



EDITAL Nº 004/2026

PROCESSO Nº: 00820/2026.

DOTAÇÕES:

02.04.05.04.128.0400.4019.3.3.90.39.00 – Secretaria Municipal de Administração e Tecnologia da Informação / Manutenção e Desenvolvimento de Pessoas / Fonte: 1 – Tesouro.

02.10.361.1003.4049.3.3.90.39.00 - Secretaria Municipal de Educação / Manutenção e Desenvolvimento do Ensino / Fonte: 1 – Tesouro.

02.10.365.1001.4049.3.3.90.39.00 - Secretaria Municipal de Educação / Manutenção e Desenvolvimento do Ensino / Fonte: 1 – Tesouro.

02.10.365.1002.4049.3.3.90.39.00 - Secretaria Municipal de Educação / Manutenção e Desenvolvimento do Ensino / Fonte: 1 – Tesouro.

03.30.03.04.122.3002.6010 / Serviço Autônomo de Água e Esgotos de Amparo – SAAE

01.01.01.01.031.0010.2003.3.3.90.39 / Câmara Municipal de Amparo.

ENDEREÇO ELETRÔNICO: www.novobbmnet.com.br.

PRAZO PARA SOLICITAÇÕES DE CREDENCIAMENTO

INICIAIS: de 03/06/2026 à 19/06/2026 às 23h59

VIGÊNCIA DO EDITAL: Considerando se tratar de serviço contínuo, o presente edital possui prazo indeterminado, permanecendo aberto para recebimento de novos pedidos de inscrição após o prazo para solicitações de credenciamento iniciais.

PREÂMBULO

A **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE AMPARO/SP**, CNPJ: 43.465.459/0001-73, torna público que realizará **CREDENCIAMENTO** nos termos da Lei Federal n. 14.133, de 1º de abril de 2021, Lei Federal n. 14.442, de 02 de setembro de 2022 e demais legislação aplicável e ainda, de acordo com as condições estabelecidas neste Edital.

O respectivo Edital está disponível para consulta e aquisição a partir do dia 03 de junho de 2026, gratuitamente, através do site da Prefeitura de Amparo: <https://www.amparo.sp.gov.br/transparencia/licitacoes-amparo> ou mediante pagamento de taxa, referente às cópias, que deverá ser solicitada na Central de Atendimento ao Cidadão, localizada a Avenida Bernardino de Campos, nº 705, Centro, Amparo/SP.

As eventuais dúvidas referentes ao presente edital e termo de referência poderão ser esclarecidas na Secretaria Municipal de Administração e Tecnologia da Informação, situada na Avenida Bernardino de Campos nº 705 - Centro – Amparo/SP, de segunda à sexta-feira, das 09h às 16h, ou através dos telefones: (19) 3817-9344 / (19) 3817-9241, ou, ainda, pelo e-mail licitacoes@amparo.sp.gov.br.

As eventuais impugnações contra o edital podem ser enviadas através do e-mail licitacoes@amparo.sp.gov.br, na forma e nos prazos estabelecidos na Lei Federal nº 14.133/2021 e no presente edital.

As propostas deverão obedecer às especificações deste instrumento convocatório e seus anexos e serão encaminhadas por meio eletrônico. Para participar do Credenciamento, o interessado deverá previamente se credenciar junto a Bolsa Brasileira de Mercadorias, provedora do sistema, através do site www.novobbmnet.com.br, com a apresentação do termo de credenciamento e documentos cadastrais.

1. DO OBJETO

1.1. CREDENCIAMENTO de Operadoras e Administradoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, devidamente registradas na ANS, para a prestação de serviços continuados de assistência médico-hospitalar e ambulatorial aos servidores ativos, inativos, pensionistas e seus dependentes da Prefeitura Municipal, Câmara Municipal e SAAE de Amparo, de acordo com o art. 1º, inciso I e II § 1º, da Lei de nº 9.656/98, cadastradas na ANS, para prestação de serviços continuados, com cobertura de custos médico-hospitalares, de acordo com o rol de procedimentos médicos vigente instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados com a saúde, da Organização Mundial de Saúde, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada.

O plano de assistência à saúde poderá ser realizado por rede própria, cooperada ou credenciada, devendo atender as exigências da Lei nº 9.656/98 e da Resolução Normativa – RN nº 465/2021, bem como das resoluções que venham a atualizar esta, e demais normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dispor, quando mais vantajosa ao beneficiário, as coberturas assistenciais mínimas discriminadas nos atos Normativos Regulamentares da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS , conforme Edital, Minuta de Contrato e Anexos”.

1.2. O presente credenciamento se enquadra na hipótese do art. 79, inciso II, da Lei Federal nº 14.133/2021. - com seleção a critério de terceiros: caso em que a seleção do contratado está a cargo do beneficiário direto da prestação.

1.3. O credenciamento não obriga a administração pública a contratar.

2. DA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

2.1. Poderão participar deste Credenciamento os interessados que estiverem previamente cadastrados na Plataforma BBMNET Licitações Eletrônicas da Bolsa Brasileira de Mercadorias, no endereço www.novobbmnet.com.br.

2.2. O interessado responsabiliza-se exclusiva e formalmente pelas transações efetuadas em seu nome, assume como firmes e verdadeiros os atos praticados diretamente ou por seu representante, excluía a responsabilidade do provedor do sistema ou do órgão ou entidade promotora do credenciamento por eventuais danos decorrentes de uso indevido das credenciais de acesso, ainda que por terceiros.

2.3. É de responsabilidade do cadastrado conferir a exatidão dos seus dados cadastrais nos Sistemas

relacionados no item anterior e mantê-los atualizados junto aos órgãos responsáveis pela informação, devendo proceder, imediatamente, à correção ou à alteração dos registros tão logo identifique incorreção ou aqueles se tornem desatualizados.

