

INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2026
PROCESSO GEDOC Nº 20.14.0001.0001368/2025-44
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MATO GROSSO – UASG 926625

Torna-se público que o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MATO GROSSO**, por intermédio da **PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA**, inscrita no CNPJ nº 14.921.092/0001-57, realizará **CREDENCIAMENTO**, nos termos da [Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021](#), **Decreto Estadual 1.525/2022**, e demais legislações aplicáveis e, ainda, de acordo com as condições estabelecidas neste Edital.

1 DO OBJETO

1.1 O objeto do presente procedimento é o **CREDENCIAMENTO DE PESSOA (S) JURÍDICA (S) DEVIDAMENTE AUTORIZADA PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS PARA ATUAR COMO ADMINISTRADORA(S) DE BENEFÍCIOS OBJETIVANDO DISPONIBILIZAR PLANO (S) COLETIVO (S) EMPRESARIAL (IS) DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR DE, NO MÍNIMO, 01 (UMA) OPERADORA DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, VISANDO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL E HOSPITALAR, FISIOTERÁPICA, PSICOLÓGICA E INTERNAÇÃO, COMPREENDENDO PARTOS E TRATAMENTOS REALIZADOS NO PAÍS, COM PADRÃO DE ENFERMARIA E APARTAMENTO INDIVIDUAL, CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA, OU SIMILAR, PARA TRATAMENTO DAS DOENÇAS LISTADAS NA CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS COM A SAÚDE, DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE, NO MÍNIMO, 01 (UMA) OPERADORA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA, AOS SERVIDORES (EFETIVOS E COMISSIONADOS), MEMBROS ATIVOS, INATIVOS E DEPENDENTES VINCULADOS AO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MATO GROSSO**, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste Edital e seus anexos.

1.2 O presente credenciamento se enquadra na hipótese do art. 79, inciso I, da Lei nº 14.133/2021.

1.3 O credenciamento não obriga a administração pública a contratar.

2 DA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

2.1 Poderão participar do processo de Chamamento Público para credenciamento a (s) Administradora (s) de Benefícios que atenderem plenamente a todas as exigências constantes do Termo de Referência e seu (s) Anexos, inclusive quanto à documentação e aos requisitos de habilitação e disponibilizem no mínimo 01 (uma) operadora de planos de assistência médica, e/ou 01 (uma) operadora que assegure assistência odontológica, devidamente autorizadas pela ANS, nos termos do inciso III do art. 7º da Resolução nº 309/2025-CPJ.

A documentação apresentada e as informações registradas no presente credenciamento serão de inteira responsabilidade da pessoa jurídica interessada, que serão garantidores de sua autenticidade e veracidade, sob as penas da lei.



2.2 A contratação da pessoa jurídica através do presente credenciamento **não** gera vínculo empregatício ou estatutário, nem obrigações não especificadas no presente documento e/ou termo de referência, de qualquer natureza, inclusive previdenciárias ou trabalhistas.

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

2.4 Não poderão participar do credenciamento:

2.4.1 aquela que não atenda às condições deste Edital e seu(s) anexo(s);

2.4.2 Concordatárias ou em processo de falência, em recuperação judicial ou extrajudicial, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;

2.4.3 Que estejam impedidas de licitar e contratar com a Administração Pública ou que por esta tenham sido declaradas inidôneas;

2.4.4 aquele que mantenha vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que desempenhe função no processo de contratação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau;

2.4.5 Que estejam sob pena de interdição de direitos previstos na Lei nº. 9.605/98

2.4.6 Estrangeiras que não funcionem no País

2.4.7 Que não tenham ramo de atividade pertinente ou compatível ao objeto do presente processo de Chamamento Público inscrito no contrato social;

2.4.8 Pessoa Jurídica que dentre seus dirigentes, sócios, acionistas, responsáveis técnicos ou legais figure como funcionário, servidor ou ocupante de cargo comissionado no Ministério Público do Estado de Mato Grosso

2.5 Os impedimentos de que tratam os itens 2.5.3 e 2.5.4. serão também aplicados ao interessado que atue em substituição a outra pessoa jurídica, com o intuito de burlar a efetividade da sanção a ela aplicada, inclusive a sua controladora, controlada ou coligada, desde que devidamente comprovado o ilícito ou a utilização fraudulenta da personalidade jurídica da interessada.

3 DA MANIFESTAÇÃO DA INTENÇÃO DE SE CREDENCIAR

3.1 Os interessados encaminharão, exclusivamente por meio eletrônico ao órgão credenciante pelo e-mail protocolo.pgj@mpmt.mp.br **aos cuidados da COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**, o requerimento de participação com a indicação de sua intenção de se credenciar para a prestação dos serviços, com as seguintes informações:



3.1.1 Requerimento de credenciamento e compromisso, na forma do modelo disponível no **Anexo I-C**, datado e assinado pelo representante legal;

3.1.2 Declaração unificada (**Anexo I-D**).

3.1.2.1 A falsidade da declaração de que trata o item 3.1.2 sujeitará o interessado às sanções previstas na Lei nº 14.133, de 2021, e neste Edital.

3.1.3 Documentação exigida para habilitação prevista no item 3.2.

3.2 Para fins de habilitação, nos termos dos artigos 62 a 70 da Lei nº 14.133, de 2021, serão exigidos os documentos previstos no Termo de Referência, considerados necessários e suficientes para comprovar a capacidade da interessada em executar o objeto do credenciamento, conforme segue:

3.2.1 A licitante deverá apresentar atestado de capacidade técnica emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, idônea, estabelecida no território nacional, que comprove o fornecimento do objeto ora licitado ou de características similares e que demonstre o efetivo cumprimento do que fora estabelecido no contrato ou instrumento equivalente, conforme art. 67, III da lei 14.133/21.

3.2.2 Para comprovação da qualificação técnica, a Administradora de Benefícios deverá apresentar ainda:

a) prova de registro na ANS da Administradora de Benefícios e da(s) operadora(s) a ela vinculada(s), mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro, nos termos do inciso III do art. 7º da Resolução nº 309/2025-CPJ;

b) prova de registro na ANS do(s) plano(s) ofertado(s), necessariamente de abrangência geográfica nacional, bem como da segmentação assistencial oferecida nos termos da RN n. 465/2021 da ANS, respeitadas alterações posteriores, mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro

3.2.3 Apresentar certidão expedida pela ANS de que a (s) Administradora (s) atende às exigências de ativos garantidores, constantes da RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 514, DE 29 DE ABRIL DE 2022 E RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 521, DE 29 DE ABRIL DE 2022.

3.2.4 Termo de contrato ou congênere celebrado entre a Administradora de Benefícios e a operadora de plano de saúde, em que estejam claramente definidas as responsabilidades e se comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com a Administração Superior do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, destacando-se a impossibilidade de repasse de qualquer inadimplência dos beneficiários ao MPMT.

3.2.5 Endereço, telefone e fax do local onde mantém sede, bem como e-mail para contato com o responsável pelo credenciamento;

3.2.6 Indicação dos dias e horários de funcionamento;

3.2.7 **Sociedade empresária, sociedade limitada unipessoal – SLU:** inscrição do ato constitutivo, estatuto ou contrato social no Registro Público de Empresas Mercantis,

a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

3.2.8 Sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

3.2.9 Filial, sucursal ou agência de sociedade simples ou empresária: inscrição do ato constitutivo da filial, sucursal ou agência da sociedade simples ou empresária, respectivamente, no Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz;

3.2.10 Os documentos apresentados deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva;

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

3.2.12 Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica CNPJ;

3.2.13 Prova de inscrição no cadastro de contribuintes municipal e, quando couber, estadual, relativo ao domicílio ou sede do interessado, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto do credenciamento;

3.2.14 Prova de regularidade relativa à Seguridade Social CND;

3.2.15 Prova de regularidade com o recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) CRF;

3.2.16 Prova de regularidade trabalhista (inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943);

3.2.17 Certidão Conjunta Negativa de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal;

3.2.18 Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual;

3.2.19 Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal;

3.2.20 A regularidade será relativa ao domicílio ou sede do licitante.

3.2.21 Alvará de funcionamento expedido pelo município onde mantém a sede;

3.3 A participação no credenciamento implica a aceitação plena e irrevogável de todos os termos, itens e condições do edital, do Termo de Referência e seus Anexos, a observância dos preceitos legais e regulamentares em vigor e a responsabilidade pela veracidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados.

3.4 Os documentos exigidos para fins de habilitação poderão ser apresentados em original ou por cópia.

4 DA HABILITAÇÃO

4.1 A aprovação ou não do cadastro será informada ao interessado a partir da entrega da documentação completa, por meio de correio eletrônico, sendo que as dúvidas poderão ser esclarecidas pela Comissão de Licitação pelo seguinte endereço eletrônico comissao.contratacao@mpmt.mp.br.

