**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**
**CÂMARA DE VEREADORES GUAPORÉ**

# TERMO DE REFERÊNCIA

## 1. OBJETO

O objetivo desta contratação é a prestação de serviços ou cobertura de custos de assistência médica, ao beneficiário titular e demais pessoas incluídas como beneficiários dependentes na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, garantindo a cobertura do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente (última atualização apresentada pela ANS) com cobertura para todas as doenças do CID-10 - Código Internacional de Doenças a preço pré-estabelecido, com finalidade de garantir, sem limites de valor, prazo ou quantidade, nos termos da legislação e do Rol da ANS, assistência à saúde, conforme dispõe o inciso I do artigo 1º da Lei n.º 9.656/98.

A contratação de Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde reveste-se de natureza contratual bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto nos arts. 476 e seguintes do novo Código Civil Brasileiro (Lei n.º 10.406/2002), considerando-se ainda, esta avença, como um contrato aleatório regulado pelos arts. 458 a 461 do mesmo Código. Outrossim, a contratação se sujeita às Normas da Lei Federal nº 9.656/98 e Legislação específica que vier a sucedê-la, e Lei Federal nº 14.133/2021 que estabelece normas gerais de licitação e contratação para a Administração Pública.

A contratação será realizada mediante pregão eletrônico, o critério de julgamento será o menor preço global, considerando a totalidade das vidas estimadas, nos termos dos arts. 6º, XLI, 17, §2º, 28, I e 29 da Lei nº 14.133/2021, tendo vigência de 12 (doze) meses a contar da data de assinatura do contrato, podendo ser prorrogado nos termos da legislação vigente.

| ITEM | QUANT | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS | Valor Mensal Servidor | Valor Mensal Câmara | Total Servidor + Câmara | Valor Período Servidor (12 meses) | Valor Período Câmara (12 meses) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | 12 MESES | CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA, LEGALMENTE HABILITADA PARA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR COMPLETA, CATEGORIA EMPRESARIAL, CONFORME TERMO DE REFERÊNCIA. | R$ 1.188,56 | R$ 1.188,56 | R$ 2.377,12 | R$ 14.262,72 | R$ 14.262,72 |

Atualmente, o contrato para o presente tipo de contratação (plano de saúde), abrange 32 vidas, sendo discriminados da seguinte forma:

- **Servidores (titulares): 10**
- **Dependentes: 22**
- **Total estimado de vidas: 32**

Os beneficiários titulares encontram-se distribuídos nas seguintes faixas etárias:

- 24 a 28 anos: 1 beneficiário
- 29 a 33 anos: 1 beneficiário
- 34 a 38 anos: 3 beneficiários
- 39 a 43 anos: 3 beneficiários
- 44 a 48 anos: 1 beneficiário
- 49 a 53 anos: 1 beneficiário

Os quantitativos possuem caráter estimativo, podendo sofrer variações durante a execução contratual.

## 1.1. NATUREZA DA CONTRATAÇÃO

A presente solicitação tem como objeto a contratação de empresa especializada para assistência Médico-Hospitalar nos termos do rol vigente, com hospitalização em quarto privativo em Guaporé/RS, e semi-privativo (até dois leitos) nos demais hospitais próprios ou credenciados, ambos com banheiro privativo, TV, ar-condicionado e poltrona para acompanhante, serviços de diagnósticos e exames complementares, consultas médicas e tratamentos complementares, de abrangência em Grupo de Municípios, bem como Nacional para os casos de urgência/emergência, aos servidores públicos municipais ativos e inativos, pensionistas e estagiários do Poder Legislativo do Município de Guaporé/RS e a seus dependentes, sem prazo de carência, absorvendo todos os benefícios já existentes, categoria empresarial.

Ressalta-se, ainda, que a tabela acima contempla exclusivamente os valores referentes aos servidores titulares, não estando contabilizados os dependentes vinculados aos beneficiários. Todavia, a operadora deverá obrigatoriamente considerar a inclusão dos dependentes nas mesmas condições assistenciais previstas neste Termo de Referência, observando-se a proporcionalidade de faixas etárias e demais parâmetros adotados para formação dos valores. Essa previsão é necessária para garantir a precisão da estimativa global do contrato e assegurar que a oferta contemple a totalidade do público atendido pelo Município.

## 1.2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

A presente contratação tem por finalidade garantir a assistência médica e hospitalar aos servidores públicos do Poder Legislativo do Município de Guaporé/RS, bem como a seus dependentes, assegurando o acesso contínuo, eficiente e de qualidade aos serviços de saúde.

A disponibilização de plano privado de assistência à saúde constitui medida essencial à promoção do bem-estar, qualidade de vida e segurança dos servidores, refletindo diretamente na melhoria das condições de trabalho, na redução do absenteísmo e no aumento da produtividade no serviço público. Ademais, trata-se de benefício amplamente consolidado na Administração Pública, contribuindo para a valorização do servidor e para a manutenção de um ambiente institucional mais eficiente e equilibrado.

A contratação também se justifica pela necessidade de garantir atendimento célere e adequado em situações de urgência e emergência, bem como acesso a consultas, exames, internações e tratamentos especializados, conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nos termos da Lei nº 9.656/1998.

Destaca-se, ainda, que no mês de março do corrente ano foi realizada contratação emergencial para a continuidade da prestação dos serviços de assistência à saúde, medida esta necessária para evitar a desassistência dos beneficiários. Referida contratação teve caráter excepcional e temporário, sendo adotada com o objetivo de assegurar a manutenção dos serviços enquanto se promovia a instrução do presente processo licitatório definitivo.

Nesse contexto, a presente contratação por meio de pregão eletrônico visa substituir a solução emergencial anteriormente adotada, promovendo maior competitividade, transparência e economicidade, nos termos da Lei nº 14.133/2021, garantindo a seleção da proposta mais vantajosa para a Administração Pública.

Ressalta-se, ainda, que a manutenção de plano de saúde coletivo empresarial permite maior previsibilidade orçamentária ao ente público, uma vez que os custos são previamente definidos, evitando despesas imprevisíveis decorrentes de atendimentos individuais. Além disso, possibilita a continuidade dos serviços já prestados aos beneficiários atualmente vinculados, evitando prejuízos à saúde dos usuários.