2.4. A não observância do disposto no item anterior poderá impossibilitar a participação no presente procedimento.

2.5. Fica **vedada** a participação de:

2.3.1. Empresas declaradas inidôneas para licitar junto a qualquer órgão ou entidade da Administração direta ou indireta, Federal, Estadual ou Municipal.

2.3.2. Empresas impedidas de contratar com o Município de Amparo.

2.3.3. Empresas com falência decretada ou em recuperação judicial sem o Plano de Recuperação homologado pelo juízo competente e em pleno vigor.

2.3.4. Servidores pertencentes ao quadro de funcionários da Prefeitura Municipal de Amparo;

2.3.5. Pessoas que tenham vínculo de parentesco até o segundo grau ascendente, descendente e colateral com agente político (Prefeito, Vice-prefeito, Superintendente de entidades da Administração Pública Municipal indireta) ou Vereador do Município.

2.3.6. A vedação de que trata o subitem **2.3.5** estende-se a pessoas que tenham grau de parentesco com qualquer membro da Comissão de Contratação.

2.3.7. Membros da Comissão de Contratação.

2.3.8. aquele que não atenda às condições deste Edital e seu (s) anexo (s).

2.3.9. Pessoas jurídicas reunidas em consórcio.

3. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

3.1. Todas as especificações do objeto constantes no presente edital e no Anexo I – Termo de Referência vinculam o interessado.

3.2. A participação com a indicação da intenção de se credenciar implica obrigatoriedade do cumprimento das disposições contidas no Termo de Referência, assumindo o credenciado o compromisso de executar o objeto nos seus termos.

4. DA MANIFESTAÇÃO DE INTENÇÃO DE SE CREDENCIAR

4.1. O período de manifestação de intenção de se credenciar da primeira fase será de 10 (dez) dias úteis a contar da data de publicação deste edital, conforme Decreto Municipal nº 7.015 de 18 de dezembro

de 2024.

4.2. Início do recebimento da documentação exigida no presente edital de credenciamento para a primeira fase: 03/06/2026 às 9h00 e fim de recebimento 19/06/2026 às 23h59.

4.3. Os interessados se credenciarão exclusivamente por meio eletrônico www.novobbmnet.com.br, para prestação de serviços de Planos Privados de Assistência à Saúde da Prefeitura de Amparo/SP, do Serviço Autônomo de Água e Esgoto de Amparo e da Câmara Municipal com as seguintes informações:

4.3.1. A apresentação do requerimento de participação, com a indicação da intenção de se credenciar implica obrigatoriedade do cumprimento das disposições contidas no Termo de Referência, assumindo o credenciado o compromisso de executar o objeto nos seus termos, bem como de fornecer os materiais, equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, em quantidades e qualidades adequadas à perfeita execução contratual, promovendo, quando requerido, sua substituição.

4.3.2. No requerimento de participação com a indicação de sua intenção de se credenciar, o interessado apresentará também declaração que:

4.3.2.1. está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como de que o valor da contraprestação compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no instrumento convocatório;

4.3.2.2. 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;

4.3.2.3. 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;

4.3.2.4. 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.

4.3.3. O descumprimento das regras supramencionadas pela Administração ou por parte dos contratados pode ensejar a responsabilização perante os órgãos de controle e, após o devido processo legal, gerar as seguintes consequências: assinatura de prazo para a adoção das medidas necessárias ao exato cumprimento da lei, nos termos do art. 71, inciso IX, da Constituição; ou condenação dos agentes

públicos responsáveis e da empresa contratada ao pagamento dos prejuízos ao erário, caso verificada a ocorrência de superfaturamento ou sobrepreço na execução do contrato.

4.3.4. A falsidade da declaração de que trata o item 4.3.1 e 4.3.2 com seus subitens, bem como qualquer declaração exigida no presente edital de credenciamento, sujeitará o interessado às sanções previstas na Lei nº 14.133, de 2021, e neste Edital.

4.3.5. Quando for o caso, o interessado deverá comunicar imediatamente ao provedor do sistema qualquer acontecimento que possa comprometer o sigilo ou a segurança, para imediato bloqueio de acesso.

5. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

5.3. Para os fins do disposto no presente credenciamento, os documentos exigidos para fins de habilitação serão apresentados no formato eletrônico, conforme o art. 17, § 4º, da Lei 14.133/21.

5.4. Os documentos previstos nos itens 5.12 a 5.16.1 com seus subitens e alíneas, necessários e suficientes para demonstrar a capacidade da empresa interessada em realizar o objeto da contratação, deverão ser apresentados por todas as empresas que apresentarem o requerimento de participação junto a plataforma BBMNET para fins de habilitação, nos termos dos Arts. 62 a 70 da Lei Federal nº 14.133/2021.

5.5. Havendo dúvida sobre a veracidade do documento, será exigida a apresentação dos originais não digitais.

5.6. Na hipótese de o interessado não atender às exigências para habilitação, a empresa será inabilitada no Credenciamento.

5.7. As certidões deverão estar com seu prazo de validade em vigor. Se este prazo não constar de lei específica ou do próprio documento, será considerado o prazo de validade de 03 (três) meses, a partir da data de sua expedição.

5.8. Os documentos apresentados para a habilitação deverão estar em nome da interessada e, preferencialmente, com número de CNPJ. Se a empresa for matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz. Se for filial, todos os documentos deverão estar em nome da filial, exceto aqueles que, pela própria natureza ou por determinação legal, forem comprovadamente emitidos apenas em nome da matriz ou cuja validade abranja todos os estabelecimentos da empresa.

5.9. Não serão aceitos, para habilitação das empresas, protocolos de pedido de certidões. No caso de impossibilidade de emissão das certidões por inatividade do órgão emitente ou em caso fortuito ou

força maior, serão aceitos os respectivos protocolos cuja validade estará suspensa até a devida comprovação de regularidade, cessados os motivos que levaram a não apresentação das certidões.

5.10. Todos os documentos expedidos pela participante deverão estar subscritos por seu representante legal ou procurador, com identificação clara do subscritor.

