administradora de benefícios, quando houver, nem por danos decorrentes de ação ou omissão exclusiva das credenciadas ou de terceiros.

24. DO CONTROLE DE EXECUÇÃO

24.1. Nos termos do art. 117 da Lei nº. 14.133 de 2021, durante a vigência do Termo de Credenciamento, a execução do objeto será acompanhada pelos servidores abaixo indicados:

Órgão/Entidade	Gestor, Fiscal e Suplentes
Prefeitura - Secretaria de Administração	Gestor Titular: Sérgio Ricardo Ferreira Filho, Mat. nº 56.128-1 Gestor Suplente: Fernando Francis da Silva, Mat. nº 55.994-6 Fiscal Titular: Patrícia Monteiro Tavares de Lavôr, Mat. nº 53.752-2 Fiscal Suplente: Samya Maria Cordeiro Dantas de Souza, Mat. nº 55.998-2
Fundação de Cultura de Caruaru – FCC	Gestor Titular: Pedro Luiz Bazante Pereira– Matrícula: 000572 Fiscal Titular: Aline Fonseca de Carvalho - Matrícula: 000597 Gestor Suplente: Valdez de Arruda Guerr Silva– Matrícula: 000578 Fiscal Suplente: Alisson Júlio Lopes da Silva – Matrícula: 000.585
Autarquia de Mobilidade de Caruaru – AMC	Gestor Titular: Hemilly Polliany de Sousa, Mat. nº 100609 Gestor Suplente: Wilson Wanderley Alves Soares, Mat. nº 100622 Fiscal Titular: Rosana Bezerra Teixeira, Mat. nº 100651 Fiscal Suplente: Talyta Samara do Nascimento Silva, Mat. nº 100628
Central de Abastecimento de Caruaru – CEACA	Gestor Titular: João Vitor Leal da Rocha, Mat. nº 537 Gestor Suplente: Hugo José Gomes Rocha, Mat. nº 539 Fiscal Titular: Cleber Gabriel Torres, Mat. nº 507 Fiscal Suplente: Egildo Feliciano da Silva Junior, Mat. nº 541
Autarquia de Urbanização e Meio Ambiente de Caruaru – URB	Gestor(a) Titular: Laerte da Silva Lima - Matrícula: 000.349 Gestor(a) Suplente: Augusto Cezar Goes do Amaral - Matrícula: 000.364 Fiscal Titular: Marcilene Bezerra da Silva - Matrícula: 000.377 Fiscal Suplente: Lucivânia de Lima Dias Silva - Matrícula: 000.369
Instituto de Previdência dos Servidores	Gestor Titular: Gustavo Gonçalo de Lima, Mat. nº 2814 Gestor Suplente: Danilo Germano Freire da Silva, Mat. nº 2914



Municipais - CARUARU PREV	Fiscal Titular: Ilce Thais Medeiros de Lima, Mat. nº 2915 Fiscal Suplente: Eduarda de Santana Silva, Mat. nº 2826
Secretaria Municipal de Saúde - SMS	Gestor Titular: Taciana Angélica de Carvalho, Mat. nº 56.199-8 Gestor Suplente: Luciana Ferreira da Paz, Mat. nº 56.198-5 Fiscal Titular: Edy Viviane Silva França, Mat. nº 18.074-1 Fiscal Suplente: Fábio Eduardo Rodrigues de Lima, Mat. nº 18.053-3
Secretaria de Assistência Social e Combate à Fome - SAS	Gestor Titular: Paulo Augusto Santos Silva, Mat. nº 55.998-8 Gestor Suplente: Ronalt Pedro de Lima Ramos, Mat. nº 56.224-2 Fiscal Titular: Glaydson Antônio Barbosa de Lima, Mat. nº 55.999-7 Fiscal Suplente: Janaina Feitoza do Nascimento Carvalho, Mat. nº 56.002-9

24.2. O Gestor e o Fiscal, inclusive os suplentes, assinarão o Termo de Ciência e Responsabilidade do Servidor Designado, conforme estabelecido no Anexo I do Decreto nº 075, de 29 de setembro de 2023. A fiscalização de que trata este item não exclui, nem reduz a responsabilidade da Credenciada, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas ou vícios redibitórios, e, na ocorrência desta, não implica em corresponsabilidade da Administração ou de seus agentes e prepostos, de conformidade com o Art. 117, da Lei nº 14.133 de 2021.