4.2 Caso haja necessidade de complementação dos documentos, o interessado será comunicado por meio de correio eletrônico, com prazo de 7 (sete) dias corridos, para regularização, sob pena de indeferimento do credenciamento, sem prejuízo de novo cadastramento.

4.3 Será verificado se o interessado apresentou, sob pena de inabilitação, a declaração de que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas, em sendo o caso. **(Anexo I-D)**

4.3.1 A empresa credenciada é obrigada a ter em seus cargos beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência caso contem com 100 (cem) ou mais empregados, nos termos do art. 93, da Lei nº 8.213/91.

4.4 Somente haverá a necessidade de comprovação do preenchimento de requisitos mediante apresentação dos documentos originais não-digitais quando houver dúvida em relação à integridade do documento digital ou quando a lei expressamente o exigir.

4.5 A verificação pelo órgão credenciante, em sítios eletrônicos oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões constitui meio legal de prova, para fins de habilitação.

4.6 A Procuradoria Geral de Justiça do Estado de Mato Grosso poderá promover diligências destinadas a esclarecer informações prestadas pelos profissionais/pessoas jurídicas.

4.7 Na análise dos documentos de habilitação, o órgão credenciante poderá sanar erros ou falhas que não alterarem sua substância ou validade jurídica.

5 DOS RECURSOS

5.1 O interessado no credenciamento, cujo requerimento de inscrição tenha sido indeferido, poderá interpor recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da ciência da decisão.

5.2 Os recursos deverão ser encaminhados por meio eletrônico para e-mail protocolo.pgj@mpmt.mp.br **aos cuidados da COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO.**

5.3 O recurso será protocolado perante a Comissão de Contratação, conforme a que fara o juízo de admissibilidade e, caso não reconsidere a decisão, o encaminharão à Subprocuradoria Geral de Justiça Administrativa.

5.4 Os recursos interpostos fora do prazo não serão conhecidos.

5.5 O recurso e o pedido de reconsideração não terão efeito suspensivo.

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



5.7 Os autos do processo permanecerão com vista franqueada aos interessados no sítio eletrônico <https://mpmt.mp.br/transparencia/> , link Licitações, Edital de Credenciamento N° 001/2026.

6 DAS INFRAÇÕES ADMINISTRATIVAS E SANÇÕES

6.1 As infrações e penalidades descritas nos itens a seguir referem-se especificamente ao procedimento de credenciamento, enquanto as normas relativas à fase de execução contratual estão previstas no próprio contrato.

6.2 Comete infração administrativa, além daquelas dispostas no Termo de Referência, nos termos da lei, o interessado que, com dolo ou culpa:

6.2.1 deixar de entregar a documentação exigida para o certame ou não entregar qualquer documento que tenha sido solicitado pela comissão de contratação;

6.2.2 não celebrar o contrato ou não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade do credenciamento;

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

6.2.4 apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante o credenciamento;

6.2.5 fraudar o credenciamento;

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

6.2.6.1 agir em conluio ou em desconformidade com a lei;

6.2.6.2 induzir deliberadamente a erro no julgamento;

6.2.7 praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos do credenciamento;

6.2.8 praticar ato lesivo previsto no [art. 5º da Lei n.º 12.846, de 2013](#).

6.3 Com fulcro na [Lei nº 14.133, de 2021](#), a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos credenciados as seguintes sanções, sem prejuízo das responsabilidades civil e criminal:

6.3.1 advertência;

6.3.2 multa;

6.3.3 impedimento de licitar e contratar e

6.3.4 declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida sua reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

6.4 Na aplicação das sanções serão considerados:

6.4.1 a natureza e a gravidade da infração cometida.

- 6.4.2** as peculiaridades do caso concreto
- 6.4.3** as circunstâncias agravantes ou atenuantes
- 6.4.4** os danos que dela provierem para a Administração Pública
- 6.4.5** a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.
- 6.5** A multa será recolhida em percentual de 0,5% a 30% incidente sobre o valor do repasse do mês da ocorrência, recolhida no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da comunicação oficial.
- 6.5.1** Para as infrações previstas nos itens 6.2.1, 6.2.2 e 6.2.3, a multa será de 0,5% a 15% do valor do repasse mensal.
- 6.5.2** Para as infrações previstas nos itens 6.2.4, 6.2.5, 6.2.6, 6.2.7 e 6.2.8, a multa será de 15% a 30% do valor do repasse mensal.
- 6.6** As sanções de advertência, impedimento de licitar e contratar e declaração de inidoneidade para licitar ou contratar poderão ser aplicadas, cumulativamente ou não, à penalidade de multa.
- 6.7** Na aplicação da sanção de multa será facultada a defesa do interessado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação.
- 6.8** A sanção de impedimento de licitar e contratar será aplicada ao responsável em decorrência das infrações administrativas relacionadas nos itens 6.2.1, 6.2.2 e 6.2.3, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave, e impedirá o responsável de licitar e contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta do Estado do Mato Grosso, pelo prazo máximo de 3 (três) anos.
- 6.9** Poderá ser aplicada ao responsável a sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, em decorrência da prática das infrações dispostas nos itens 6.2.4, 6.2.5, 6.2.6, 6.2.7 e 6.2.8, bem como pelas infrações administrativas previstas nos itens 6.2.1, 6.2.2 e 6.2.3 que justifiquem a imposição de penalidade mais grave que a sanção de impedimento de licitar e contratar, cuja duração observará o prazo previsto no [art. 156, §5º, da Lei n.º 14.133/2021](#).
- 6.10** A recusa injustificada do credenciado em assinar o contrato, ou em aceitar ou retirar o instrumento equivalente no prazo estabelecido pela Administração, descrita nos itens 6.2.2 e 6.2.3, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e o sujeitará às penalidades e à imediata perda da garantia em favor do órgão ou entidade credenciante, nos termos do [art. 45, §4º da IN SEGES/ME n.º 73, de 2022](#).
- 6.11** A apuração de responsabilidade relacionadas às sanções de impedimento de licitar e contratar e de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar demandará a instauração de processo de responsabilização a ser conduzido pela Comissão Processante, que avaliará fatos e circunstâncias conhecidos e intimará o interessado para, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação, apresentar defesa escrita e especificar as provas que pretenda produzir.

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

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

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

6.15 A aplicação das sanções previstas neste edital não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral dos danos causados ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

7 DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL E DO PEDIDO DE ESCLARECIMENTO

7.1 Qualquer pessoa é parte legítima para impugnar este Edital por irregularidade ou para solicitar esclarecimento sobre os seus termos enquanto este permanecer em vigor.

7.2 A impugnação e o pedido de esclarecimento poderão ser realizados por forma eletrônica, para o e-mail comissao.contratacao@mpmt.mp.br.

7.3 A resposta à impugnação ou ao pedido de esclarecimento será divulgado por meio eletrônico no prazo de até 3 (três) dias úteis, contado da data de recebimento do pedido.

7.4 As impugnações e pedidos de esclarecimentos não suspendem os prazos previstos no certame.

7.5 Acolhida a impugnação, o edital retificado será publicado no Portal Nacional de Contratações Públicas - PNCP.

8 DA DIVULGAÇÃO DA LISTA DE CREDENCIADOS

8.1 O resultado, com a lista de credenciados relacionados de acordo com o critério estabelecido no edital, será publicado e estará permanentemente disponível e atualizado no PNCP e também estará disponível no sítio eletrônico <https://mpmt.mp.br/transparencia/>, link Licitações, Edital de Credenciamento Nº 001/2026.

9 DA CONTRATAÇÃO

9.1 Após divulgação da lista de credenciados, o órgão ou a entidade poderá convocar o credenciado para assinatura do instrumento contratual, emissão de nota de empenho de despesa, autorização de compra ou outro instrumento hábil, conforme disposto no art. 95 da Lei nº 14.133, de 2021.



9.2 A administração poderá convocar o credenciado durante todo o prazo de validade do credenciamento para assinar o termo de acordo ou outro instrumento equivalente, sob pena de decair o direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas na Lei nº 14.133, de 2021, e no edital de credenciamento.

9.3 O prazo para assinatura do instrumento de termo de acordo pelo credenciado, após convocação pela administração, será de 05 (cinco) dias úteis.

9.4 O prazo de que trata o item 9.3 poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, mediante solicitação, devidamente justificada, do credenciado durante o seu transcurso, desde que o motivo apresentado seja aceito pela administração.

9.5 Previamente à contratação, a administração deverá realizar consulta ao Sicaf para identificar possível impedimento de licitar e contratar.