Por fim, considerando que se trata de serviço de natureza contínua e essencial, a contratação mostra-se imprescindível para assegurar a continuidade da assistência à saúde dos servidores e seus dependentes, evitando a interrupção de tratamentos e garantindo a estabilidade das condições assistenciais atualmente existentes no Município.

## 2. TIPO DE CONTRATAÇÃO

O Tipo de contratação do plano privado de assistência à saúde é na modalidade EMPRESARIAL, contemplando atendimento assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com quarto privativo em Guaporé e semi-privativo no âmbito do Grupo de Municípios, bem como a nível nacional para urgência e emergência, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, observando as normativas contidas na Lei 9.656/98 e Resoluções da ANS.

## 3. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A área geográfica de abrangência do Plano Privado de Assistência à Saúde ora contratado dar-se-á pelo sistema de Grupo de Municípios, atendendo toda a rede própria do plano de saúde contratado, bem como rede conveniada e credenciada, devendo, obrigatoriamente, estarem inclusos os municípios de Guaporé e Passo Fundo. Para urgências e emergências, além da região prevista no parágrafo anterior, a abrangência de atendimento do plano contratado deverá ser Nacional, conforme previsão da ANS.

## 4. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

No município de Guaporé as acomodações para internações hospitalares deverão ser privativas e nos demais hospitais próprios ou credenciados semi-privativas, com até dois leitos, ambos com banheiro privativo, TV, ar-condicionado e poltrona para acompanhante. Em havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos da rede própria ou credenciada deste plano, é garantido ao beneficiário o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

## 5. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Poderão ser beneficiários deste plano as pessoas identificadas expressamente no termo de adesão, sendo considerado titular o beneficiário com vínculo empregatício ou estatutário com o CONTRATANTE e beneficiário dependente os abaixo descritos:

a) o (a) cônjuge ou companheiro(a) do titular;

b) filhos solteiros, menores de 18 anos completos, não emancipados;

c) filhos solteiros, estudante universitário, até 24 anos completos, sem rendimentos, devidamente comprovado;

d) filhos de qualquer idade com incapacidade físico-mental comprovada, impedidos de prover sua subsistência;

e) pessoas cuja responsabilidade civil esteja a cargo do titular por determinação judicial;

f) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente a pessoa jurídica contratante;

g) servidores que foram demitidos sem justa causa ou que solicitaram voluntariamente exoneração do serviço público, pelo prazo de até 2 (dois) anos após o desligamento.

Os dependentes citados nos itens 'a', 'b' e 'd' são considerados, para fins desta Licitação, como dependentes legais.

Poderão ser realizadas inclusões ou exclusões de BENEFICIÁRIO(s) posteriores ao firmamento do contrato, por solicitação do CONTRATANTE, com a correspondente alteração da mensalidade.

Fica garantida a inexistência de prazo de carência, já cumprida, para o grupo de servidores públicos municipais ativos e inativos, pensionistas e estagiários do Poder Legislativo do Município Guaporé/RS, participantes já incluídos no Plano de Saúde existente no Município de Guaporé/RS, bem como de seus dependentes.

Para novos funcionários, fica isenta a carência desde que seja admitido no plano de saúde no período inferior a 90 (noventa) dias de sua admissão profissional no Poder Legislativo.

A inscrição do filho adotivo, menor de 12 anos de idade, aproveita os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, desde que sua inscrição no plano seja feita no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data comprovada da guarda provisória conferida pelo juízo.

A inclusão como dependente somente será admitida pela contratada, mediante a solicitação efetuada pelo titular do plano, excetuando-se no caso de inscrição de filho adotivo mencionado no parágrafo anterior.

Às crianças nascidas de parto coberto, ou seja, aquele cuja carência de 300 dias esteja devidamente cumprida, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do titular, assim como estará garantida a sua inscrição na operadora sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência ou de cobertura parcial temporária ou agravo.

Quanto a cobertura dos servidores inativos, assim serão considerados os aposentados e pensionistas, do Poder Legislativo de Guaporé, bem como os servidores que foram demitidos sem justa causa ou exonerados voluntariamente, pelo prazo de até 2 (dois) anos. A esses últimos, bem como aos servidores aposentados a partir de 6 (seis) meses da contratualização decorrente da presente licitação, o Legislativo não

pagará coparticipação, sendo que o custeio do plano é de responsabilidade integral do beneficiário que se enquadre nessas condições.

**6. PRINCIPAIS SERVIÇOS OFERECIDOS POR MEIO DA REDE CREDENCIADA:**

a) Consultas médicas e atendimento médico para todas as especialidades previstas no rol da ANS;

b) Atendimento Ambulatorial;

c) Atendimento de urgência e emergência com remoção em ambulância UTI ou simples;

d) Atendimento nas áreas de fonoaudiologia, psicologia, nutrição, fisioterapia e demais previstas no rol da ANS;

e) Atendimento a acidentes pessoais, de trabalho e trânsito, conforme determina a regulamentação governamental;

f) Tratamento de Radioterapia, Quimioterapia, Diálise e Hemodiálise, e demais previstas no rol da ANS;

g) Internações hospitalares;

h) Exames de baixa, média e de alta complexidade, englobando todos aqueles previstos no rol da ANS;

i) Cirurgias de qualquer natureza, excetuando-se as previstas no Item 8alínea "b".

A cobertura dos serviços oferecidos deverá contemplar todas as especialidades médicas previstas na Lei n.º 9.656/98 e suas alterações, bem como nas Resoluções da ANS, que disciplinam o rol de procedimentos

obrigatórios, sem limite de utilização ou de valor. Eventuais terapias admitidas pelo Conselho Federal de Medicina e/ou Associação Médica Brasileira, mas que não constem no rol da ANS deverão ser objeto de concertação entre Município e operadora, a ser contratualizado caso a caso.