24.3. As atribuições e responsabilidades dos Gestores e Fiscais do Termo de Credenciamento se encontram, pormenorizadas, respectivamente, no disposto nos arts. 16 e 18 do Decreto nº 075, de 29 de setembro de 2023, e são de pleno conhecimento dos profissionais designados.

25. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

25.1. Para a apuração de infrações e aplicação de sanções administrativas aos credenciados e contratados, no âmbito da Administração Pública direta e indireta do Município de Caruaru, serão observadas as disposições dos arts. 155 a 163 da Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, bem como as normas regulamentares previstas no Decreto Municipal nº 080, de 30 de julho de 2024.

25.2. A instauração de processo administrativo específico é obrigatória sempre que constatada a prática injustificada, pelo(a) credenciado(a) ou contratado(a), de qualquer das seguintes condutas, entre outras previstas no art. 155 da Lei nº 14.133/2021:

- I - dar causa à inexecução parcial do contrato;
- II - dar causa à inexecução parcial que cause grave dano à Administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;
- III - dar causa à inexecução total do contrato;
- IV - deixar de apresentar ou manter a documentação exigida para o credenciamento ou para a contratação;
- V - não manter as condições que ensejaram o credenciamento ou a contratação, salvo por motivo superveniente devidamente justificado;
- VI - não celebrar o contrato ou não atender à convocação da Administração, quando regularmente convocado;
- VII - ensejar o retardamento injustificado da execução do objeto;
- VIII - apresentar declaração ou documentação falsa, ou prestar declaração falsa durante o procedimento de credenciamento ou a execução contratual;
- IX - praticar ato fraudulento na execução do contrato;
- X - comportar-se de modo inidôneo;
- XI - praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos do credenciamento ou da contratação;
- XII - praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013 (Lei Anticorrupção).



25.3. Sem prejuízo das demais cominações legais, poderão ser aplicadas ao responsável pelas infrações administrativas as seguintes sanções, observados os critérios de proporcionalidade e gradação:

- I - advertência;
- II - multa;
- III - impedimento de licitar e contratar com a Administração Pública;
- IV - declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública.

25.3.1. As sanções previstas nos incisos I, III e IV poderão ser aplicadas cumulativamente com a sanção de multa, quando cabível.

25.4. O cometimento de mais de uma infração no âmbito da mesma relação contratual poderá ensejar a aplicação cumulativa das sanções cabíveis, observadas as disposições dos §§ 1º e 2º do art. 12 do Decreto Municipal nº 080, de 30 de julho de 2024.

25.5. A sanção de **advertência** será aplicada nas hipóteses previstas no art. 13 do Decreto Municipal nº 080, de 30 de julho de 2024.

25.6. A sanção de **multa** será aplicada por qualquer das infrações administrativas previstas no art. 155 da Lei nº 14.133/2021, calculada na forma prevista no Contrato ou no instrumento de formalização da contratação, observados os parâmetros estabelecidos no Decreto Municipal nº 080, de 30 de julho de 2024.

25.7. As sanções de **impedimento de licitar e contratar**, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave, serão aplicadas conforme o disposto no art. 16 do Decreto Municipal nº 080, de 30 de julho de 2024.

25.8. A sanção de **declaração de inidoneidade para licitar ou contratar** será aplicada nos termos do art. 17 do Decreto Municipal nº 080, de 30 de julho de 2024.

25.9. Se o valor da multa aplicada e das indenizações cabíveis for superior ao valor eventualmente devido pela Administração ao contratado, a diferença poderá ser cobrada administrativamente ou judicialmente, conforme o caso.

25.10. A aplicação de sanções **não exime** o infrator da obrigação de **reparação integral dos danos** causados à Administração Pública.