9.6 O Termo de Acordo decorrente de credenciamento poderá ser alterado, observado o disposto no art. 124 da Lei nº 14.133, de 2021.

9.7 É vedado o cometimento a terceiros do objeto contratado sem autorização expressa da Administração.

10 DA ANULAÇÃO, DA REVOGAÇÃO E DO DESCRENCIAMENTO

10.1 O edital de credenciamento poderá ser anulado, a qualquer tempo, em caso de vício de legalidade, ou revogado, por motivos de conveniência e de oportunidade da administração.

10.2 Na hipótese de anulação do edital de credenciamento, os instrumentos que dele resultaram ficarão sujeitos ao disposto nos art. 147 ao art. 150 da Lei nº 14.133, de 2021.

10.3 A revogação do edital de credenciamento não repercutirá nos instrumentos já celebrados que dele resultaram.

10.4 Será realizado o descredenciamento quando houver:

- 10.4.1** pedido formalizado pelo credenciado;
- 10.4.2** perda das condições de habilitação do credenciado;
- 10.4.3** descumprimento injustificado do contrato pelo contratado; e
- 10.4.4** sanção de impedimento de licitar e contratar ou de declaração de inidoneidade superveniente ao credenciamento.

10.5 O pedido de descredenciamento de que trata o item 10.4.1 não desincumbirá o credenciado do cumprimento de eventuais contratos assumidos e das responsabilidades deles decorrentes.

10.6 Nas hipóteses previstas nos subitens 10.4.2 e 10.4.3, além do descredenciamento, deverá ser aberto processo administrativo, assegurados o contraditório e a ampla defesa, para possível aplicação de penalidade, na forma estabelecida na legislação.

10.7 Se houver a efetiva prestação de serviços, os pagamentos serão realizados normalmente, até decisão no sentido de rescisão contratual, caso o fornecedor não regularize a sua situação.



10.8 Somente por motivo de economicidade, segurança nacional ou no interesse da administração, devidamente justificado, em qualquer caso, pela autoridade máxima do órgão ou da entidade contratante, não será rescindido o contrato em execução com empresa ou profissional que estiver irregular.

11 DO PRAZO DE VIGÊNCIA DO EDITAL

11.1 O presente edital do CREDENCIAMENTO será de 60 (sessenta) meses, a contar de sua publicação, podendo ser prorrogada a critério da Administração.

12 DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

12.4 O Edital e seus anexos estão disponíveis, na íntegra, no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP) e endereço eletrônico <https://mpmt.mp.br/transparencia/>, link Licitações, Edital de Credenciamento Nº 001/2026.

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

12.5.1 ANEXO I - Termo de Referência

12.5.2 Anexo I-A – Quadro Estimativo do quantitativo de beneficiários titulares dependentes referentes aos integrantes do Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

12.5.3 Anexo I-B – Modelo de Proposta

12.5.4 Anexo I-C – Requerimento de credenciamento e compromisso

12.5.5 ANEXO I-D – Declaração Unificada

12.5.6 ANEXO II – Minuta de Termo de Acordo

Cuiabá/MT, 15 de abril de 2026

MILTON DO PRADO Assinado de forma digital
GUNTHER JUNIOR por MILTON DO PRADO
GUNTHER JUNIOR

Milton do Prado Gunthen Junior

Gerente de Licitações



ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO DETALHAMENTO DO OBJETO

1.1 Este termo de referência tem por objeto o Credenciamento de Pessoa (s) Jurídica (s) devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para atuar como Administradora(s) de Benefícios objetivando disponibilizar plano (s) coletivo (s) empresarial (is) de assistência à saúde suplementar de, no mínimo, 01 (uma) operadora de planos de assistência médica, visando a prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados no País, com padrão de enfermagem e apartamento individual, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e assistência odontológica de, no mínimo, 01 (uma) operadora de assistência odontológica, aos servidores (efetivos e comissionados), Membros ativos, inativos e dependentes vinculado ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

2. DA JUSTIFICATIVA

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

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

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

3. DA CONCEITUAÇÃO

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.29. Agrupamento de contratos: medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles.

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

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

3.32. Período de cálculo do reajuste: período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que o reajuste do agrupamento de contratos é calculado, devendo ser posterior ao fim do período de apuração da quantidade de beneficiários e anterior à data da divulgação do percentual de reajuste contida no artigo 8º da Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012.

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

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

4. DOS BENEFICIÁRIOS

4.1. Beneficiários Titulares: servidores (efetivos e comissionados), Membros ativos, inativos e dependentes vinculados ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

4.2. Beneficiários Dependentes: denominam-se dependentes:

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

4.3. A existência do dependente constante das alíneas "a" ou "b" do subitem 4.2 desobriga a assistência à saúde do dependente constante da alínea "c" daquele subitem.

4.4. O pai ou padrasto, a mãe ou madrastra, dependentes economicamente do servidor ativo e inativo, conforme declaração anual de Imposto de Renda, que constem no seu assentamento funcional, poderão ser inscritos no plano de saúde contratado, desde que o valor do custeio seja assumido pelo próprio beneficiário titular, observados os mesmos valores com ele contratados.

4.5. A Administradora de Benefícios poderá admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, com o membro ou servidor ativo ou inativo, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

4.6. É assegurada a inclusão:

4.6.1. do recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor ativo ou inativo, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento;

4.6.2. do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, ativo ou inativo, adotante.



5. DOS PLANOS A SEREM OFERTADOS

5.1. Especificação dos LOTES:

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

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

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

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

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

6. DA DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

6.1. Os serviços objeto do presente Termo de Referência deverão possuir as seguintes condições básicas:

a) Cobertura total do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, Anexo da Resolução Normativa (RN) nº 465 de 24 de fevereiro de 2021 e suas alterações, sendo este uma referência básica para cobertura assistencial mínima obrigatória.



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

6.2. Poderá ser excluída do plano assistencial, os seguintes tratamentos:

a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

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

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

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

f) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos nos incisos X e XI do art. 18, e ressalvado o disposto no art. 13 da Resolução Normativa (RN) nº 465 de 24 de fevereiro de 2021;

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

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

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

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

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

6.3. Da Urgência e Emergência

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

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

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

6.4. Da Remoção

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

a) de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.4.3. Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

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

6.4.3.2. As operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

6.4.3.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 6.4.1, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

6.4.4. Os contratos de planos privados de assistência à saúde podem conter cláusulas mais amplas do que as estabelecidas no Item 6.4.1., abrangendo, inclusive, as hipóteses contidas no Item 6.4.2.

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

6.5. DAS INTERNAÇÕES:

6.5.1. Os serviços de internação hospitalar compreenderão o seguinte:

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

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

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

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

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

f) cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos: a) crianças e adolescentes menores de 18 anos; b) idosos a partir dos 60 anos de idade; e c) pessoas com deficiência;

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

h) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação



hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

i) - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso X do art. 18 e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;

c) procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I desta RN para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos Anexos desta RN;

g) embolizações listadas nos Anexos desta RN;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

6.5.1.1. Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e nas alíneas “c”, “d”, “e” e “g” do Item 6.5.1.

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

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

6.6. DAS CONSULTAS MÉDICAS E EXAMES:

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

6.6.2. Os assuntos relativos às consultas e procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento médico serão cumpridos conforme disposto no art. 18 da Resolução Normativa nº 465/2021.

6.7. Da Assistência Obstétrica:

6.7.1. Os serviços de obstetrícia ofertados nos planos de saúde, compreenderão as fases: do pré-natal, da assistência ao parto e do puerpério, observando-se as seguintes exigências:

6.7.1.1. Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante: a) pré-parto; b) parto; e c) pós parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente;

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

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

6.8. DO PLANO ODONTOLÓGICO:

6.8.1. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo I da Resolução Normativa nº 465 de 24 de fevereiro de 2021, para a segmentação odontológica.

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

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

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

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

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

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

7.3. É voluntária a inclusão/reinclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde e/ou odontológica de que trata este Termo de Referência.

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

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

7.6. Os servidores disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da contratação da (s) Administradora (s) de Benefícios, para solicitarem a sua inclusão e do (s) seu (s) dependente (s), se for o caso, no (s) plano (s) de saúde e/ou odontológica ofertado (s), ficando isento (s) de carência para usufruírem os serviços contratados. Após este prazo, os servidores que firmarem contrato com a (s) Administradora (s), cumprirão as carências estabelecidas no subitem 11.2.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.4. Caberá ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso comunicar no prazo não superior a 05 (cinco) dias do ato que se deu o desligamento de vínculo empregatício por exoneração, demissão ou caso de morte para que a (s) Administradora (s) de Benefícios possa (m) proceder o trâmite

para verificação da continuidade ou não com o (s) planos (s) assistencial (is) juntamente com o beneficiário titular ou dependente (s).