**7. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

Os serviços básicos ambulatoriais, consultas médicas e exames estabelecidos neste termo de referência deverão ser atendidos mediante apresentação de cartão do plano de saúde em situação adimplente, em conformidade com a segmentação assistencial definida no Plano, e de acordo com os constantes no Rol de Procedimentos Médicos vigentes e suas atualizações, garantidas as despesas decorrentes da realização de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal reconhecidas pelo CFM (Conselho Federal de Medicina), são os seguintes:

a) Cobertura de Exames Complementares: Deve garantir as despesas decorrentes da utilização de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente

b) Cobertura de Procedimentos Ambulatoriais: Deve garantir a cobertura da realização de pequenas cirurgias e/ou tratamentos ambulatoriais, solicitados por médicos, mesmo que em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

c) Terapias: Deve garantir a cobertura da realização das seguintes terapias, desde que o paciente (beneficiário) não esteja internado:

- hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- quimioterapia ambulatorial;
- radioterapia (mega voltagem, cobalto terapia, cesioterapia, eletroterapia, etc);
- hemoterapia ambulatorial;
- cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
- fisioterapia;
- todas as demais terapias cuja cobertura é prevista no rol da ANS.

d) Cobertura de Atendimento Psiquiátrico Ambulatorial: Deve garantir o tratamento ambulatorial de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão (CID - 10), sendo cobertos os seguintes atendimentos: tratamento básico, entendendo-se como tal, aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, sendo avaliado por médico auditor e cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

e) Atendimento Psicológico completo: Deve garantir o atendimento conforme regras constantes no rol de procedimentos da ANS.

f) Atendimento odontológico: Deve garantir o atendimento conforme regras constantes no rol de procedimentos da ANS.

g) Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.

h) Psicoterapia de crise entende-se, como tal, o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, conforme regras constantes no rol da ANS. Os exames e procedimentos cobertos pela operadora são todos os constantes do Rol de procedimentos constantes no rol da ANS, compatíveis com a segmentação ambulatorial.

i) Dos Serviços Básicos Hospitalares Cobertura de Internação:

Deve garantir a cobertura de despesas médicas e/ou hospitalares efetuadas com internação sem limites de prazo, valor máximo ou quantidade, em clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM para fins clínicos ou cirúrgicos, bem como cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar conforme normas da ANS. Serão cobertas as despesas decorrentes de:

a) Diárias de internação em acomodação privativa no Município de Guaporé e semi privativa com até dois leitos nos demais hospitais da rede credenciada e em âmbito nacional para urgência e emergência, conforme especificações previstas no item 3 do presente Termo de Referência; b) Diárias de Unidade de Terapia Intensiva UTI e Unidade de Isolamento ou similares;

c) Transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia;

d) Honorários médicos e serviços gerais de enfermagem;

e) Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;

f) Cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos, e maiores de 60 (sessenta) anos;

g) Medicamentos, anestésicos, vacinas, gases medicinais, toda e qualquer taxa e materiais utilizados;

h) Alimentação dietética, inclusive nutrição enteral e parenteral;

i) Material de osteossíntese tais como: placas, pinos e parafusos;

j) Prótese, endoprótese e órtese ligados ao ato cirúrgico;

k) Devem ser garantidas todas as despesas decorrentes do rol de procedimentos previstos na ANS.

Cobertura de procedimentos especiais durante a internação:

Deve garantir a cobertura de despesas médicas e/ou hospitalares
realizadas durante o período de internamento com os seguintes procedimentos,
considerados especiais:

i. Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

ii. Quimioterapia;

iii. Radioterapia incluindo radio moldagem, radio implante e braquiterapia;

iv. Hemoterapia;

v. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

vi. Embolizações e radiologia intervencionista;

vii. Exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

viii. Fisioterapia;

ix. Transplantes de rim e córnea, bem como despesas com procedimentos vinculados, entendendo-se como tal, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

a. Despesas médico-hospitalares com doadores vivos;

b. Medicamentos utilizados durante a internação;

c. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicação de manutenção;

d. Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS - (Sistema Único de Saúde).

Observação: O candidato a transplante de órgão proveniente de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e se sujeitará ao critério de fila única de espera e de seleção.

x. Cobertura para cirurgia reparadora de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de câncer;

xi. Cobertura de cirurgias reparadoras de órgãos e funções;

xii. Cobertura para as transfusões;

xiii. Cobertura de internamento psiquiátrico para todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão (CID-10), conforme regras constantes no rol de Procedimentos da ANS;

xiv. O custo integral de no mínimo 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato/beneficiário, não cumulativos, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

xv. Os custos dos dias que excederam o número mínimo de internação serão cobertos parcialmente pela contratada devido a coparticipação estipulada neste contrato, que será de 30%. Essa coparticipação obedece aos tetos estipulados pelos normativos editados pela ANS à época da contratação do plano;

xvi. O custo integral de no mínimo 21 (vinte e um) dias de internação, por ano de contrato/beneficiário, não cumulativos, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

xvii. Os custos dos dias que excederam o número mínimo de internação serão cobertos parcialmente pela contratada, devido a coparticipação estipulada neste contrato, que será de 30%. Essa coparticipação obedece aos tetos estipulados pelos normativos editados pela ANS à época da contratação do plano;

xviii. O beneficiário terá cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia;

xix. Para os diagnósticos FOO a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID-10, fica garantida a cobertura conforme rol de procedimentos da ANS.

Cobertura de Obstetrícia

Deve garantir as despesas médico-hospitalares efetuadas com internações motivadas por gravidez e suas consequências, tais como: parto, cesariana, aborto involuntário, gravidez ectópica, bem como a curetagem uterina motivada por interrupção voluntária da gravidez quando assim determinada pelo médico responsável para evitar risco de vida da parturiente.

Serão cobertas as despesas com assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

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

Todos os procedimentos listados no rol de procedimentos da ANS deverão ser cobertos pelo plano contratado.