5.11. A documentação de habilitação deverá ser apresentada pelas interessadas na seguinte conformidade:

5.12.Habilitação Jurídica

5.12.1. A documentação relativa à habilitação jurídica da empresa, cujo objeto social deverá ser compatível com o objeto do presente credenciamento, consistirá em:

- a)** Registro empresarial na Junta Comercial, no caso de empresário individual ou Sociedade Limitada Unipessoal, devendo ser apresentada a constituição da empresa e todas as suas alterações, caso não seja consolidado.
- b)** Ato constitutivo, estatuto ou contrato social atualizado, consolidado e registrado na Junta Comercial, em se tratando de sociedade empresária ou cooperativa, devendo o estatuto, no caso das cooperativas, estar adequado à Lei Federal nº 12.690/2012.
- c)** Para Sociedade por Ações: Inscrição do ato constitutivo e alterações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores, em exercício, devidamente registrados no órgão competente.
- d)** Documentos de eleição ou designação dos atuais administradores, tratando-se de sociedades empresárias ou cooperativas.
- e)** Para Sociedade Simples: Inscrição do ato constitutivo e alterações no registro civil das pessoas jurídicas, acompanhada de prova da diretoria em exercício.
- f)** Ato constitutivo atualizado e registrado no Registro Civil de Pessoas Jurídicas, tratando-se de sociedade não empresária, acompanhado de prova da diretoria em exercício.
- g)** Decreto de autorização, tratando-se de sociedade empresária estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.
- h)** Registro perante a entidade estadual da Organização das Cooperativas Brasileiras, em se tratando de sociedade cooperativa.

5.13. Regularidade Fiscal e Trabalhista

5.13.1. A documentação relativa à regularidade fiscal e trabalhista da empresa consistirá em:

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ).
- b) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes **municipal**, relativo à sede ou domicílio do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto da licitação.
- c) Certidão de Débitos Tributários **inscritos** na Dívida Ativa emitida pela Fazenda Estadual da sede ou domicílio da licitante, com prazo de validade em vigor.
- d) Certificado de regularidade de débito para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), com prazo de validade em vigor.
- e) Certidão de Débitos relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal, conforme Portaria conjunta RFB/PGFN nº 1.751 de 02/10/2014, com prazo de validade em vigor.
 - e.1) O item acima deverá ser obtido no site da Receita Federal, através do link: <https://servicos.receitafederal.gov.br/servico/certidoes/#!/home/cnpj>, pois desde o dia 03/11/2014 não há emissão da certidão previdenciária. A Receita Federal expede uma única certidão que abrange a regularidade das contribuições previdenciárias e de terceiros.
- f) Prova de inexistência de Débitos Inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa ou Positiva com Efeitos de 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, com prazo de validade em vigor.
 - f.1) A certidão a que se refere o item anterior poderá ser obtida através do link: <http://www.tst.jus.br/certidao>.
- g) Certidão de Débitos Mobiliários expedida pela Fazenda Municipal do domicílio ou da sede da licitante, com prazo de validade em vigor.

5.13.2. Considera-se Positiva com Efeitos de Negativa a Certidão de que conste a existência de créditos não vencidos; em curso de cobrança executiva em que tenha sido efetivada a penhora, ou cuja exigibilidade esteja suspensa por moratória, ou depósito de seu montante integral, ou reclamações e recursos, nos termos das leis reguladoras do processo tributário administrativo ou concessão de medida liminar em mandado de segurança.

5.14. Qualificação Econômico-Financeira

5.14.1. A documentação relativa à qualificação econômico-financeira da empresa consistirá em:

- a) Apresentação da Certidão Negativa de Falência expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica.
- b) Apresentação do Balanço Patrimonial, Demonstração de Resultado de Exercício e demais demonstrações contábeis dos 02 (dois) últimos exercícios sociais já exigíveis e apresentado na forma da Lei, que comprove a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por Balancetes ou Balanços Provisórios para empresas constituídas há mais de 01 (um) ano.
- b.1) Os documentos referidos na alínea anterior limitar-se-ão ao último exercício no caso de a pessoa jurídica ter sido constituída há menos de 2 (dois) anos.
- b.2) As empresas criadas no exercício financeiro da licitação deverão atender a todas as exigências da habilitação e ficarão autorizadas a substituir os demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura.
- c) Para fins de verificação da boa situação financeira, demonstrar através de fórmulas que será feita mediante a apuração de índices contábeis de liquidez e endividamento.

1. Índice de Liquidez Geral (ILG), assim composto:

$$ILG = \frac{AC + RLP}{PC + ELP}$$

Onde:

AC é o ativo circulante;

RLP é o realizável em longo prazo;

PC é o passivo circulante;

ELP é o exigível em longo prazo.

O resultado da operação acima deverá ser igual ou superior a 1.

2. Índice de Liquidez Corrente (ILC), assim composto:

$$ILC = \frac{AC}{PC}$$

Onde:

AC é o ativo circulante;

PC é o passivo circulante.

O resultado da operação acima deverá ser igual ou superior a 1.

3. Índice de Endividamento (IE), assim composto:

$$IE = \frac{PC + ELP}{AT}$$

Onde:

PC é o passivo circulante;

ELP é o exigível em longo prazo;

AT é o ativo total.

O resultado da operação acima deverá ser igual ou menor a 0,5.

OBSERVAÇÕES:

- d)** Os cálculos dos índices acima referidos deverão ser apresentados pela empresa juntamente com a documentação de habilitação, assinada por profissional habilitado da área contábil.
- e)** A comprovação da boa situação financeira da empresa, conforme dispõe o Artigo 69, § 1º da Lei Federal nº 14.133/21, poderá ser aferida com a aplicação de fórmulas indicadas. Para tanto, índices mínimos aceitáveis deverão ser indicados pela Administração no ato convocatório.
- f)** Os índices estão em compatibilidade com as exigências do Tribunal de Contas do Estado.