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

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

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

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

9.1. Os servidores e seus dependentes disporão do prazo de 60 (sessenta) dias, contados da assinatura do Termo de Acordo com a (s) Administradora (s) de Benefícios, para aderirem ao (s) plano (s) de saúde, ficando isentos de qualquer carência para usufruírem os serviços contratados.

9.2. Após escoado o prazo de que trata o subitem 9.1., somente serão admitidas novas inclusões, sem qualquer carência, em casos de admissão funcional, nascimento, casamento (cônjuge) ou adoção, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias do evento;

9.3. Em caso de novas adesões decorridas após o prazo estabelecido no subitem 9.1 e 9.2, e na ocorrência de reingresso de beneficiários ao(s) plano(s) de saúde, estes deverão cumprir o prazo máximo de carência, conforme estabelecido abaixo:

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

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

- a)** consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;
- b)** consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;
- c)** consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- d)** consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
- e)** consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- f)** consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;
- g)** consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;
- h)** consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;
- i)** serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;
- j)** demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
- k)** procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
- l)** atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis; **n)** atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e
- m)** urgência e emergência: imediato.

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

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

9.4.3. Os procedimentos elencados neste Item são aqueles constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS da Resolução Normativa nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.

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

10. DO REEMBOLSO

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

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

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

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

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

11. DA COPARTICIPAÇÃO

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

11.2. A participação nos custos dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, observada a disposição contida no art. 10 da Resolução nº 309/2025-CPJ, boleto bancário ou autorização de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário.

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

12. DA PORTABILIDADE - Da Portabilidade de Carências:

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



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

12.1.2. Possuir prazo de permanência:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12.3. Não poderá haver cobrança de custas adicionais em virtude do exercício do direito previsto na Resolução Normativa nº 438 de 03 de dezembro de 2018 e suas alterações, seja pela operadora de plano de origem ou pela operadora de plano de destino.

12.4. Não poderá haver discriminação de preços de planos em virtude da utilização da regra de portabilidade de carências. Da Portabilidade Especial de Carências:

12.5. As condições e prazos previstos para a portabilidade especial de carências estão constantes na Resolução Normativa nº 438 de 03 de dezembro de 2018, e suas alterações, nas situações elencadas abaixo:

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

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

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

12.5.4. Ressalvadas as hipóteses previstas nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, os beneficiários enquadrados no § 1º do art. 3º, no inciso VII do art. 5º e no § 1º do art. 15º, todos da Resolução Normativa nº 557, de 14 de dezembro de 2022, que tiverem seu vínculo com o beneficiário titular do plano privado de assistência à saúde extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, poderão exercer a portabilidade especial de carências, no prazo de 60 (sessenta) dias a contar do término do vínculo de dependência.

13. DOS PREÇOS

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

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

14. DO REAJUSTE ANUAL

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



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

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

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

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

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

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

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

14.2. Respeitadas as disposições da legislação em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários do quadro de servidores do Ministério Público poderão ser objeto de reajuste, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora e da (s) Administradora (s), bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

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

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

15. DO RECURSO E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

15.1. Inexiste a indicação e destaque de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, a ser repassado diretamente para a (s) Administradora(s) de Benefícios credenciada (s), considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência médica e/ou odontológica é de responsabilidade **exclusiva do servidor**, que optar por aderir a qualquer do (s) plano (s) disponibilizado (s) pela

(s) operadora (s) conveniada (s) a (s) administradora (s) credenciada (s).

15.2. A participação nos custos dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, observada a disposição contida no art. 10 da Resolução nº 309/2025-CPJ, boleto bancário ou autorização de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário.

15.3. Não caberá qualquer ônus ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso, tendo em vista que a responsabilidade pelo pagamento cabe tão somente ao beneficiário do (s) plano (s), optante pela adesão.

16. DA DESCRIÇÃO DA CONTRATAÇÃO

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

17. DAS CONDIÇÕES PARA HABILITAÇÃO

17.1. Poderão participar do processo de Chamamento Público para credenciamento a (s) Administradora (s) de Benefícios que atenderem plenamente a todas as exigências constantes deste Termo de Referência e seu (s) Anexos, inclusive quanto à documentação e aos requisitos de habilitação e disponibilizem no mínimo 01 (uma) operadora de planos de assistência médica, e/ou 01 (uma) operadora que assegure assistência odontológica, devidamente autorizadas pela ANS, nos termos do inciso III do art. 7º da Resolução nº 309/2025-CPJ;

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

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



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

18. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

18.1. Compete a comissão de contratação examinar e julgar os documentos de habilitação de acordo com Decreto Estadual nº 1.525, de 23 de novembro de 2022 c/c arts. 62 a 70 da Lei nº 14.133, de 2021 e no Termo de Referência, necessários e suficientes para demonstrar a capacidade do interessado de realizar o objeto do credenciamento,

18.2 Para efetivação do termo de adesão a Administração procederá a análise da regularidade fiscal e trabalhista das empresas participantes, conforme previsão do artigo 91, § 4º da Lei nº 14.133/21.

18.3 DA CAPACIDADE TÉCNICA

18.3.1 A licitante deverá apresentar atestado de capacidade técnica emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, idônea, estabelecida no território nacional, que comprove o fornecimento do objeto ora licitado ou de características similares e que demonstre o efetivo cumprimento do que fora estabelecido no contrato ou instrumento equivalente, conforme art. 67, III da lei 14.133/21.

18.3.2 Para comprovação da qualificação técnica, a Administradora de Benefícios deverá apresentar ainda:

- a) prova de registro na ANS da Administradora de Benefícios e da(s) operadora(s) a ela vinculada(s), mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro, nos termos do inciso III do art. 7º da Resolução nº 309/2025-CPJ;
- b) prova de registro na ANS do(s) plano(s) ofertado(s), necessariamente de abrangência geográfica nacional, bem como da segmentação assistencial oferecida nos termos da RN

n. 465/2021 da ANS, respeitadas alterações posteriores, mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro.

18.3.3 Apresentar certidão expedida pela ANS de que a (s) Administradora (s) atende às exigências de ativos garantidores, constantes da RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 514, DE 29 DE ABRIL DE 2022 E RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 521, DE 29 DE ABRIL DE 2022

19. OBRIGAÇÕES DA EMPRESA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

19.1. Apresentar aos Beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, no mínimo 01 (uma) operadora de planos de assistência médica e/ou 01 (uma) de assistência odontológica devidamente registrada na ANS;

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

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

19.4. Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica e/ou odontológica junto aos beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

19.5. Orientar os beneficiários a respeito do Termo de Referência, bem como Termo de Acordo específico que vier a ser firmado;

19.6. Exigir dos beneficiários documentos que comprove seu vínculo junto ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;

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

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

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

19.10. Negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos, posteriormente, requerendo anuência da Administração Superior do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, para então comunicar os beneficiários, na forma da legislação vigente;

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

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

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

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

19.15. Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Fiscalização do Termo de Acordo, com os seguintes dados:

I – Perfil Demográfico da Carteira;

II – Relatório de sinistralidade;

III – Indicadores sobre a Utilização:

a) Beneficiários;

b) Prestadores.

IV – Casos Crônicos e de Risco:

a) Identificação de casos Crônicos;

b) Descrição das Patologias;

c) Parecer Médico.

19.16. Encaminhar toda minuta/modelo de contrato de plano (s) assistencial (is) a ser assinado com beneficiário titular para análise e anuência pela Administração Superior do Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

19.17. É vedado à (s) Administradora (s) de Benefícios, transferir a terceiros total ou parcialmente a oferta de planos (s) de saúde e odontológico, decorrente do objeto do Termo de Acordo, celebrado junto ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

20. OBRIGAÇÕES DA OPERADORA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

20.1. Caberá à (s) Operadora (s) de assistência médica contratada (s) pela (s) Administradora (s) de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei n.º. 9.656/98, e da Resolução Normativa n.º. 465/2021, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados.