## 8. PERÍODO DE CARÊNCIA

O CONTRATANTE e seu(s) BENEFICIÁRIO(S) terá (ão) direito à prestação de serviços médicos oferecidos pela CONTRATADA, após a assinatura do contrato e a contagem do período de carência para aqueles que aderirem posteriormente ao Plano terá início a partir da data de assinatura da proposta de adesão de cada beneficiário, observado os prazos de carência relacionados abaixo, bem como as garantias previstas no objeto do Edital.

a) Consultas médicas - isento;

b) 24 horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

c) 24 horas para consultas médicas, exames, fisioterapia e pronto socorro ambulatorial (urgência);

d) 24 horas para exames médicos, exames especiais, radioterapia, hemodiálise, quimioterapia e psiquiatria;

e) 24 horas para cirurgias e outras internações não urgentes e cateterismo cardíaco;

f) 24 horas para partos a termo;

g) 24 horas para doenças existentes registradas no ato da inscrição ou comprovadas posteriormente.

Fica garantida a inexistência de prazo de carência, já cumprido, para o grupo de servidores participantes e todos os seus dependentes já incluídos no plano de saúde existente.

Para novos funcionários, fica isenta a carência desde que seja admitido no plano de saúde no período inferior a 90 (noventa) dias de sua admissão no Poder Legislativo de Guaporé. Após esse prazo, as carências serão as comercialmente definidas pela operadora.

Deverá ser observado, ainda, pela operadora de plano de saúde o disposto no art. 6º da Resolução Normativa ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, que prevê que no plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

## 9. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

No que pertine às doenças e lesões pré-existentes, aos atuais beneficiários, inclusive os dependentes, deverá ser observado pela operadora de plano de saúde o disposto no art. 7º da Resolução Normativa ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, que prevê que no plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nem será permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência.

Para os novos servidores, assim entendidos aqueles que ingressarem no serviço público a partir da assinatura do contrato com a operadora contratada, esta poderá exigir declaração de saúde por si e por seus dependentes, sendo a este permitido optar por orientação médica, escolhendo profissional cujo nome conste na relação de credenciados da operadora, sem ônus. Caso opte por médico não credenciado, arcará com o ônus decorrente desta opção. Sendo constatada pela operadora, a existência de lesão ou doença preexistente que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia ou procedimento e atendimento de alta complexidade, serão oferecidas as seguintes alternativas para cobertura da mesma:

a) "Cobertura Parcial Temporária", conforme a regulamentação pela ANS.

b) "Agravo", conforme a regulamentação pela ANS.

## 10. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Para efeito desta cobertura, entende-se como atendimento de emergência aqueles que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente. Como atendimento de urgência entende-se aquele resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

a) Ambulatorial

Serão cobertas as despesas efetuadas com a realização de atendimentos caracterizados como de urgência / emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 horas.

b) Hospitalar

Fica assegurada cobertura para a segmentação hospitalar, desde a admissão até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 horas de vigência do contrato.

Quando o atendimento de emergência for efetuado num dos períodos de carências, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada no segmento ambulatorial, 12 (doze) horas, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

No segmento hospitalar, quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deve abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano no segmento ambulatorial, 12 (doze) horas, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

No segmento hospitalar que envolva acordo de cobertura parcial temporária em leitos de alta tecnologia, eventos cirúrgicos e procedimentos de alta complexidade relacionado à doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência será igual à estabelecida no segmento ambulatorial, 12 (doze) horas, de acordo com o disposto na legislação vigente.

c) Obstetrícia

Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar, decorrente da condição gestacional de pacientes com plano hospitalar com cobertura obstétrica, porém ainda cumprindo período de carência, a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas para o plano ambulatorial, 12 (doze) horas.

Nos casos de urgência e emergência em que o beneficiário não puder se utilizar dos serviços próprios ou credenciados indicados na relação fornecida pela operadora contratada, assim como nos casos de escolha de profissional não credenciado ao plano, serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado, observando-se os seguintes limites de reembolso:

- Honorários médicos;
- Materiais e medicamentos;
- Despesas hospitalares.

Os valores para reembolso nas urgências e emergências e nas consultas e atendimentos por profissionais não credenciados não serão inferiores ao da tabela praticada pela operadora à rede de prestadores.

Documentação para reembolso:

Para obtenção do reembolso, o Beneficiário deverá enviar à operadora contratada os originais dos seguintes documentos:

i. Relatório do médico assistente contendo diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência/emergência;

ii. Recibos individuais quitados dos honorários médicos;

iii. Quando se tratar de pessoa jurídica, nota fiscal quitada;

iv. Conta hospitalar discriminada, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, apresentando nota fiscal quitada, facultado à operadora contratada periciar os prontuários médicos, resguardadas as normas éticas.

v. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados:

d) Nome completo do paciente;

e) Procedimento e data da sua realização;

f) Atuação do médico (cirurgião, clínico, auxiliar, anestesista e outros);

g) Valor dos honorários;

h) Nome, número do Conselho Regional e CPF do médico.

O reembolso será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data da entrega da documentação apresentada, por meio de depósito em conta fornecida pelo beneficiário ou em espécie.

## 11. REMOÇÃO

Fica garantida a remoção em ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida.

Fica garantida a remoção, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do tratamento ou pela necessidade de internação, após realizados os atendimentos necessários.

Fica também garantida a remoção para uma unidade do SUS, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizado, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para o beneficiário que esteja em cumprimento de prazos de carências ou beneficiários que estejam em condição de suspensão devido ao acordo de cobertura parcial temporária para os eventos relacionados à Doença e Lesão Preexistentes.

No caso previsto acima, quando não puder haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade de assistência, desobrigando, assim, a contratada desse ônus.

Caberá à contratada o ônus e a responsabilidade da remoção ao paciente para unidade do SUS que disponha de recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.

Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente que a do SUS, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e de ônus financeiro da remoção.

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

## 12. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

a) Da Coparticipação

Deve ser entendido como coparticipação, a parte efetivamente paga pelo consumidor à Operadora, referente à realização de procedimento, nos seguintes valores:

| PROCEDIMENTO | PARTICIPAÇÃO DO SERVIDOR |
|---|---|
| Consultas médicas | R$ 60,00 |
| Consultas com fisioterapeuta e sessões com psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e terapeuta ocupacional | R$ 50,00 |
| Exames até 250 CHs | Isento |
| Exames, acima de 250 CHs | 30% |
| Sessões de fisioterapia | Isentas 10 sessões por ano, após 20% |
| OPME | 20% materiais nacionais, padronizados e 50% para materiais importados |
| Internações psiquiátricas, após 30 dias/ano | 30% |

Eventuais cobranças e boletos bancários devem ser expedidos no nome e no CPF do beneficiário que efetivamente utilizou o serviço do plano de saúde, seja ele beneficiário titular ou dependente, vedada a transferência de ônus financeiros.