25.11. Havendo indícios de prática de infração administrativa tipificada pela Lei nº 12.846/2013 (Lei Anticorrupção), as peças necessárias serão encaminhadas à autoridade competente para apuração da responsabilidade, nos termos da legislação aplicável.

25.12. Nenhuma sanção será aplicada sem a prévia instauração de processo administrativo, assegurados o contraditório e a ampla defesa, nos termos da Lei nº 14.133/2021 e do Decreto Municipal nº 080, de 30 de julho de 2024.

25.13. As comunicações relativas aos processos administrativos de apuração de infrações e aplicação de sanções serão realizadas por meio do endereço eletrônico informado pelo(a) credenciado(a) no ato do credenciamento, competindo-lhe mantê-lo atualizado durante toda a vigência do credenciamento e do contrato.



26. DA VEDAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO DE EMPRESAS SOB A FORMA DE CONSÓRCIO

26.1. Não será admitida a participação de pessoas jurídicas reunidas sob a forma de consórcio, nos termos do art. 15 da Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

26.2. A vedação à participação de consórcios justifica-se pela natureza do objeto, que consiste no credenciamento de operadoras de planos privados de assistência à saúde e/ou de assistência odontológica, bem como de administradoras de benefícios, quando cabível, devidamente registradas e autorizadas perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para disponibilização de planos coletivos empresariais aos servidores públicos ativos, aposentados, pensionistas e respectivos dependentes da Administração Pública Direta e Indireta do Município de Caruaru.

26.3. A execução do objeto não demanda a conjugação de capacidades técnicas, operacionais, econômicas ou financeiras de múltiplas empresas, uma vez que cada interessada deverá comprovar, individualmente, o atendimento aos requisitos de habilitação e qualificação exigidos neste Termo de Referência, inclusive quanto à regularidade perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), à capacidade técnica e à aptidão para a disponibilização ou administração dos planos ofertados, conforme sua área de atuação.

26.4. A vedação à participação de consórcios não restringe a competitividade do procedimento, considerando a existência de operadoras e administradoras de benefícios aptas a atuar, individualmente, no mercado de saúde suplementar, em conformidade com a legislação aplicável e com a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sendo medida compatível com os princípios da eficiência, da economicidade, da celeridade, da segurança jurídica e do interesse público.

26.5. A participação individual das credenciadas contribui para a simplificação da gestão do credenciamento, da fiscalização do cumprimento das obrigações assumidas, da operacionalização da consignação em folha de pagamento e da responsabilização de cada credenciada perante a Administração Municipal e os beneficiários.

27. DA VEDAÇÃO À SUBCONTRATAÇÃO

27.1. Não será admitida a subcontratação do objeto decorrente deste credenciamento.

27.2. A vedação à subcontratação justifica-se em razão da natureza regulada do objeto, que consiste na disponibilização e, conforme o caso, na administração de planos privados de assistência à saúde e de assistência odontológica, atividade sujeita à autorização, fiscalização e controle da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nos termos da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e da regulamentação correlata.

27.3. A credenciada permanecerá integralmente responsável perante a Administração Municipal pelo cumprimento das obrigações assumidas no Termo de Credenciamento, sem prejuízo das responsabilidades próprias da operadora do plano perante os beneficiários e perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sendo vedada a transferência da execução do objeto a terceiros não credenciados, ressalvadas as hipóteses previstas neste item.

27.4. Não caracteriza subcontratação, para os fins deste Termo de Referência:

I – a utilização, pela operadora do plano, de rede própria, credenciada, contratada, cooperada ou referenciada de prestadores de serviços de saúde ou odontológicos, regularmente constituída e mantida



em conformidade com a legislação aplicável e com a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

II – a atuação, no âmbito da execução do objeto, de operadora de plano privado de assistência à saúde e/ou de assistência odontológica vinculada à administradora de benefícios credenciada, desde que a operadora esteja devidamente registrada e autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), atenda aos requisitos previstos neste Termo de Referência e permaneçam claramente delimitadas as responsabilidades da administradora de benefícios e da operadora do plano, nos termos da legislação aplicável, da regulamentação da ANS, do Termo de Credenciamento e do contrato coletivo empresarial.