20.2. Oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;

20.3. Efetuar o pagamento de reembolso na forma descrita no item 12, deste Termo de Referência.

20.4. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços de assistência à saúde aos beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso;

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

20.6. Fornecer, gratuitamente, aos beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, a primeira via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;

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

20.7. Fornecer, gratuitamente, aos beneficiários da Ministério Público do Estado de Mato Grosso, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos) e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pela (s) Operadora (s) contratada (s) pela (s) empresa (s) Administradora (s) de Benefícios, por meio físico ou virtual;

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

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

20.10. Manter a rede de atendimento credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta, e, caso haja descredenciamento de qualquer profissional, hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou centro radiológico, credencial outro de mesmo porte e com a mesma capacitação técnica, abrangência e número de leitos, submetendo o credenciamento à prévia aprovação da (s) Administradora (s) de Benefícios, observados os parâmetros delineados pelo Art. 17 da Lei Federal 9.656/1998;

20.11. Assegurar aos beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, sempre que houver indisponibilidade de leito nos hospitais ou Clínicas próprios ou credenciados da Operadora (s) de Plano (s) de Saúde, acomodação em outro estabelecimento de qualidade igual ou superior, sem ônus adicional.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20.23. Deverá a (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde observar, também, o seguinte: a) é expressamente proibida a veiculação de publicidade acerca do contrato, salvo se houver prévia autorização da Administração. b) é vedado a subcontratação para a prestação dos serviços ao objeto deste processo.

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

20.25. A (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde deverá ainda, garantir a migração e adaptação de planos de saúde conforme o disposto na Resolução Normativa nº 254, de 05 de maio de 2011, bem como de portabilidade de carências estabelecida na Resolução Normativa nº 438, de 03 de dezembro de 2018, e suas alterações.

21. DAS OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

21.1. Caberá às Operadora(s) odontológica (s) conveniada (s) pela (s) Administradora (s) de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, da Resolução Normativa nº 465/2021 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, alterações posteriores e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados;

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

21.3. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial;

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

21.5. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência odontológica por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras os seguintes documentos:

- a)** Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do estabelecimento e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- b)** Recibos de pagamento dos honorários odontológicos;
- c)** Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento; e
- d)** Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

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

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

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

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

22. OBRIGAÇÕES DO MINISTÉRIO PÚBLICO

22.1. Comunicar à (s) Administradora (s) credenciada (s) a exoneração/demissão dos servidores da Ministério Público do Estado de Mato Grosso, no prazo máximo de 05 (cinco) dias a partir do desligamento dos mesmos, para que a (s) Administradora (s) credenciada possa proceder, se for o caso, sua exclusão e a de seus dependentes do plano contratado. A exclusão e as condições respeitarão os prazos estabelecidos neste Termo de Referência.

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

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



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

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

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

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

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

23. DO PRAZO DE VIGÊNCIA

23.1. O prazo de vigência do **CREDENCIAMENTO** será de 60 (sessenta) meses, a contar da data da publicação do seu edital.

23.2. O prazo de vigência do **Termo de Acordo** será de 12 (doze) meses, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por mútuo acordo entre as partes, mediante termo aditivo, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses.

24. DO PAGAMENTO

24.1. Não haverá qualquer pagamento Ministério Público do Estado de Mato Grosso à (s) Administradora (s) de Benefícios, ficando a (s) Administradora (s) de Benefícios responsável pela cobrança aos beneficiários do valor da mensalidade do plano de saúde e/ou plano odontológico escolhido (s), que se dará mediante consignação em folha de pagamento, observada a disposição contida no art. 10 da Resolução nº 309/2025-CPJ, boleto bancário ou autorização de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário.

24.1.1. Nos casos de desligamento de vínculo empregatício do servidor, titular do benefício, por exoneração, demissão ou morte, com o Ministério Público do Estado de Mato Grosso, será realizado o pagamento tão somente por meio de boleto bancário, ficando o beneficiário responsável pelo pagamento integral do plano perante a (s) Administradora (s) de Benefícios.

24.2. O credenciamento não obriga a administração pública a contratar aos pressupostos para enquadramento na contratação direta, por inexigibilidade, conforme previsto no inciso IV do caput do art. 74 da Lei nº 14.133, de 2021.

25. DA RESCISÃO DO TERMO DE ACORDO

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

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

25. DAS SANÇÕES/PENALIDADES

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

25.2. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, a (s) Administradora (s) de Benefícios, assegurado o contraditório e a ampla defesa, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 14.133/2021, sem prejuízo de outras:

a) advertência por escrito;

b) multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados à (s) operadora (s), do Plano de Saúde, por ventura, inadimplente (s), indicada (s) pela (s) Administradora (s) de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;

c) multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculado à (s) operadora (s) do Plano de Saúde indicada (s) pela (s) Administradora (s) de Benefícios credenciada (s), no caso de inexecução total dos serviços;

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

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



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

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

25.4. São causas de credenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no presente Termo de Referência, no Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação aos Beneficiários e ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso, apuradas em processo administrativo.

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

25.6. Se a (s) Credenciada (s) não proceder ao recolhimento da multa no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação por parte do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, o valor será encaminhado para inscrição em Dívida Ativa e execução pela Procuradoria Geral do Município. Do ato que aplicar penalidade caberá recurso, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da ciência da notificação, podendo a Administração reconsiderar sua decisão ou nesse prazo encaminhá-la devidamente informada para a apreciação e decisão superior, dentro do mesmo prazo.

25.7. As penalidades pecuniárias a que se referem às cláusulas anteriores poderão ser cobradas administrativamente ou judicialmente, aplicando-se subsidiariamente as normas previstas na Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

26. DA MODALIDADE DE LICITAÇÃO

Procedimento auxiliar de credenciamento, nos termos do art. 79 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021 c/c 156 do Decreto Estadual nº 1.525, de 23 de novembro de 2022.

27. DA FISCALIZAÇÃO E DO ACOMPANHAMENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

28. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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



29. DA PROPOSTA

29.1. A proposta deverá ser apresentada conforme o modelo e orientações descritas no Anexo I deste Termo de Referência,

30. DA LEGISLAÇÃO BÁSICA APLICÁVEL

30.1. Aplicam-se às situações decorrentes da execução do objeto constante do presente Termo de Referência as disposições contidas nas Leis Federais nº 14.133/2021, com suas respectivas atualizações, no Código Civil, Código de Defesa do Consumidor e demais leis aplicáveis a Licitações e Contratos.

Cuiabá – MT, 11 de março de 2026.

Fabiana Natalia dos Santos Dias

Chefe do Departamento de Gestão de Pessoas



ANEXO I-A

QUADRO ESTIMATIVO DO QUANTITATIVO DE BENEFICIÁRIOS TITULARES E BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES REFERENTE AOS INTEGRANTES DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MATO GROSSO

FAIXA ETÁRIA	TITULAR		DEPENDENTES		SUBTOTAL
	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	
De 0 a 18 anos	4	3	3	3	13
De 19 a 23 anos	9	2	2	1	14
De 24 a 28 anos	154	71	0	0	225
De 29 a 33 anos	169	76	0	0	245
De 34 a 38 anos	161	93	0	0	254
De 39 a 43 anos	121	127	1	0	249
De 44 a 48 anos	112	97	2	0	211
De 49 a 53 anos	61	66	2	0	129
De 54 a 58 anos	33	36	3	0	72
59 anos em diante	94	80	52	34	260
SUB TOTAL	918	651	65	38	
TOTAL GERAL	1.569		103		1.672



ANEXO I-B

MODELO DE PROPOSTA

LOTE 01- PLANO ASSISTENCIAL MÉDICO														
FAIXA ETÁRIA	QTD ESTIMADA DE BENEFICIÁRIOS (TITULARES E DEPENDENTES)		ABRANGÊNCIA NACIONAL				ABRANGÊNCIA ESTADUAL				ABRANGÊNCIA REGIONAL			
			ENFER-MARIA		APARTA-MENTO		ENFER-MARIA		APARTA-MENTO		ENFER-MARIA		APARTA-MENTO	
	mulheres	homens												
De 0 a 18 anos	7	6												
De 19 a 23 anos	11	3												
De 24 a 28 anos	154	71												
De 29 a 33 anos	169	76												
De 34 a 38 anos	161	93												
De 39 a 43 anos	122	127												
De 44 a 48 anos	114	97												
De 49 a 53 anos	63	66												
De 54 a 58 anos	36	36												
59 anos em diante	146	114												
Sub total	983	689												



LOTE 02- PLANO ASSISTENCIAL ODONTOLÓGICO														
FAIXA ETÁRIA	QTD ESTIMADA DE BENEFICIÁRIOS (TITULARES E DEPENDENTES)		ABRANGÊNCIA NACIONAL				ABRANGÊNCIA ESTADUAL				ABRANGÊNCIA REGIONAL			
			ENFER-MARIA		APARTAMENTO		ENFER-MARIA		APARTAMENTO		ENFER-MARIA		APARTAMENTO	
	mulheres	homens												
De 0 a 18 anos	7	6												
De 19 a 23 anos	11	3												
De 24 a 28 anos	154	71												
De 29 a 33 anos	169	76												
De 34 a 38 anos	161	93												
De 39 a 43 anos	122	127												
De 44 a 48 anos	114	97												
De 49 a 53 anos	63	66												
De 54 a 58 anos	36	36												
59 anos em diante	146	114												
Sub total	983	689												