O valor das coparticipações a serem pagas pelos beneficiários devem ser informadas pela operadora previamente à realização dos procedimentos. Além disso, os valores a serem pagos devem ser informados diretamente pela operadora ao beneficiário.

b) Das autorizações prévias

O plano de saúde coloca à disposição do BENEFICIÁRIO os serviços médico-hospitalares descritos neste instrumento, os quais serão realizados na rede credenciada.

O atendimento na internação hospitalar será prestado nas dependências dos Hospitais credenciados e rede referenciada, e por médicos de livre escolha do BENEFICIÁRIO, dentre os profissionais credenciados no plano.

Para atendimento nas emergências, a CONTRATADA somente se responsabilizará pelo comparecimento do médico credenciado e disponível no sistema de plantão vigente, bem como a concessão do ressarcimento das despesas médico-hospitalares.

A data, horário e local de consultas médicas deverá ser marcado pelo médico escolhido pelos beneficiários, não havendo qualquer ingerência da operadora contratada.

Fica garantido ao beneficiário, a liberação das autorizações pelo profissional avaliador, no prazo máximo definido pela ANS, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

**13. DA JUNTA MÉDICA**

A operadora deverá garantir, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse, através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

a) Dos serviços credenciados

A CONTRATADA poderá proceder à substituição de um ou de todos os serviços credenciados, constantes no guia médico, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos.

Fica facultada a substituição de entidade(s) hospitalar(es), desde que por outro(s) equivalente(s) e mediante comunicação prévia ao contratante e à ANS com trinta (30) dias de antecedência, ficando ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

Para os casos de redimensionamento da rede hospitalar por redução compreendidos neste contrato também para urgência e emergência, a contratada deverá solicitar à ANS autorização expressa para tal, informando:

- Nome da entidade a ser excluída;
- Capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;

- Impacto sobre a quantidade de beneficiários assistidos, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante;
- Justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o beneficiário.

b) Alteração de faixa etária

Ocorrendo alteração na idade de cada um dos beneficiários, que signifique deslocamento para outra faixa etária, esta somente será considerada para efeito de cobrança da mensalidade no mesmo mês de aniversário do beneficiário. O acréscimo por alteração de faixa etária não atingirá o beneficiário com mais de 60 (sessenta) anos de idade e deverá observar a legislação vigente.

## 14. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Mediante acordo formal firmado entre a empresa empregadora (estipulante) e os seus empregados ativos, representantes legalmente constituídos, no sentido da manutenção de um único plano para ativos e inativos, observar-se-ão as seguintes disposições:

A adesão deverá ser opcional na data da contratação do plano ou ainda, garantida a isenção de carência desde que seja admitido no plano de saúde, no período inferior a 90 (noventa) dias de sua admissão profissional no Poder Legislativo.

Ao beneficiário, que contribuir para o plano decorrente de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manutenção da condição de beneficiário, do plano contratado, sendo disponibilizado plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, nas mesmas condições de cobertura que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do custo mensal do plano, desde que esta opção seja solicitada à contratada dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do cancelamento.

O período de manutenção da condição de beneficiário, será de um terço do tempo de permanência no plano, ou seu sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. Esta condição é extensiva a todo o grupo familiar inscrito no plano quando da vigência do contrato de trabalho.

Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, nos termos dispostos nesta cláusula. O direito assegurado nesta cláusula não exclui as vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho. A condição prevista nesta cláusula deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego.

No caso de aposentadoria, quando o beneficiário, contribuir para o plano, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção da condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do custo mensal do plano. Esta condição é extensiva a todo o grupo familiar inscrito no plano da vigência do contrato de trabalho.

Ao aposentado que contribuir para o plano, em decorrência de vínculo empregatício, por período inferior ao estabelecido no caput deste subitem é assegurado o direito de manutenção da condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do custo mensal do plano. Esta condição é extensiva a todo o grupo familiar inscrito no plano da vigência do contrato de trabalho.

Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, nos termos dispostos nesta cláusula. O direito assegurado nesta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos servidores decorrentes de negociação coletivas de trabalho. A condição prevista nesta cláusula deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego.

Fica garantida a migração para o plano individual ou familiar no caso de cancelamento do benefício, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

## 15. CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS EMPRESARIAIS

O plano empresarial destina-se a massa de servidores/funcionários, ativos/inativos da pessoa jurídica contratante, Poder Legislativo de Guaporé/RS:

a) com vínculo empregatício ou estatutário ativo: destinado a empregados/servidores ativos de pessoa jurídica contratante;

b) com vínculo empregatício ou estatutário inativo: destinado a empregados/servidores de pessoa jurídica contratante, que estejam aposentados ou que tenham sido demitidos sem justa causa ou exonerados voluntariamente, pelo prazo máximo de 2 (dois) anos.

## 16. CONDIÇÃO DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

O plano assistencial do beneficiário titular será excluído nos seguintes casos:

a) quando o titular solicitar a exclusão do plano;

b) automaticamente ao dependente com a exclusão do plano assistencial do titular;

c) morte do usuário titular;

d) a exclusão do plano do titular, por qualquer motivo, implicará no cancelamento automático do plano dos dependentes, salvo em casos de morte do titular, cujo direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto no art. 30, §3°, da Lei 9.656/98;

e) Os dependentes que deixarem de atender as condições de dependência dispostas na cláusula referente às condições de admissão deste contrato, à exceção dos portadores de deficiência física, serão automaticamente excluídos do plano do usuário titular ou, a qualquer tempo, por solicitação do usuário titular. Ressalvam-se da presente disposição todos os beneficiários do plano de saúde que forem absorvidos no momento em que firmado o contrato de prestação de serviço, haja vista cláusula expressa no sentido de que todos os benefícios existentes devem ser absorvidos, independentemente do atendimento às disposições da cláusula sexta do presente Termo de Referência.

f) Os dependentes que, de forma superveniente ao contrato, perderem a condição de dependência poderão assinar novo contrato (observadas as condições de tabelas vigentes para novos usuários), em 30 dias a contar da data de perda de qualidade do beneficiário.