27.5. Também não caracteriza subcontratação a contratação de terceiros para a execução de atividades acessórias, instrumentais ou de apoio, tais como atendimento ao usuário, tecnologia da informação, processamento de dados, auditoria, cobrança, logística ou apoio administrativo, desde que não haja transferência da responsabilidade pela execução do objeto, pela administração do plano, pela cobertura assistencial, pela rede assistencial ou pelas demais obrigações assumidas perante a Administração Municipal e os beneficiários.

27.6. O descumprimento das disposições deste item poderá ensejar a aplicação das sanções previstas neste Termo de Referência, sem prejuízo das demais medidas administrativas e legais cabíveis.

28. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

28.1. A formalização do presente credenciamento não gera despesa direta para o Município de Caruaru, razão pela qual fica dispensada a indicação de dotação orçamentária específica para sua celebração.

28.2. As mensalidades dos planos privados de assistência à saúde e de assistência odontológica, bem como as coparticipações, franquias e demais encargos decorrentes da adesão aos planos, serão integralmente custeadas pelos beneficiários, mediante desconto em folha de pagamento, quando autorizado, e posterior repasse à operadora do plano ou, quando cabível, à administradora de benefícios credenciada, na forma da legislação e da regulamentação municipal aplicáveis.

28.3. Em razão da inexistência de dispêndio de recursos públicos para custeio dos planos, o presente credenciamento não demanda reserva orçamentária, sem prejuízo da observância das normas aplicáveis à gestão das consignações em folha de pagamento.

29. DA RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO E DAS HIPÓTESES DE COBRANÇA DIRETA AO BENEFICIÁRIO

29.1. O pagamento das mensalidades, coparticipações, franquias e demais valores devidos em decorrência da adesão e da utilização dos planos privados de assistência à saúde e de assistência odontológica é de responsabilidade exclusiva do beneficiário, observado o disposto neste Termo de Referência, no contrato coletivo empresarial, nas condições do respectivo plano, na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

29.2. A cobrança das mensalidades e dos demais valores consignáveis devidos pelo beneficiário será realizada, em regra, por meio de consignação em folha de pagamento, mediante autorização expressa do beneficiário e observada a viabilidade operacional do desconto.



29.3. A operadora do plano ou, quando cabível, a administradora de benefícios credenciada poderá realizar a cobrança diretamente do beneficiário titular quando:

- I** – não houver autorização para consignação em folha de pagamento;
- II** – o desconto em folha não puder ser efetuado, total ou parcialmente, inclusive em razão de inexistência ou insuficiência de margem consignável;
- III** – houver suspensão, interrupção ou impossibilidade temporária de processamento da consignação em folha;
- IV** – ocorrer afastamento, licença, desligamento ou qualquer alteração funcional que impeça o desconto em folha;
- V** – houver falha operacional ou administrativa que inviabilize a retenção dos valores devidos; ou
- VI** – houver encerramento, suspensão ou impossibilidade de utilização da consignação por qualquer outro motivo.

29.4. Nas hipóteses previstas no subitem anterior, a cobrança direta poderá ser realizada por boleto bancário, débito autorizado ou outro meio de pagamento admitido pela legislação aplicável, pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pelo contrato coletivo empresarial.

29.5. A impossibilidade de realização do desconto em folha de pagamento, ainda que temporária, não exime o beneficiário da responsabilidade pelo pagamento integral das mensalidades, coparticipações, franquias e demais valores devidos.

29.6. Restabelecida a possibilidade de desconto em folha de pagamento e mantida a autorização do beneficiário, os valores vincendos poderão voltar a ser cobrados por esse meio, observados os procedimentos operacionais adotados pela Administração Municipal e pela credenciada responsável pela cobrança.

29.7. Na hipótese de inadimplemento, a operadora do plano ou, quando cabível, a administradora de benefícios credenciada deverá adotar os procedimentos de cobrança previstos no contrato coletivo empresarial, nas condições do respectivo plano, na regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e nas demais normas aplicáveis, assegurando ao beneficiário prévia ciência quanto às consequências do não pagamento.