5.15. Qualificação Técnica:

- a)** Apresentar no mínimo 01 (um) Atestado(s) ou Certidão(ões) de Capacidade Operacional, em nome da licitante, fornecido(s) por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove(m) aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível com o objeto da presente contratação de forma satisfatória, com um efetivo mínimo de 50% (cinquenta por cento) da quantidade total de beneficiários;
- b)** Comprovar Índice de Desempenho de Saúde Suplementar (IDSS), divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), maior ou igual a 0,6 (TC-010301.989.21-6) referente a última competência apurada (ano base de 2024) (*).

(*) Os resultados da avaliação das operadoras são traduzidos pelo índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). O IDSS é um índice composto por um conjunto de indicadores agrupados em quatro dimensões e é calculado com base nos dados extraídos dos sistemas de informações da Agência ou coletados nos sistemas nacionais de informação em saúde.”.

Fonte: www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans;

5.16. Declarações

5.16.1. Apresentar declaração subscrita por representante legal da participante, elaboradas em papel

timbrado, conforme modelo constante no Anexo II – Modelo Arquivo Declarações (Fase Habilitação) do Edital, atestando que cumpre as exigências.

6. CONDIÇÕES GERAIS REFERENTES A HABILITAÇÃO

6.1. A Comissão terá até **03 (três)** dias úteis da data final das inscrições da primeira fase para efetuar as avaliações dos participantes, podendo a análise ser concluída antes do prazo.

6.2. Constituem motivos para inabilitação do interessado:

6.2.1. A não apresentação da documentação exigida para habilitação.

6.2.2. A apresentação de documentos com prazo de validade vencido.

6.2.3. A apresentação de documentos comprobatórios da regularidade fiscal referente à filial, quando a licitante for a Matriz e vice-versa.

6.2.4. A substituição dos documentos exigidos para habilitação por protocolos de requerimento de certidão.

6.2.5. O não cumprimento dos requisitos de habilitação.

7. DA IMPUGNAÇÃO CONTRA O EDITAL E DOS RECURSOS

7.1. Qualquer pessoa é parte legítima para impugnar o Edital, devendo protocolar o pedido no prazo de até 3 (três) dias úteis antes da data limite para apresentação da manifestação de intenção de se credenciar na forma do art. 164 da Lei nº 14.133, de 1 de abril de 2021.

7.2. A resposta à impugnação será divulgada em sítio eletrônico oficial no prazo de até 3 (três) dias úteis, limitado ao último dia útil anterior ao limite para manifestação de intenção de se credenciar.

7.3. As eventuais impugnações contra este Edital deverão ser dirigidas a Comissão de Seleção, protocoladas diretamente no Paço Municipal – Central de Atendimento ao Cidadão.

7.4. Serão admitidas impugnações por intermédio de e-mail licitacoes@amparo.sp.gov.br, desde que os documentos estejam assinados digitalmente, através de certificado digital emitido por uma autoridade certificadora vinculada à ICP-Brasil ou mediante assinatura digital emitida pelo Gov.br.

7.5. Os documentos digitais deverão ser produzidos ou reproduzidos no formato PDF, padrão ISO 19005-3:2012 (PDF/A - versões PDF 1.4 ou superior) e caso forem compactados serão aceitos com a extensão “.zip”.

7.6. A decisão sobre o pedido de impugnação será proferida pela Comissão de Seleção no prazo e observada a forma a que alude o parágrafo único do art. 164 da Lei nº 14.133, de 1 de abril de 2021.

7.7. Acolhida a petição contra o ato convocatório, será designada nova data para o recebimento das manifestações de intenção de se credenciar.

7.8. A apresentação da manifestação de interesse implica na aceitação tácita e irrestrita pelo interessado de todas as condições estabelecidas no presente Edital e em seus Anexos.

7.9. Após a análise da documentação de habilitação pela Comissão de Seleção, será agendada sessão de retorno através da plataforma www.novobbmnet.com.br para informar sobre a habilitação ou inabilitação das empresas que manifestaram interesse em se credenciar no presente processo, abrindo-se o prazo para manifestação de intenção de interpor recurso, no prazo de 10 (dez) minutos contados do momento em que a(s) interessada(s) for(em) declarada(s) habilitada(s) ou inabilitada(s) no Credenciamento.

7.10. A manifestação de intenção de interpor recurso deverá ser formalizada direta e tempestivamente na plataforma www.novobbmnet.com.br, no prazo estipulado no item 7.9, a partir do qual o licitante terá o prazo de 3 (três) dias úteis para apresentar suas razões recursais. O prazo para apresentação de contrarrazões será o mesmo do recurso e terá início a partir do próximo dia útil contado da data de término dos 03 (três) dias úteis para a apresentação das razões recursais.

7.10.1. As razões e contrarrazões de recurso deverão ser apresentadas **exclusivamente** através da plataforma www.novobbmnet.com.br, não serão aceitas razões ou contrarrazões de recurso enviadas via e-mail ou por qualquer outra forma.

7.11. Os recursos interpostos fora do prazo não serão conhecidos.

7.12. O recurso tem efeito suspensivo.

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

7.14. Os autos do processo permanecerão com vista franqueada aos interessados no sítio eletrônico www.novobbmnet.com.br.

8. DA DIVULGAÇÃO DA LISTA DE CREDENCIADOS

8.1. Serão credenciadas todas as pessoas jurídicas que atenderem todos os requisitos estabelecidos no Termo de Referência e no edital e que forem habilitadas no presente credenciamento.

8.2. O resultado do presente credenciamento será publicado no Jornal Oficial Eletrônico de Amparo (www.amparo.sp.gov.br) e estará disponível e atualizado no Portal Nacional de Compras Públicas – PNCP e no Portal da Transparência da Prefeitura, bem como, através da plataforma www.novobbmnet.com.br.