ANEXO I-C

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO E COMPROMISSO

Dados do profissional/pessoa jurídica			
Nome Completo/Razão Social			
Sigla (no caso de pessoa jurídica)		CNPJ	
Logradouro		Nº	Complemento
CEP	Bairro/Distrito	Município	UF
Telefone(s)		Celular(es)	
E-mail(s)		Área técnica de atuação	
Responsável técnico pela pessoa jurídica			
Nome			
Presidente(s)/ Diretor (es)/ Sócio (s):			
Nome		CPF	
Nome		CPF	
Requerimento de Credenciamento:			
Solicito(amos) o credenciamento no Edital 0XX/2026 da pessoa jurídica acima identificada junto à Procuradoria Geral de Justiça.			
Assumo(imos) desde já o compromisso de observar todas as exigências previstas no edital deste Credenciamento caso seja deferido o requerimento.			
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Credenciado(a)			

ANEXO I-D

DECLARAÇÃO UNIFICADA

A Credenciada {escrever o nome ou a razão social}, inscrita no CNPJ n. {escrever o número do documento CNPJ}, ora responsável ou por seu representante legal, interessada em participar do CREDENCIAMENTO Nº 001/2026, promovido pelo Ministério Público do Estado de Mato Grosso, DECLARA, sob as penas da Lei 14.133/2021 e demais leis aplicáveis ao caso, que:

- a)** está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no instrumento convocatório;
- b)** não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º, XXXIII, da Constituição;
- c)** não possui empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal;
- d)** cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.
- e)** Nos termos da Resolução nº 37, de 28 de abril de 2009, do Conselho Nacional do Ministério Público, para fins de contratação de prestação de serviços junto ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso, DECLARO que os sócios desta empresa, bem como seus gerentes e diretores não são cônjuges, companheiros(as) ou parentes, até o terceiro grau, inclusive, de membros do Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

Local e data (assinatura)

(nome do representante legal)



ANEXO III

TERMO DE ACORDO Nº XXX/2026

Edital de Credenciamento nº 00X/2026

Processo Administrativo nº 20.14.0001.0001368/2025-44

Pelo presente instrumento, o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MATO GROSSO**, por intermédio da **PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA – PGJ**, inscrita no CNPJ/MF pelo nº 14.921.092/0001-57, com sede na Rua Procurador Carlos Antônio de Almeida Melo, Quadra 11, nº 237, Centro Político e Administrativo – CPA, CEP: 78.049-921, em Cuiabá/MT, doravante denominada apenas por **CREDENCIANTE**, representada neste ato pela sua Excelentíssima Senhora Subprocuradora-Geral de Justiça Administrativa, _____, inscrita no CPF/MT sob o nº _____, residente e domiciliada em _____, no uso das funções conferidas pela Portaria _____, e a empresa _____, inscrita no CNPJ/MF sob o nº _____, e Inscrição Estadual nº _____, com sede na _____, telefone (DDD) _____, e-mail _____, doravante denominada apenas por **CREDENCIADA**, representada neste ato pelo seu _____, Sr. _____, inscrito no CPF/MF sob o nº _____, residente e domiciliado em _____, e considerando o pressuposto autorizativo para a Inexigibilidade de Licitação – Edital de Credenciamento nº XX/202X, constante nos autos do Processo Gedoc PGJ/MT nº 20.14.0001.0001368/2025-44, sujeitando-se aos princípios e as exigências da Lei 14.133/21, Decreto Estadual 1.525/2022 e atualizações posteriores e demais legislações aplicáveis **RESOLVEM** celebrar o presente **TERMO DE ACORDO**, mediante as cláusulas e condições a seguir relacionadas.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Credenciamento de pessoas jurídicas interessados em prestar serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados no País, com padrão de enfermaria e apartamento individual, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e assistência odontológica de, no mínimo, 01 (uma) operadora de assistência odontológica, aos servidores (efetivos e comissionados), Membros ativos, inativos e dependentes vinculados ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO AMPARO LEGAL E DA SUJEIÇÃO ÀS NORMAS LEGAIS E CONTRATUAIS

2.1. Aplicam-se às situações decorrentes da execução do objeto deste Termo de Acordo, as disposições contidas nas Leis Federais nº 14.133/2021 e Decreto Estadual 1.525/2022 com suas respectivas atualizações, no Código Civil, Código de Defesa do Consumidor e demais leis aplicáveis a Licitações e Contratos Administrativos, além das normativas específicas aplicáveis ao



caso, e cláusulas deste instrumento.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS DOCUMENTOS APLICÁVEIS

3.1. Fazem parte integrante deste Termo de Acordo, independentemente de sua transcrição, a documentação habilitatória apresentada pelo CREDENCIADO, a inexigibilidade de licitação, nos termos do artigo 74, IV c/c artigo 78, I, c/c art. 79, I, da Lei 14.133/2021, e os demais elementos constantes do Processo Gedoc PGJ/MT n.º. 20.14.0001.0001368/2025-44.

CLÁUSULA QUARTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

4.1. O presente Instrumento terá vigência de **12 (doze meses)**, contados da última assinatura, podendo ser prorrogado por mútuo acordo entre as partes, mediante termo aditivo, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses.

CLÁUSULA QUINTA – DA PROPOSTA DE PREÇOS E DO REAJUSTE

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

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

5.2. Os valores mensais aplicáveis aos membros e servidores desta Instituição ficam expressamente vinculados à proposta de preços apresentada pela Credenciada quando de seu credenciamento, integrando este Termo para todos os fins de direito. Tais valores obrigam a Credenciada durante toda a vigência do presente ajuste, vedada qualquer alteração unilateral, ressalvadas as hipóteses legalmente previstas e previamente autorizadas pela Instituição.

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

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

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

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

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

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

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

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

5.11. Respeitadas as disposições da legislação em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários do quadro de servidores do Ministério Público poderão ser objeto de reajuste, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora e da (s) Administradora (s), bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

5.12. Qualquer reajuste a ser aplicado no (s) contrato (s) de plano (s) de saúde e/ou odontológica pela (s) Administradora (s) de Benefícios, deverão ser devidamente justificadas e demonstradas a necessidade da aplicação do reajuste, sendo que só poderá executá-lo mediante anuência da Administração Superior do Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

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

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

6.1. Inexiste a indicação e destaque de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, a ser repassado diretamente para a (s) Administradora(s) de Benefícios credenciada (s), considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência médica e/ou odontológica é de **responsabilidade exclusiva do servidor**, que



optar por aderir a qualquer do (s) plano (s) disponibilizado (s) pela(s) operadora (s) conveniada (s) a (s) administradora (s) credenciada (s).

6.2. A participação nos custos dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, observada a disposição contida no art. 10 da Resolução nº 309/2025-CPJ, boleto bancário ou autorização de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário.

6.3. Não caberá qualquer ônus ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso, tendo em vista que a responsabilidade pelo pagamento cabe tão somente ao beneficiário do (s) plano (s), optante pela adesão.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA DESCRIÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS, DOS PRAZOS DE CARÊNCIA, ATENDIMENTO DOS PLANO, DO REEMBOLSO, DA COOPARTIÇÃO E DA PORTABILIDADE

7.1. Os serviços objeto do Termo de Referência deverão possuir as seguintes condições básicas:

a) Cobertura total do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, Anexo da Resolução Normativa (RN) nº 465 de 24 de fevereiro de 2021 e suas alterações, sendo este uma referência básica para cobertura assistencial mínima obrigatória.

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

7.2. Poderá ser excluída do plano assistencial, os seguintes tratamentos:

a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

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

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

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

- f)** fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos nos incisos X e XI do art. 18, e ressalvado o disposto no art. 13 da Resolução Normativa (RN) nº 465 de 24 de fevereiro de 2021;
- g)** Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;
- h)** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- i)** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- j)** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e
- k)** Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

7.3. Da Urgência e Emergência

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

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

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

7.4. Da Remoção

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



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

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

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

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

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

7.4.3. Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

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

7.4.3.2. As operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

7.4.3.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 7.4.1, deste Termo de Acordo, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

7.4.4. Os contratos de planos privados de assistência à saúde podem conter cláusulas mais amplas do que as estabelecidas no Item 7.4.1 deste Termo de Acordo, abrangendo, inclusive, as hipóteses contidas no Item 7.4.2, deste Termo de Acordo.