Caso os serviços utilizados em outras localidades tenham sido prestados por entidades credenciadas, o pagamento será realizado diretamente pela CONTRATADA, sendo que os custos excedentes aos reembolsos serão cobrados posteriormente do usuário do plano, o qual anui expressamente com tal procedimento.

O BENEFICIÁRIO DO PLANO responsabilizar-se-á pela suplementação das despesas médicas e hospitalares, quando, para internação, optar por instalações de categoria superior às contratadas, bem como pela suplementação dos honorários médicos, em ambos os casos sem direito a ressarcimento de despesas desta quantia suplementar.

Demais benefícios e condições devem ser de acordo com a legislação vigente e regras da Agência Nacional de Saúde - ANS correspondentes à modalidade de contratação de Plano de Saúde pretendida.

## 17. DOS SERVIÇOS PRESTADOS NO HOSPITAL PRÓPRIO OPERADORA, SE HOUVER

Para os serviços prestados pela CONTRATADA será utilizado a tabela geral de preços do Hospital da operadora, vigente na data em que ocorrer o atendimento, de acordo com a categoria do plano de internação optado.

A tabela geral de preços do Hospital próprio da operadora deverá estar disponível para livre exame, podendo ser consultada por todos os BENEFICIÁRIOS dentro do horário de funcionamento do escritório comercial da CONTRATADA.

**18. DOS SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES PRESTADOS NOS DEMAIS HOSPITAIS**

Serão ressarcidas aos BENEFICIÁRIOS as despesas decorrentes de serviços realizados fora do Hospital da Localidade de Guaporé e dos hospitais próprios ou credenciados da operadora de plano de saúde, quando encaminhados pela CONTRATADA e ou profissional credenciado ou não a estabelecimentos credenciados ou ocorridos em caráter de urgência, ou ainda quando utilizados os serviços credenciados/conveniados na localidade em que reside, fora dos locais mencionados, mediante obtenção de autorização de encaminhamento prévio nos atendimentos eletivos, ou para as urgências no prazo de 24 horas, com base nos valores vigentes na data dos serviços prestados, da seguinte forma:

a) Diárias com base no plano optado, conforme tabela da CONTRATADA;

b) Exames ambulatoriais: 01 (uma) vez a tabela da AMB vigente;

c) Exames especiais ambulatoriais, definidos neste instrumento, em 70% da tabela da AMB vigente, mesmo que realizado nas dependências da CONTRATADA;

d) MÉDICOS NÃO CREDENCIADOS: Mínimo 1,2 vezes a tabela da AMB vigente.

Caso os serviços utilizados em outras localidades tenham sido prestados por entidades credenciadas, o pagamento será realizado diretamente pela CONTRATADA, sendo que os custos excedentes aos reembolsos serão cobrados posteriormente do BENEFICIÁRIO, o qual anui expressamente com tal procedimento.

O CONTRATANTE se compromete a comunicar à CONTRATADA o nascimento, casamento, emancipação e maioridade dos filhos ou o falecimento de qualquer beneficiário, bem como deverá comunicar à CONTRATADA, a eventual exoneração de responsabilidade sobre as pessoas admitidas no plano. Caso não seja atendida a determinação do parágrafo anterior, o BENEFICIÁRIO será responsável pelo pagamento das despesas decorrentes da utilização dos serviços prestados às pessoas indicadas para o presente plano.

O BENEFICIÁRIO responsabilizar-se-á pela suplementação das despesas médicas e hospitalares, quando, para internação, optar por instalações de categoria superior às contratadas, bem como pela suplementação dos honorários médicos quando não optar por quarto superior, em ambos os casos sem direito a ressarcimento de despesas desta quantia suplementar, à exceção dos casos de urgência e emergência.

**19. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

Constituem obrigação da contratada, por intermédio de seus funcionários, com a frequência a seguir definida, as seguintes atividades:

a) Isenção de taxa de inscrição e de fornecimento de cartão identificador para os Servidores Públicos e Dependentes.

b) Todos os titulares e dependentes que foram incluídos no plano de saúde até a data da formalização do Contrato devem permanecer nas mesmas condições.

c) Inexistência de prazo de carência inicial, exceto para as doenças pré-existentes, para os Servidores Públicos e Dependentes que vierem a aderir ao plano nos três meses subsequentes ao da assinatura do contrato com o CONTRATANTE.

d) Inexistência de prazo de carência, já cumprida, bem como cobertura parcial temporária em decorrência de doenças pré-existentes, para o grupo de servidores participantes já incluídos no Plano de Saúde existente no Município de Guaporé/RS, bem como de seus dependentes.

e) Consultas médicas ilimitadas a nível do grupo de municípios e rede própria e conveniada já existente da prestadora de serviços ganhadora, com participação do BENEFICIÁRIO de até R$ 60,00 (sessenta reais).

f) Atendimento psicológico, nutricional e fonoaudiólogo, conforme rol de procedimentos da ANS;

g) Atendimento médico, serviços de atendimento na modalidade hospitalar e ambulatorial com obstetrícia a nível do grupo de municípios, e nacional para os procedimentos de urgência e emergência;

h) Atendimento médico no âmbito Grupo de Municípios deverá ter as especialidades básicas:

- No Município de Guaporé, de no mínimo um médico para cada uma das especializações mediante comprovação: Clínica Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Anestesia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Medicina Interna, Oncologia, Urologia, Neurologia, Psiquiatria, Angiologia e Vascular, Hematologia, Proctologia, alergista, cirurgião vascular, cirurgia geral, nutricionista, pneumologista, reumatologista, gastroenterologista e demais especializações que o plano pode oferecer.
- No âmbito Grupo de Municípios credenciados e/ou conveniados pela vencedora, de no mínimo um médico para cada uma das especializações, mediante comprovação: Clínica Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Anestesia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Medicina Interna, Oncologia, Urologia, Neurologia, Psiquiatria, Angiologia e Vascular, Hematologia, Proctologia, alergista, cirurgião vascular, cirurgia geral, nutricionista, pneumologista, reumatologista, gastroenterologista e demais especializações que o plano pode oferecer.