9. DA CONTRATAÇÃO

9.1. Após divulgação da lista de credenciados, as empresas credenciadas terão o prazo máximo de 5 (cinco) dias corridos para:

- a) Enviar material de apresentação da operadora/administradora e de sua rede credenciada para ser encaminhado aos beneficiários a fim de possibilitar a livre escolha da operadora que melhor atenda às suas necessidades dentre aquelas devidamente habilitadas.
- b) Enviar a documentação nos prazos previstos **no item 5 do Termo de Referência – DAS EXIGÊNCIAS PARA ATENDIMENTO.**

9.1.1. O material de apresentação da operadora/administradora poderá ser encaminhado presencialmente em cada um dos seguintes locais:

- a) Paço Municipal - Departamento de Recursos Humanos, situado na Avenida Bernardino de Campos, nº 705, Centro, CEP 13900-400, Amparo/SP.
- b) No Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE) - Divisão de Recursos Humanos do SAAE, situada na Rua José Bonifácio, nº 300, Centro, CEP 13900-320, Amparo/SP.
- c) Na Câmara Municipal de Amparo, situada na Rua do Legislador Amparense, 100 - Jardim Santa Helena, Amparo - SP ou através dos e-mails rh@amparo.sp.gov.br rh@saaeamparo.sp.gov.br e secretaria@camaraamparo.sp.gov.br.

9.1.2. Para o caso de envio do material de divulgação de que trata o item anterior através de e-mail, fica a empresa ciente de que a Prefeitura, SAAE e Câmara Municipal poderão imprimir o documento em preto e branco e em papel comum A4 para enviar para os departamentos onde os servidores não possuem acesso a e-mail ou possuem dificuldades para visualização de material através da internet, e, nesse caso, a Prefeitura, SAAE e Câmara Municipal não se responsabilizam caso o conteúdo não seja bem compreendido pelos funcionários no momento de sua escolha.

9.2. Após decorrido o prazo para apresentação do material de divulgação/apresentação das credenciadas e da rede credenciada, em atendimento às quantidades mínimas exigidas no item 5 do Termo de Referência, o Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura, a Divisão de Recursos Humanos do SAAE e a Câmara Municipal irão enviar os materiais apresentados pela(s) empresa(s) e o Termo de Seleção, cujo modelo integra o presente edital, para todos os beneficiários do plano de

saúde realizem sua opção mediante a livre escolha da operadora que melhor atenda às suas necessidades dentre aquelas devidamente habilitadas.

9.3. O servidor que não fizer sua escolha no prazo de até 05 (cinco) dias corridos, será direcionado para a credenciada que tiver o maior número de beneficiários.

9.4. Será celebrado contrato com todas as credenciadas que tiverem sido selecionadas pelos beneficiários, independentemente do número de adesões.

9.5. Os servidores poderão alterar sua opção após transcorridos 12 (doze) meses contados da última seleção realizada.

9.6. O edital de credenciamento permanecerá aberto para novas manifestações pela(s) empresa(s) interessada(s), sendo que, após a escolha inicial feita pelos servidores já pertencentes ao quadro da Prefeitura de Amparo, do Serviço Autônomo de Água e Esgotos de Amparo e Câmara Municipal, os mesmos somente poderão realizar a portabilidade do seu plano de saúde após transcorridos 12 (doze) meses contados da última seleção realizada, porém, considerando a previsão de contratação de novos servidores que terão direito ao plano de saúde, a Prefeitura, o SAAE e/ou Câmara Municipal poderão contratar essa(s) empresa(s) caso haja alguma seleção por parte de novos servidores.

9.7. Fica(m) a(s) empresa(s) credenciada(s) ciente(s) de que será(ão) celebrado(s) contrato(s) individual(is) para a Prefeitura de Amparo, para o Serviço Autônomo de Água e Esgotos de Amparo – SAAE e Câmara Municipal, sendo que, a depender da escolha dos servidores de cada órgão, uma empresa poderá ser contratada em um órgão e não ser contratada no outro.

9.8. A Prefeitura, Câmara Municipal e/ou o SAAE poderá(ão) convocar o credenciado durante todo o prazo de validade do credenciamento para assinar o contrato, sob pena de decair o direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas na Lei Federal nº 14.133/2021, e no presente edital de credenciamento.

9.9. O prazo para assinatura do instrumento contratual pelo credenciado, após convocação pela administração, será de 02 (dois) dias corridos.

9.10. O prazo de que trata o item 9.9 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.

9.11. O (s) contrato (s) terá (ão) vigência de 12 (doze) meses, contados da data da (s) sua (s) assinatura (s), podendo ser prorrogado (s) em conformidade com a Lei Federal nº 14.133/2021, através de termo aditivo, respeitada a vigência máxima decenal, visto de tratar de prestação de serviços contínuos.

9.12. O(s) contrato(s) decorrente(s) de credenciamento poderá(ão) ser alterado(s), observado o disposto nos Arts. 124 e 125 da Lei Federal nº 14.133, de 2021.

9.13. É vedado o cometimento a terceiros do objeto contratado.

10. GARANTIA CONTRATUAL

10.1. A **CREDENCIADA** deverá apresentar prestação de caução em garantia no valor correspondente a 5% (cinco por cento) do valor total do contrato, podendo ser prestada por uma das seguintes modalidades:

- a)** Caução em dinheiro ou em títulos da dívida pública emitidos sob a forma escritural, mediante registro em sistema centralizado de liquidação e de custódia autorizado pelo Banco Central do Brasil, e avaliados por seus valores econômicos, conforme definido pelo Ministério da Economia;
- b)** Seguro-garantia;
- c)** Fiança bancária emitida por banco ou instituição financeira devidamente autorizada a operar no País pelo Banco Central do Brasil;
- d)** Título de capitalização custeado por pagamento único, com resgate pelo valor total.

10.1.1 O prazo para apresentação da garantia contratual será de 05 (cinco) dias após a assinatura do contrato

10.1.2. A não prestação de garantia equivale ao descumprimento total da obrigação assumida, sujeitando a aplicação das penalidades legalmente estabelecidas.

11. DA ANULAÇÃO, DA REVOGAÇÃO E DO DESCREDENCIAMENTO

11.1. 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.