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

7.5. DAS INTERNAÇÕES:

7.5.1. Os serviços de internação hospitalar compreenderão o seguinte:

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



- b)** cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- c)** cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- d)** cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- e)** cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
- f)** cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos: a) crianças e adolescentes menores de 18 anos; b) idosos a partir dos 60 anos de idade; e c) pessoas com deficiência;
- g)** cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar;
- h)** cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
- i)** cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- a-** Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
 - b-** quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso X do art. 18 e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
 - c-** procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I desta RN para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - d-** Hemoterapia;

e- Nutrição parenteral ou enteral;

f- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos Anexos desta RN;

g- Embolizações listadas nos Anexos desta RN;

h- Radiologia intervencionista;

i- exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

7.5.1.1. Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e nas alíneas “c”, “d”, “e” e “g” do Item 7.5.1, deste Termo de Acordo.

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

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

7.6. DAS CONSULTAS MÉDICAS E EXAMES:

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

7.6.2. Os assuntos relativos às consultas e procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento médico serão cumpridos conforme disposto no art. 18 da Resolução Normativa nº 465/2021.

7.7. DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA:

7.7.1. Os serviços de obstetrícia ofertados nos planos de saúde, compreenderão as fases: do pré-natal, da assistência ao parto e do puerpério, observando-se as seguintes exigências:

7.7.1.1. Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante: a) pré-parto; b) parto; e c) pós parto imediato por 48 horas, salvo contraindicação do médico ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente;



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

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

7.8. DO PLANO ODONTOLÓGICO:

7.8.1. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo I da Resolução Normativa nº 465 de 24 de fevereiro de 2021, para a segmentação odontológica.

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

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

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

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

7.9.1. A inclusão e reinclusão dos servidores especificados no Termo de Referência (Anexo I, do credenciamento), e seus dependentes, far-se-á a pedido do interessado em aderir ao plano de saúde e/ou odontológica, mediante assinatura em documento próprio e apresentação de documentação pertinente.

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

7.9.3. É voluntária a inclusão/reinclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde e/ou odontológica de que trata no Termo de Referência - Anexo I, do credenciamento.

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

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

7.9.6. Os servidores disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da contratação da (s) Administradora (s) de Benefícios, para solicitarem a sua inclusão e do (s) seu (s) dependente (s), se for o caso, no (s) plano (s) de saúde e/ou odontológica ofertado (s), ficando isento (s) de carência para usufruírem os serviços contratados. Após este prazo, os servidores que firmarem contrato com a (s) Administradora (s), cumprirão as carências estabelecidas no subitem 11.2, do termo de referência – Anexo I do credenciamento.

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

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

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

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

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

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

- a)** Pela perda da condição de dependência;
- b)** A pedido do Beneficiário Titular;
- c)** Por fraude ou inadimplência do Beneficiário Titular;



d) Em caso de rescisão do Termo de Acordo e,

e) Fim do prazo do Termo de Acordo sem que tenha acontecido a renovação.

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

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

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

7.10.3. As respectivas carteiras de identificação para a utilização dos planos previstos no Termo de Referência - Anexo I, do Credenciamento, deverão ser devolvidas à (s) Administradora (s) de Benefícios, no ato de sua exclusão, respondendo o Beneficiário Titular por todos os valores, custos e despesas decorrentes da utilização indevida de carteira não devolvida e/ou vencida;

7.10.4. Caberá ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso comunicar no prazo não superior a 05 (cinco) dias do ato que se deu o desligamento de vínculo empregatício por exoneração, demissão ou caso de morte para que a (s) Administradora (s) de Benefícios possa (m) proceder o trâmite para verificação da continuidade ou não com o (s) planos (s) assistencial (is) com o beneficiário titular ou dependente (s).

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

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

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

21º ao 30º dia	A partir do primeiro dia do 2º mês subsequente
----------------	--

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

7.11.1. Os servidores e seus dependentes disporão do prazo de 60 (sessenta) dias, contados da assinatura do Termo de Acordo com a (s) Administradora (s) de Benefícios, para aderirem ao (s) plano (s) de saúde, ficando isentos de qualquer carência para usufruírem os serviços contratados.

7.11.2. Após escoado o prazo de que trata o subitem 7.11.1, deste Termo de Acordo, somente serão admitidas novas inclusões, sem qualquer carência, em casos de admissão funcional, nascimento, casamento (cônjuge) ou adoção, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias do evento;

7.11.3. Em caso de novas adesões decorridas após o prazo estabelecido no subitem 7.11.1 e 7.11.2, deste Termo de Acordo, e na ocorrência de reingresso de beneficiários ao(s) plano(s) de saúde, estes deverão cumprir o prazo máximo de carência, conforme estabelecido abaixo:

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

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

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

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

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

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

7.11.4.3. Os procedimentos elencados neste Item são aqueles constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS da Resolução Normativa nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.

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

7.12. DO REEMBOLSO

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



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

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

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

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

7.13. DA COPARTICIPAÇÃO

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

7.13.2. A participação nos custos dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, observada a disposição contida no art. 10 da Resolução nº 309/2025-CPJ, boleto bancário ou autorização de débito em conta-corrente indicada no ato de adesão do beneficiário.

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

7.14. DA PORTABILIDADE - DA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS:

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

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

7.14.1.2. Possuir prazo de permanência:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.14.3. Não poderá haver cobrança de custas adicionais em virtude do exercício do direito previsto na Resolução Normativa nº 438 de 03 de dezembro de 2018 e suas alterações, seja pela operadora de plano de origem ou pela operadora de plano de destino.

7.14.4. Não poderá haver discriminação de preços de planos em virtude da utilização da regra de portabilidade de carências. Da Portabilidade Especial de Carências:

7.14.4.1. As condições e prazos previstos para a portabilidade especial de carências estão constantes na Resolução Normativa nº 438 de 03 de dezembro de 2018, e suas alterações, nas situações elencadas abaixo:

7.14.4.1.1. No curso de processo administrativo referente ao regime especial de Direção Fiscal ou Direção Técnica, ou nos casos de cancelamento compulsório do registro de operadora ou de Liquidação Extrajudicial sem regime especial prévio, após o insucesso da transferência compulsória de carteira, a Diretoria Colegiada pode, a seu critério, expedir Resolução Operacional fixando prazo de

até 60 (sessenta) dias, prorrogáveis, para que os beneficiários da carteira da operadora a ser liquidada exerçam a portabilidade especial de carências para plano de saúde de outra operadora.

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

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

7.14.4.1.4. Ressalvadas as hipóteses previstas nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, os beneficiários enquadrados no § 1º do art. 3º, no inciso VII do art. 5º e no § 1º do art. 15º, todos da Resolução Normativa nº 557, de 14 de dezembro de 2022, que tiverem seu vínculo com o beneficiário titular do plano privado de assistência à saúde extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, poderão exercer a portabilidade especial de carências, no prazo de 60 (sessenta) dias a contar do término do vínculo de dependência.

CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS E CREDENCIANTE

8.1. São obrigações da EMPRESA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

8.1.1. Apresentar aos Beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, no mínimo 01 (uma) operadora de planos de assistência médica e/ou 01 (uma) de assistência odontológica devidamente registrada na ANS;

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

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



- 8.1.4.** Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica e/ou odontológica junto aos beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso.
- 8.1.5.** Orientar os beneficiários a respeito do Termo de Referência, bem como Termo de Acordo específico que vier a ser firmado;
- 8.1.6.** Exigir dos beneficiários documentos que comprove seu vínculo junto ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;
- 8.1.7.** Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;
- 8.1.8.** Acompanhar a prestação dos serviços das operadoras estipuladas, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- 8.1.9.** Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica e/ou odontológico, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada no Termo de Referência e na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;
- 8.1.10.** Negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos, posteriormente, requerendo anuência da Administração Superior do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, para então comunicar os beneficiários, na forma da legislação vigente;
- 8.1.11.** Encaminhar com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data estimada para aplicação do reajuste no (s) contrato (s) de plano (s) assistencial (is), a proposta de reajuste contendo base de cálculo com devida justificativa do motivo da tal necessidade.
- 8.1.12.** A (s) administradora (s) de benefícios credenciada (s) deverá (ão) zelar pelo sigilo das informações assistenciais, devendo comprovar que possui (em) profissional técnico habilitado, observando o que dispõe a Resolução Normativa nº 255/2011;
- 8.1.13.** Manter, enquanto durar o ajuste, todas as condições que ensejaram o credenciamento, particularmente ao que se refere à atualização de documentos e as condições exigidas por ocasião da realização de inspeções;
- 8.1.14.** Comunicar o gestor deste instrumento, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços;
- 8.1.15.** Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Fiscalização do Termo de Acordo, com os seguintes dados:

I – Perfil Demográfico da Carteira;



II – Relatório de sinistralidade;

III – Indicadores sobre a Utilização:

a) Beneficiários;

b) Prestadores.

IV – Casos Crônicos e de Risco:

a) Identificação de casos Crônicos;

b) Descrição das Patologias;

c) Parecer Médico.