Em caso de inexistência de profissionais de quaisquer das especializações em Guaporé, poderá haver o encaminhamento a profissionais do Grupo de Municípios. Se nem no Grupo de Municípios houver, à contratada, comprovando a inexistência desses profissionais, fica permitido que essas especialidades sejam supridas nos municípios do grupo ou cidades limítrofes.

- No âmbito Estadual e Nacional, cobertura para todas as especializações previstas no Rol de Procedimentos da ANS, mediante a apresentação do cartão do plano, em caso de urgência e emergência.

j) Garantir no mínimo 20 (vinte) médicos para atendimento no Município de Guaporé, mediante comprovação através do Guia Médico ou contrato de prestação de serviços.

k) Internação em quarto privativo com banheiro privativo no Município de Guaporé/RS e semi privativo, conforme item 5 do presente Termo de Referência, a nível de grupo de municípios e, em caso de urgência e emergência, a nível nacional.

l) Consultas sem limitações de número, em todas as especialidades de acordo com as regras da ANS.

m) Cobertura para serviços ambulatorial, sem coparticipação do usuário.

n) Cobertura para cirurgias oftalmológicas pela técnica convencional, ou seja, ceratectomia radical e astigmática (bisturi de diamante) ou pela técnica a laser, conforme rol da ANS;

o) Cobertura para exames laboratoriais e ambulatoriais sem participação do usuário até 250 CH's. Acima de 250 CH's, participação do usuário de até no máximo 30%.

p) Cobertura para quimioterapia, radioterapia, incluindo procedimentos e medicamentos, sem coparticipação do usuário.

q) Cobertura para órteses e próteses, com participação do usuário de até no máximo 20% para produtos nacionais e 50% para importados.

r) Cobertura para transplantes de rins e córneas.

s) Cobertura para cintilografia com coparticipação de no máximo de 30%.

t) Cobertura para diálise e hemodiálise, sem a participação do usuário.

u) Cobertura para fisioterapia, com participação de até no máximo 20% do usuário, sem limites de sessões.

v) Exames sem participação do usuário até 250 CH's.

w) No âmbito Municipal, Estadual e/ou Nacional, ou outros mediante encaminhamento pelo plano de saúde, não deverá incidir nenhum tipo de complementação de valores nos atendimentos, além das acima citadas. Quando o atendimento ocorrer fora das condições previstas neste item, o plano de saúde reembolsará o valor praticado em Guaporé/RS, sem qualquer franquia ou taxas administrativas.

x) Todos os procedimentos previstos no rol de procedimentos da ANS devem ser cobertos e garantidos pelo plano de saúde aos beneficiários, mesmo que não citados expressamente no presente Termo de Referência;

y) O plano de saúde proposto deverá estar em conformidade com a Lei Federal nº 9.656, de 1998 e o Estatuto do Idoso.

z) Assistência domiciliar sem participação do usuário em Guaporé.

## 20. FORMAÇÃO DE VALORES

Os valores de referência foram formados a partir da utilização de um orçamento e dois contratos vigentes com valores atualmente praticados pelo mercado, evidenciados com a utilização de contratação análoga por cidade similar.

| FAIXA ETÁRIA | VALOR (R$) |
|---|---|
| 00 aos 18 anos | 125,75 |
| 19 aos 23 anos | 143,02 |
| 24 aos 28 anos | 157,77 |
| 29 aos 33 anos | 176,43 |
| 34 aos 38 anos | 207,33 |
| 39 aos 43 anos | 245,88 |
| 44 aos 48 anos | 311,38 |
| 49 aos 53 anos | 371,91 |
| 54 aos 58 anos | 551,12 |
| 59 anos ou mais | 678,47 |

## 20.1 DA FORMULAÇÃO DA PROPOSTA

A proposta deverá ser elaborada considerando o valor integral da prestação dos serviços destinados aos servidores elencados nas tabelas anexas a este Termo de Referência. O referido valor será custeado de maneira equitativa, na proporção de 50% (cinquenta por cento) pela Prefeitura e 50% (cinquenta por cento) pelo funcionário, sendo a parcela deste último objeto de desconto em folha de pagamento.

Para fins de contratação, o período a ser considerado será de 12 (doze) meses. Contudo, a proposta a ser apresentada deverá corresponder a 1/12 (um doze avos) do valor total anual, ou seja, ao valor mensal da prestação do serviço para os servidores indicados na tabela. A título de exemplo, o valor de

referência mensal para a contratação será de R$ 327.856,92 (trezentos e vinte e sete mil oitocentos e cinquenta e seis reais e noventa e dois centavos).

A proposta deverá ser acompanhada de uma tabela que detalhe os preços unitários da prestação do serviço por faixa etária. Esta tabela servirá de base para a cobrança dos servidores ativos e inativos que aderirem ao benefício, bem como de seus respectivos dependentes, os quais poderão ser incluídos livremente, desde que em estrita conformidade com as diretrizes estabelecidas neste Termo de Referência.

## 21. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

A contratada obriga-se a responsabilidade pelas atividades inerentes aos serviços médicos, no âmbito dos critérios da prestação de atendimento, é do licitante contratado, igualmente, e de forma integral, os compromissos de relações trabalhistas e previdenciárias decorrentes de toda a relação de emprego com os médicos prestadores dos serviços.

1. Executar o objeto nas especificações contidas neste Termo de Referência;
2. Pagar todos os tributos, contribuições fiscais e parafiscais que incidam ou venham a incidir, direta ou indiretamente, sobre o objeto contratado;
3. Manter, durante a execução do contrato, as mesmas condições de habilitação;
4. Aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários no quantitativo do objeto deste contrato, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor
5. contratado, conforme o previsto na Lei n.º 14.133/21;
6. Executar o objeto contratado, no preço, prazo e forma estipulados neste Termo de Referência e no contrato a ser firmado;
7. Executar o objeto do contrato dentro dos padrões exigidos pela ANS;
8. Responsabilizar-se pelo cumprimento de todas as cláusulas estabelecidas.
9. Disponibilizar programas de medicina preventiva aos beneficiários inscritos, mediante tele monitoramento e grupos operativos;
10. Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente;
11. Apresentar declaração de capacidade técnica para cumprir o objeto do presente contrato compatível com a área de abrangência licitada;
12. Efetuar entrega de medicamentos antineoplásicos orais de uso domiciliar, bem como para aqueles destinados ao controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico (oral ou venoso), por farmacêutica, com orientação individualizada ao beneficiário, em Guaporé, nos termos da RN nº 465 da ANS.