11.2. 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 Federal nº 14.133/2021.

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

11.4. O credenciado poderá solicitar seu descredenciamento a qualquer tempo, mediante solicitação escrita ao Município de Amparo, ao Serviço Autônomo de Água e Esgotos de Amparo – SAAE e/ou à Câmara Municipal, contendo a justificativa para o seu descredenciamento, que será deliberada no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis da data de recebimento da solicitação.

11.5. O pedido de credenciamento não desincumbe o credenciado do cumprimento de eventuais contratos formalizados.

11.6. Constituem motivos para o credenciamento:

- a)** perda das condições de habilitação do credenciado;
- b)** descumprimento injustificado do contrato pelo contratado;
- c)** sanção de impedimento de licitar e contratar ou de declaração de inidoneidade superveniente ao credenciamento; e
- d)** Apresentar em qualquer fase do processo de credenciamento ou na vigência do contrato de prestação de serviços, documentos que contenham informações inverídicas.

11.7. Nas hipóteses previstas no subitem anterior, além do credenciamento, deverá ser aberto processo administrativo, assegurados o contraditório e a ampla defesa, para possível aplicação de penalidade, na forma estabelecida na legislação.

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

12. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E REAJUSTE

12.1. O pagamento ocorrerá no prazo máximo de até 10 (dez) dias úteis da data de recebimento da nota fiscal eletrônica e após cumpridas todas as exigências, no que diz respeito à gestão e à fiscalização contratual.

12.1.1. O processamento do pagamento observará a legislação pertinente à liquidação da despesa pública, conforme os artigos 62 e 63 da Lei Federal nº 4.320/64 e dar-se-á por meio de depósito bancário e/ou transferência eletrônica, em favor da contratada, após verificados os elementos necessários e essenciais da nota fiscal, dentre os quais:

- a.** o prazo de validade;
- b.** a data da emissão;
- c.** os dados do contrato e do órgão contratante;
- d.** o período respectivo de execução do contrato;
- e.** o valor a pagar;
- f.** eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis.

12.2. A empresa fornecedora de bem ou prestadora de serviço deverá fornecer nota fiscal eletrônica de serviços, seguindo obrigatoriamente as instruções de **RETENÇÃO DO IMPOSTO RENDA NOS PAGAMENTOS**, conforme descrito abaixo:

- a) Quando sujeitos a retenção, destacar a retenção do imposto de renda no corpo do documento fiscal, observando os percentuais estabelecidos no Anexo I da IN 1.234/2012 (art. 3º-A, IN 1.234/2012);
- b) Quando não houver incidência de retenção do IR na fonte, conforme elencados no artigo 4º da Instrução Normativa RFB nº 1.234/2012, deverão apresentar, juntamente ao documento fiscal, declaração conforme anexos II, III e IV da referida instrução.

12.3. Nos termos do art. 16, da Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2 de outubro de 2014, será exigido da contratada a cada pagamento realizado, a comprovação da regularidade fiscal, no caso em que os documentos apresentados estiverem vencidos.

12.4. O (s) pagamento(s) será (ão) feito (s) através de transferência bancária, sendo vedado (s) a (s) emissão (ões) de boleto (s) bancário (s), cujos dados bancários da contratada deverão constar na (s) Nota (s) Fiscal (is) a ser (em) emitida (s).

12.5. Em caso de devolução da documentação fiscal para correção, o prazo para pagamento fluirá a partir de sua reapresentação.

12.6. Considerando que os serviços objeto do presente credenciamento deverão ser prestados pela(s) contratada(s) com taxa de administração a custo zero, os preços contratados somente terão alteração se houver a edição de novo Decreto Municipal determinando a majoração do valor do plano de saúde para os servidores municipais, não sendo necessária a realização de termo aditivo para alteração contratual nessa hipótese, considerando que o valor deverá ser repassado automaticamente para os beneficiários.

12.7. Respeitado interregno mínimo de 12 (doze) meses, os preços pactuados poderão ser reajustados para a manutenção de seu equilíbrio econômico-financeiro, em conformidade com o disposto no art. 92, § 3º, e no art. 135 da Lei nº 14.133/2021, bem como na Lei nº 10.192/2001, utilizando para tanto o índice IPC Saúde, divulgado pela FIPE, desde que formalmente solicitado pela **CONTRATADA** e acompanhado da memória de cálculo correspondente; mediante aprovação.

13. PENALIDADES

13.1. Comete infração administrativa, nos termos da lei, o interessado que, com dolo ou culpa:

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

13.1.2. Salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado, deixar de apresentar amostra, quando exigida, ou apresentá-la em desacordo com as especificações do edital.

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

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

13.1.5. apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o credenciamento

13.1.6. fraudar o credenciamento;

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

13.1.7.1. agir em conluio ou em desconformidade com a lei;

13.1.7.2. induzir deliberadamente a erro no julgamento;

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

13.1.9. praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei n.º 12.846, de 2013.

13.1. A CONTRATADA será responsabilizada civil e criminalmente por todo e qualquer prejuízo, acidente ou dano que vier a ser causado ao Município ou a terceiros, em virtude da execução do objeto para o qual foi contratada.