8.1.16. Encaminhar toda minuta/modelo de contrato de plano (s) assistencial (is) a ser assinado com beneficiário titular para análise e anuência pela Administração Superior do Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

8.1.17. É vedado à (s) Administradora (s) de Benefícios, transferir a terceiro total ou parcialmente a oferta de planos (s) de saúde e odontológico, decorrente do objeto do Termo de Acordo, celebrado junto ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

8.2. São obrigações da OPERADORA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA:

8.2.1. Caberá à (s) Operadora (s) de assistência médica contratada (s) pela (s) Administradora (s) de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei nº. 9.656/98, e da Resolução Normativa nº. 465/2021, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados.

8.2.2. Oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;

8.2.3. Efetuar o pagamento de reembolso na forma descrita no item 12, do Termo de Referência – Anexo I, do Credenciamento;

8.2.4. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços de assistência à saúde aos beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso;

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

8.2.6. Fornecer, gratuitamente, aos beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, a primeira via da carteira de identificação personalizada, que será usada



exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;

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

8.2.7. Fornecer, gratuitamente, aos beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos) e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pela (s) Operadora (s) contratada (s) pela (s) empresa (s) Administradora (s) de Benefícios, por meio físico ou virtual;

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

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

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

8.2.11. Assegurar aos beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, sempre que houver indisponibilidade de leito nos hospitais ou Clínicas próprios ou credenciados da Operadora (s) de Plano (s) de Saúde, acomodação em outro estabelecimento de qualidade igual ou superior, sem ônus adicional.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.2.23. Deverá a (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde observar, também, o seguinte: a) é expressamente proibida a veiculação de publicidade acerca do contrato, salvo se houver prévia autorização da Administração. b) é vedado a subcontratação para a prestação dos serviços ao objeto deste processo.

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

8.2.25. A (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde deverá ainda, garantir a migração e adaptação de planos de saúde conforme o disposto na Resolução Normativa nº 254, de 05 de maio de 2011, bem como de portabilidade de carências estabelecida na Resolução Normativa nº 438, de 03 de dezembro de 2018, e suas alterações.

8.3. São obrigações das OPERADORAS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA:

8.3.1. Caberá às Operadora(s) odontológica (s) conveniada (s) pela (s) Administradora (s) de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, da Resolução Normativa nº 465/2021 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, alterações posteriores e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados;

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

8.3.3. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial;

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

8.3.5. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência odontológica por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras os seguintes documentos:

a) Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do estabelecimento e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

b) Recibos de pagamento dos honorários odontológicos;

c) Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento; e

d) Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

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

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

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

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

8.4. São obrigações do credenciante - MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MATO GROSSO

8.4.1. Comunicar à (s) Administradora (s) credenciada (s) a exoneração/demissão dos servidores do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, no prazo máximo de 05 (cinco) dias a partir do desligamento dos mesmos, para que a (s) Administradora (s) credenciada possa proceder, se for o caso, sua exclusão e a de seus dependentes do plano contratado. A exclusão e as condições respeitarão os prazos estabelecidos no Termo de Referência – Anexo I, do Credenciamento.

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

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

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

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

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

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

8.4.8. Acompanhar e fiscalizar a execução do (s) Termo (s) de Acordo (s), de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devidamente designados no Termo de Referência (Anexo I, do Credenciamento), comunicando a ocorrência de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas à autoridade superior.

CLÁUSULA NONA – DAS SANÇÕES/PENALIDADES

9.1. A manutenção da condição de credenciado fica condicionada à ausência de impedimentos



ou restrições ao exercício profissional.

9.2. O credenciamento tem caráter precário. A qualquer momento, o credenciado pode solicitar sua inativação, caso não tenha mais interesse, resguardando a conclusão dos trabalhos eventualmente em curso.

9.3. O credenciado que desejar iniciar o procedimento de inativação deverá solicitá-lo mediante aviso escrito, dirigido ao Credenciante, **com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.**

9.4. O descredenciamento importa na exclusão do nome do credenciado do Cadastro Geral durante a vigência do credenciamento.

9.5. A Administração pode, a qualquer momento, descredenciar o profissional/empresa, garantida a defesa prévia, se:

9.5.1. o credenciado se recusar, por duas vezes, a realizar um serviço, ressalvadas as hipóteses em que tenha manifestado impedimento ou suspeição.

9.5.2. a pedido do demandante, quando se verificar insatisfatória qualidade do trabalho, inexistência de afirmativas, documentos ou constatação de qualquer irregularidade verificada no exercício da função.

9.5.3. o credenciado convocado, que dentro do prazo de validade do Credenciamento, não assinar este Termo de Acordo.

9.5.4. deixar de entregar ou apresentar documentação falsa exigida para o presente procedimento.

9.5.5. ensejar o retardamento da execução de seu objeto.

9.5.6. não mantiver sua habilitação.

9.5.7. falhar ou fraudar na execução deste Termo de Acordo.

9.5.8. comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal.

9.6. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas neste Termo de Acordo, o(s) Credenciado(s), assegurado o contraditório e a ampla defesa, ficam sujeitos às seguintes sanções previstas na Lei nº 14.133/2021, sem prejuízo de outras:

9.6.1. Advertência.

9.6.2. multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados à (s) operadora (s), do Plano de Saúde, por ventura, inadimplente (s), indicada (s) pela (s) Administradora (s) de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;

9.6.3. multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculado à (s) operadora (s) do Plano de Saúde indicada (s) pela (s) Administradora (s) de Benefícios credenciada (s), no caso de inexecução total dos serviços;

9.6.4. Impedimento de licitar/contratar com a Administração por até 03 anos.

9.6.5. Declaração de inidoneidade para licitar/contratar com a administração pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição, que poderá ser de mínimo de 3 (três) anos e máximo de 6 (seis anos), nos termos do parágrafo 5º do artigo 156 da Lei nº 14.133/2021, ou até que seja promovida a reabilitação.

9.6.6. cassação do credenciamento em caráter definitivo;

9.6.7. rescisão automática deste Termo de Acordo, sem prejuízo de ações civis e criminais.

9.7. As sanções previstas nos itens 9.6.1 e 9.6.2, poderão ser aplicadas concomitantemente, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência.

9.8. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no Termo de Referência, no Edital e seus anexos e neste Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé, apuradas em processo administrativo.

9.9. As penalidades previstas nesta seção não eximem o Credenciado da reparação de eventuais perdas e danos ou prejuízos que seu ato punível venha causar ao Credenciante, inclusive pela perda da oportunidade da perícia, quando for o caso.

9.10. Do ato que aplicar penalidade caberá recurso, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da ciência da notificação, podendo a Administração reconsiderar sua decisão ou nesse prazo encaminhá-la devidamente informada para a apreciação e decisão superior, dentro do mesmo prazo.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESCISÃO DO TERMO DE ACORDO

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA FISCALIZAÇÃO E DO ACOMPANHAMENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PUBLICAÇÃO

12.1. O credenciante obriga-se a providenciar a publicação do extrato deste Termo no Diário Eletrônico do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, para fins de validade e eficácia do instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

13.1. Nenhuma indenização será devida aos proponentes pela apresentação de documentos relativos a este Credenciamento.

13.2. A participação neste processo de credenciamento implica em aceitação integral de todos os termos deste Termo, do Edital e do Termo de Referência.

13.3. O credenciado é responsável pela fidelidade e legitimidade das informações prestadas e dos documentos apresentados em qualquer fase do processo. A falsidade de qualquer documento apresentado, ou a inverdade das informações nele contidas, implicará o imediato descredenciamento, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

13.4. Para que seja dado amplo conhecimento dos termos do presente instrumento a todos os interessados, cópia do mesmo poderá ser, após a sua publicação, encaminhada aos órgãos de classe e às entidades profissionais afetas ao objeto deste instrumento, inclusive diante da ocorrência de qualquer penalidade prevista neste Termo, no Edital e no Termo de Referência.

13.5. Os novos credenciamentos serão publicados no Diário Eletrônico do Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

13.6. Os casos omissos serão resolvidos pela Subprocuradoria-Geral de Justiça Administrativa.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO FORO

14.1. Fica eleito o foro da Comarca de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, para dirimir todas as questões oriundas do presente Termo de Acordo, sendo este o competente para a propositura de qualquer medida judicial decorrente deste instrumento, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justos e acordados, assinam o presente Termo, em via eletrônica, com as testemunhas abaixo, de tudo cientes, para que produzam seus efeitos legais e jurídicos.

Cuiabá/MT, datado e assinado eletronicamente.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



Credenciante

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Credenciado(a)

Testemunhas:

XXXXXXXXXXXX

Matrícula n.º XXXXX

XXXXXXXXXXXX

Matrícula n.º XXXXX