13 Efetuar a entrega dos cartões, realizar inclusões e exclusões de beneficiários na sede da contratada no município de Guaporé. Toda a documentação exigida pela operadora de saúde, além da entrega e auxílio no preenchimento de formulários, deve ser realizada diretamente pela contratada em suas dependências localizada no município de Guaporé.

14. Apresentar capacidade de liquidez corrente igual ou superior a 1,0, por meio de balanço patrimonial do último exercício.

**21.1. DAS PENALIDADES**

O descumprimento de qualquer regra estabelecida em contrato, tais como: cobrança de honorários indevidos, atendimento deficiente, ensejarão as seguintes penalidades:

a) advertência, quando executar o contrato com irregularidades passíveis correção durante a execução e sem prejuízo ao resultado;

b) multa de 2% (dois por cento) do valor total do contrato, por dia de atraso injustificado na execução do mesmo, observado o prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, após este prazo, será considerado inexecução contratual;

c) multa de até 30% (trinta por cento) sobre o valor total do contrato pela inexecução parcial ou total injustificada da obrigação pela CONTRATADA;

d) multa de 10% (dez por cento) sobre o valor estimado para a contratação pela recusa injustificada da ADJUDICATÁRIA em assinar o contrato;

e) suspensão temporária de participação em licitações e impedimento de contratar com o Município, no prazo de até 03 (três) anos, pelas infrações previstas no § 4º do art. 156 da Lei nº 14.133/2021;

f) declaração de inidoneidade para contratar com a Administração Pública pelo prazo de até 06 (seis) anos, pelas infrações previstas no § 4º do art. 156 da Lei nº 14.133/2021, até que seja promovida a reabilitação, facultado à CONTRATADA pedido de reconsideração da decisão da autoridade competente, no prazo de 10 (dez) dias da abertura de vistas ao processo.

As penalidades contratuais não prejudicam as previstas no artigo 25 e seguintes da Lei 9.656/98 e as de competência da ANS.

**22. EXCLUSÃO DE COBERTURA**

Estão EXCLUÍDOS de todas as coberturas deste plano os tratamentos/despesas abaixo, conforme o ROL da ANS:

a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental

b) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

c) Inseminação artificial;

d) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

e) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

f) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas "c" do inciso I e "g" do inciso II do art. 12 da lei nº 9.656/98;

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

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

i) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas , quando declarados pela autoridade competente.

## 23. OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRAÇÃO

Constituem-se obrigações da Administração, além das previstas em lei:

a) Atestar nas notas fiscais/faturas a efetiva prestação do objeto deste Contrato;

b) Aplicar à contratada as penalidades, quando for o caso, garantindo o direito à defesa e contraditório;

c) Prestar à Contratada toda e qualquer informação, por esta solicitada, necessária à perfeita execução do Contrato;

d) Efetuar o pagamento à Contratada no prazo avençado, após a entrega da Nota Fiscal no setor competente;

e) Notificar, por escrito, à Contratada da aplicação de qualquer sanção;

f) Proporcionar à Contratada as facilidades necessárias a fim de que possa desempenhar normalmente os serviços contratados;

g) Prestar à CONTRATADA e a seus representantes e funcionários todas as informações e esclarecimentos que eventualmente venham a ser solicitados;

h) Convocar a CONTRATADA para reuniões, sempre que necessário.

## 24. DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DA CONTRATADA

a) Registro da licitante na Entidade Profissional Competente ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar.

b) Apresentação de no mínimo 01 (um) atestado de comprovação de aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível em características com o objeto da licitação, expedido por pessoa jurídica de direito público ou privado.

**25. PRAZO E FORMA DE CONTRATO**

O presente Contrato será celebrado observado o lecionado no art. 107 da Lei 14.133/2021, tendo vigência de 12 meses a contar da data de assinatura do contrato

**25.1. DA FORMALIZAÇÃO**

Para formalização do contrato, a empresa adjudicada deverá comprovar que possui os profissionais e rede própria, credenciada e/ou referenciada para assistência à saúde para execução do objeto, conforme exigências do Edital, mediante apresentação de Guia de Serviços Médicos, contrato de prestação de serviço ou outro documento que comprove tais exigências.

**25.2. DA PRORROGAÇÃO**

Em caso de prorrogação contratual, adota-se o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) como índice oficial de reajuste dos valores das mensalidades do Plano de Saúde e dos valores da coparticipação nas consultas médicas, ou outro índice oficial que venha a substituí-lo.

**26. GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DE CONTRATO**

A gestão e a fiscalização do objeto contratado serão realizadas conforme o disposto no Decreto Municipal nº 7441/2023, de 28 de novembro de 2023, que "Regulamenta as funções do agente de contratação, da equipe de apoio e da comissão de contratação, suas atribuições e funcionamento, a fiscalização e a gestão dos contratos, e a atuação da assessoria jurídica e do controle interno no âmbito do Município de Guaporé".

- Gestor: Jonas Agosti
- Fiscal: Giovana Sordi
- Suplente: Ericsson Prantz

**27. FORMA DE PAGAMENTO**

O pagamento será efetuado à empresa contratada, mensalmente, até o 10º dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, mediante apresentação da nota fiscal acompanhada da relação dos beneficiários inscritos no período correspondente, devidamente assinado.

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**
**CÂMARA DE VEREADORES GUAPORÉ**

Guaporé, 29 de junho de 2026.

Ericsson dos Santos Prantz
Diretor Geral

Giovana Sordi
Consultora Jurídica

Jonas Agosti
Presidente