29.8. Eventual suspensão, cancelamento ou exclusão do beneficiário do plano em razão de inadimplemento observará as disposições da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o contrato coletivo empresarial e as condições do respectivo plano.

29.9. O beneficiário poderá solicitar, a qualquer tempo, sua exclusão do plano contratado, observadas as condições previstas na legislação aplicável, na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no contrato coletivo empresarial e nas condições do respectivo plano, permanecendo responsável pela quitação de eventuais débitos existentes.

30. DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS E DO SIGILO DAS INFORMAÇÕES

30.1. As credenciadas deverão observar integralmente as disposições da Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD), bem como do Decreto Municipal nº 058, de 09 de maio de 2024, em todas as atividades de tratamento de dados pessoais decorrentes da execução do Termo de Credenciamento, do contrato coletivo empresarial e da

operacionalização dos planos disponibilizados aos beneficiários, inclusive quando envolverem dados pessoais sensíveis, especialmente dados relativos à saúde, nos termos da legislação aplicável.

30.2. A Administração Municipal somente compartilhará com a credenciada, observadas as respectivas competências e atribuições no âmbito da execução do objeto, os dados pessoais estritamente necessários à operacionalização dos planos, à gestão das adesões, exclusões, consignações em folha de pagamento e demais rotinas administrativas vinculadas ao credenciamento, em observância aos princípios da finalidade, adequação, necessidade, segurança, prevenção e responsabilização previstos na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

30.3. A credenciada deverá adotar medidas técnicas, administrativas e organizacionais aptas a proteger os dados pessoais, os dados pessoais sensíveis e as informações confidenciais a que tiver acesso em razão da execução do objeto, prevenindo acessos não autorizados, perda, destruição, alteração, divulgação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

30.3.1. O tratamento de dados pessoais sensíveis, especialmente aqueles relacionados à saúde dos beneficiários, deverá observar, além dos princípios gerais previstos na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), o dever de confidencialidade, a limitação de acesso aos profissionais estritamente necessários, a adoção de controles de segurança compatíveis com a criticidade das informações tratadas e a vedação de utilização para finalidades diversas da execução do objeto, ressalvadas as hipóteses autorizadas pela legislação aplicável.

30.4. É vedado à credenciada utilizar os dados pessoais obtidos em decorrência do presente credenciamento para finalidade diversa daquela relacionada à execução do objeto, à operacionalização dos planos privados de assistência à saúde e/ou de assistência odontológica e à gestão do respectivo contrato coletivo empresarial, ressalvadas as hipóteses autorizadas pela legislação aplicável ou fundadas em outra base legal prevista na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

30.5. A credenciada responderá integralmente pelos danos decorrentes do tratamento irregular de dados pessoais e do descumprimento das obrigações de sigilo e segurança da informação, sem prejuízo das sanções administrativas, civis e penais cabíveis.

30.6. Na hipótese de incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante aos titulares dos dados pessoais, a credenciada deverá comunicar o fato imediatamente à Administração Municipal, adotar todas as medidas necessárias para contenção e mitigação dos efeitos do incidente e observar as comunicações e providências exigidas pela legislação aplicável e pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), quando cabíveis.

31. DA DIVULGAÇÃO INSTITUCIONAL E DAS AÇÕES DE COMUNICAÇÃO

31.1. Qualquer ação de divulgação relacionada ao presente credenciamento, aos planos ofertados ou que utilize o nome, a marca, o brasão, logotipos, símbolos ou qualquer outro elemento de identidade visual do Município de Caruaru dependerá de autorização prévia e expressa da Administração Municipal.

31.2. As peças publicitárias, campanhas de divulgação ou quaisquer materiais institucionais deverão ser previamente submetidos à análise e aprovação da Secretaria de Administração, através da Gerência de Desenvolvimento de Pessoas, mediante encaminhamento para o endereço eletrônico escoladegoverno.caruaru@gmail.com, ou outro que venha a substituí-lo oficialmente



31.3. Os materiais e ações de comunicação deverão ser encaminhados com antecedência mínima de **15 (quinze) dias** da data prevista para sua divulgação, acompanhados das informações necessárias à análise pela Administração.

31.4. É vedada a utilização da identidade visual do Município de Caruaru de forma que possa induzir os beneficiários a erro quanto à natureza da relação jurídica existente entre a Administração Municipal e a **credenciada**, bem como quanto à inexistência de subsídio financeiro do Município aos planos ofertados.

31.5. As ações de divulgação deverão observar os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, transparência, ética, proteção de dados pessoais e veracidade das informações, sendo vedada a veiculação de conteúdo enganoso, abusivo, discriminatório ou que possa comprometer a imagem institucional do Município.

31.6. É vedada a utilização de listas, cadastros, bases de dados ou quaisquer informações disponibilizadas pela Administração Municipal para fins de prospecção comercial, marketing, publicidade ou oferta dirigida de produtos e serviços, ressalvadas as hipóteses expressamente autorizadas pela legislação aplicável e, quando exigido, pelo titular dos dados.

31.7. A Administração Municipal poderá, a qualquer tempo, determinar a suspensão, alteração ou retirada de qualquer material, ação de comunicação ou estratégia de divulgação que esteja em desacordo com este Termo de Referência, com o Edital, com o Termo de Credenciamento, com a legislação aplicável ou que possa comprometer a imagem institucional do Município.

31.8. O descumprimento das disposições deste capítulo sujeitará a **credenciada** às sanções previstas neste Termo de Referência, no Edital, no Termo de Credenciamento e na legislação aplicável.

32. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

32.1. A operacionalização dos descontos das mensalidades dos planos privados de assistência à saúde e de assistência odontológica em folha de pagamento observará a legislação municipal aplicável, bem como os instrumentos e procedimentos internos que disciplinem o sistema de consignações do Município de Caruaru e das entidades da Administração Indireta participantes, no âmbito de suas respectivas competências.

32.2. A Secretaria de Administração, no âmbito da Administração Direta, e as entidades da Administração Indireta participantes, no âmbito de suas respectivas competências, poderão solicitar, periodicamente ou sempre que necessário, informações gerenciais, relatórios estatísticos e demais dados relacionados à execução do objeto, observadas as disposições da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e o resguardo dos dados pessoais e dos dados pessoais sensíveis dos beneficiários.

32.3. As credenciadas deverão fornecer, sempre que solicitado pela Administração Municipal, as informações necessárias ao acompanhamento da execução do credenciamento, inclusive aquelas relacionadas ao quantitativo de beneficiários vinculados aos planos ofertados, à operacionalização das adesões, exclusões e consignações, resguardadas as informações protegidas por sigilo legal e pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

32.4. O credenciamento não gera direito de exclusividade, preferência, garantia de adesão mínima, volume de beneficiários ou qualquer obrigação de contratação por parte da Administração Municipal, cabendo exclusivamente aos beneficiários a escolha da operadora do plano, da administradora de



benefícios, quando cabível, e do plano de seu interesse, nos termos do art. 79, incisos I e II, da Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

32.5. As pessoas jurídicas credenciadas deverão manter, durante toda a vigência do Termo de Credenciamento, as condições de habilitação, qualificação técnica, regularidade jurídica, fiscal, trabalhista e econômico-financeira exigidas no Edital e neste Termo de Referência.

32.6. A superveniência de fato que comprometa o atendimento dos requisitos exigidos para o credenciamento deverá ser comunicada imediatamente ao Município de Caruaru, sem prejuízo da adoção das medidas administrativas cabíveis.

32.7. Os casos omissos serão decididos pela Administração Municipal, observadas as disposições da Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, da regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), da legislação municipal aplicável e das demais normas pertinentes.

Caruaru, data da assinatura eletrônica.

CECÍLIA DE FREITAS GOMES
SECRETÁRIA EXECUTIVA – EIXO I
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 0AF2-CA44-227D-2D76

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



CECÍLIA DE FREITAS GOMES (CPF 108.XXX.XXX-35) em 10/08/2026 09:56:14 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://caruaru.1doc.com.br/verificacao/0AF2-CA44-227D-2D76>