13.2. Na hipótese de descumprimento por parte da CONTRATADA das obrigações constantes no Termo de Referência, na proposta e àquelas assumidas no presente Instrumento, ou ainda infringência de preceitos legais pertinentes, serão a ela aplicadas, com fundamento nos artigos 155 e seguintes da Lei Federal nº. 14.133/2021, as seguintes penalidades:

a) Advertência e;

b) Multa, a ser aplicada em seu limite mínimo ou máximo, ou seja, de 0,5% a 30% do valor do contrato, considerando a gravidade e eventuais prejuízos causados à Administração pelo descumprimento, a ser apurado em processo administrativo – se a inexecução do contrato for total, importará à CONTRATADA multa de 30% (por cento) sobre o valor do Contrato, além de suspensão do direito de contratar com qualquer ente da Administração direta ou indiretamente, pelo prazo desde já fixado em 24 (vinte e quatro) meses, contados da aplicação de tal medida punitiva;

c) Impedimento de licitar e contratar no âmbito da Administração Pública Direta e Indireta deste Município, pelo prazo máximo de 03 (três) anos, ou enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida sua reabilitação perante esta Municipalidade, nos termos ao artigo 163 da Lei Federal nº. 14.133/2021;

d) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública Direta e Indireta de todos os entes federativos, pelo prazo mínimo de 03 (três) anos e máximo de 06 (seis) anos; sendo a referida penalidade precedida de análise jurídica observando as regras previstas no parágrafo 6º do artigo 156 da Lei Federal nº. 14.133/202, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida sua reabilitação perante esta Municipalidade, nos termos ao artigo 163 da Lei Federal nº. 14.133/2021;

13.5. As sanções previstas nos itens “a”, “c” e “d” poderão ser aplicadas cumulativamente com as previstas no item “b”.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1 A apresentação da manifestação de interesse em se credenciar implica na aceitação tácita e irrestrita pelo interessado de todas as condições estabelecidas no presente Edital e em seus Anexos.

14.2 Não serão aceitos impugnações, recursos, esclarecimentos ou manifestações de interesse em se credenciar enviados por via postal.

14.3 É facultada a Comissão de Seleção ou Autoridade Superior, em qualquer fase do credenciamento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo.

14.4 Destaca-se que todas as conversas/intimações serão feitas pelo(s) endereço(s) de e-mail(s) descrito(s) na proposta do interessado, sendo que qualquer modificação deverá ser comunicada por escrito no endereço de e-mail licitacoes@amparo.sp.gov.br e contratos@amparo.sp.gov.br.

14.5 As participantes são responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase da licitação.

14.6 Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário e local anteriormente estabelecido, desde que não haja comunicação da Comissão de Seleção em contrário.

14.7 Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus Anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento, e considerar-se-ão os dias consecutivos, exceto quando for explicitamente disposto em contrário. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente na Prefeitura Municipal de Amparo.

14.8 O Foro competente é o da Comarca de Amparo/SP, para dirimir as questões judiciais, que as partes não consigam, preferencialmente, acordar.

14.9 Integram o presente Edital, como partes indissociáveis, os seguintes Anexos:

- Anexo I – Termo de Referência.
- Anexo II – Modelo Arquivo Declarações
- Anexo III – Modelo de Termo de Seleção do Servidor
- Anexo IV – Termo de Credenciamento
- Anexo V - Minuta do Contrato.

Amparo, 02 de junho de 2026.

Regina Célia Aparecido Doné
Secretária Municipal de Justiça

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

O presente Termo de Referência tem por objeto o **CREDENCIAMENTO** de Operadora/administradoras e Administradoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, devidamente registradas na ANS, para a prestação de serviços continuados de assistência médico-hospitalar e ambulatorial aos servidores ativos, inativos, pensionistas e seus dependentes da Prefeitura Municipal, Câmara Municipal e SAAE de Amparo, de acordo com o art. 1º, inciso I e II § 1º, da Lei de nº 9.656/98, cadastradas na ANS, para prestação de serviços continuados, com cobertura de custos médico-hospitalares, de acordo com o rol de procedimentos médicos vigente instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados com a saúde, da Organização Mundial de Saúde, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada.

O plano de assistência à saúde poderá ser realizado por rede própria, cooperada ou credenciada, devendo atender as exigências da Lei nº 9.656/98 e da Resolução Normativa – RN nº 465/2021, bem como das resoluções que venham a atualizar esta, e demais normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dispor, quando mais vantajosa ao beneficiário, as coberturas assistenciais mínimas discriminadas nos atos Normativos Regulamentares da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

2. JUSTIFICATIVA

2.1 A contratação de plano de saúde, voltado à prestação de serviços médicos aos servidores municipais é, primeiramente uma imposição legal, conforme previsto nas Leis Municipais nº 2.139 de 13 de junho de 1995; Lei nº 3.811 de 02 de março de 2015 e Lei 4.141 de 05 de fevereiro de 2021, assim, não se trata de uma alternativa, mas obrigação do Município.

2.2 O modelo de credenciamento mostra-se o mais adequado à garantia da universalidade de acesso e da pluralidade de prestadores, possibilitando aos servidores a livre escolha da operadora/administradora/administradora que melhor atenda às suas necessidades dentre aquelas devidamente habilitadas. Tal sistemática fomenta a elevação da qualidade dos serviços por meio da concorrência baseada no desempenho e na eficiência, e não na mera disputa por preço.

2.3 A necessidade de um novo procedimento decorre da rescisão de contrato anterior, sendo imperativo estabelecer um sistema de contratação estável e contínuo.

3. NATUREZA DO CONTRATO E LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

3.1 O presente credenciamento constitui hipótese de inexigibilidade de licitação, com fundamento no art. 74, inciso IV c.c art. 79, inciso II, da Lei Federal nº 14.133/2021, por ser inviável a competição, já que a Administração Pública objetiva o credenciamento de todos os prestadores que preencham os requisitos definidos, cabendo aos servidores a livre escolha, dentre as operadora/administradoras credenciadas, daquela que melhor atenda aos seus interesses.

3.2 Contrato caracterizado pela contratação coletiva empresarial, bilateral, gerando direitos e obrigações entre as partes, conforme disposto nos artigos 458 e 461 do CC e art. 54 do CDC;

3.3. Aplica-se ainda o exposto disposto na Lei de nº 9.656/98, a Lei de nº 14.133/21, as Resoluções Normativas e demais instrumentos normativos ou regulatórios expedidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, aplicáveis ao caso.

4. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

4.1. A área de cobertura obrigatória do Plano de Saúde deverá abranger os municípios do Estado de São Paulo localizados em um raio de até 50 km (cinquenta quilômetros), medidos a partir do Paço Municipal de Amparo (Avenida Bernardino de Campos, 405, Centro), **observando o disposto nos itens 5.2 e 5.3.**

4.1.1. Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado nos Municípios pertencentes à área de abrangência estabelecida na cláusula anterior, a **CREDENCIADA** deverá garantir os referidos serviços observando a forma que dispõe a Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022, devendo garantir o atendimento em outras localidades fora da área de abrangência estabelecida, sem custo adicional ao beneficiário;

4.1.1.1. No caso do item anterior, caberá a **CREDENCIADA** o encaminhamento e localidade do atendimento, observando critérios técnicos, operacionais e na forma do disposto nas regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

4.2. A **CREDENCIADA** deverá oferecer rede credenciada/referenciada, devendo dispor de serviços e especialidades, em número suficiente e satisfatório de profissionais e instituições para o atendimento

dos beneficiários, mantendo o padrão de atendimento em todas as especialidades e em todos os serviços credenciados;

5.EXIGÊNCIAS PARA ATENDIMENTO

5.1. A Credenciada deverá comprovar, como condição para assinatura do contrato, o atendimento das seguintes exigências:

5.2. Imediatamente

- a) Serviço próprio ou credenciado, no Município de Amparo/SP, de pelo menos 01 (um) Pronto Socorro 24 horas, com UTI adulto, atendimento emergencial pediátrico, emergências obstétricas e partos;
- b) Serviço próprio ou credenciado, no Município de Amparo/SP, de pelo menos 01 (um) Hospital para internações e realização de procedimentos cirúrgicos de baixa e média complexidade;
- c) Serviço próprio ou credenciado, no Município de Amparo/SP, de pelo menos 01 (um) de Clínica de Radiologia/imagem, Laboratório de Análise Clínicas, Laboratório de Análise Patológica, em número suficiente e satisfatório de profissionais e instituições para o atendimento dos beneficiários, mantendo o mesmo padrão de atendimento;

5.2.1. A comprovação de que trata este item deverá ser realizada por meio do envio de relação (em formato MS-Excel) contendo nome fantasia, razão social, CNPJ, endereço, telefone e termo de credenciamento, se o caso.

5.3. Em até 10 (dez) dias da sessão pública do credenciamento:

- a) Serviço próprio ou credenciado, no Município de Amparo/SP, de pelo menos 01 (um) local para procedimentos de diálise peritoneal (CAPD), serviços de oncologia, hemodiálise e quimioterapia ambulatorial, em número suficiente e satisfatório de profissionais e instituições para o atendimento dos beneficiários, mantendo o mesmo padrão de atendimento;
- b) Serviço próprio ou credenciado, no Município de Amparo/SP, de pelo menos 01 (uma) Clínica de Psicologia incluindo atendimento a pacientes com Transtorno do Espectro Autista -TEA, Clínica de Fonoaudiologia, Clínica de Terapia Ocupacional e Clínica de Psicopedagogia, Clínica de Fisioterapia, em número suficiente e satisfatório de profissionais e instituições para o atendimento dos beneficiários, mantendo o padrão de atendimento;

c) Serviço próprio ou credenciado no Município de Amparo, com no mínimo as especialidades: pediatria, nefrologia, oncologia, ginecologia, obstetrícia, cardiologia, ortopedia e oftalmologia, em número suficiente e satisfatório de profissionais e instituições para o atendimento dos beneficiários, mantendo o padrão de atendimento em todas as especialidades e em todos os serviços credenciados, em conformidade com a Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022;

5.3.1. A comprovação de que trata este item deverá ser realizada por meio do envio de relação (em formato MS-Excel), contendo nome fantasia, razão social, CNPJ, endereço, telefone e termo de credenciamento, se o caso;

5.3.1.1. Desde que necessário, devidamente comprovado e autorizado pela Administração, o prazo estabelecido neste item, poderá ser prorrogado;

5.4. O não atendimento das exigências estabelecidas nos itens 5.2., 5.3., em sua forma e prazos, importará na desclassificação da Credenciada.

ATENÇÃO:

i) As justificativas para as exigências estabelecidas (itens 5.2. e 5.3.), encontram-se na parte final deste Termo de Referência;

ii) O Município poderá realizar diligências para complementação de informações acerca do atendimento das exigências pelas credenciadas.

5.5. A CREDENCIADA deverá comprovar o atendimento das seguintes exigências:

5.5.1. Em até 10 (dez dias) após assinatura do contrato:

a) Serviço de central telefônica gratuita (0800) para atendimento de modo a facilitar o atendimento ao Beneficiário nos casos de urgência e emergência, visando também auxiliar os interessados na escolha do melhor local para atendimento e prestação de outros esclarecimentos e informações com relação à rede credenciada;

b) Plataforma e aplicativo móvel em respeito aos princípios da publicidade e eficiência nos serviços públicos, além de garantir aos beneficiários informações em tempo real e facilitadas, conforme segue:

i) Carteira virtual, sem prejuízo da emissão da carteira de identificação física;

ii) Consulta Rede Credenciada;

iii) Solicitação de Autorização de Exames;

iv) Contatos e Endereços das Unidades de Atendimento;

5.5.1.1. Desde que necessário, devidamente comprovado e autorizado pela Administração, o prazo estabelecido neste item, poderá ser prorrogado.

6. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

6.1. Acomodação coletiva caracterizada por apartamentos com no máximo dois leitos e um banheiro em cada apartamento e acomodação em quarto privativo com banheiro e direito a acompanhante. Havendo indisponibilidade de leito nos estabelecimentos próprios ou credenciados, é assegurado ao consumidor o acesso à acomodação superior sem qualquer ônus, conforme previsto no art. 33 da Lei 9.656/98;

6.1.1. Será considerado como (*Plano A**) a acomodação em quarto coletivo;

6.1.2. Será considerado como (*Plano B**) a acomodação em quarto privativo.

** Nomes utilizados apenas como sugestão.*

7. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

7.1. A **CREDENCIADA** deverá garantir as condições já estabelecidas pelos beneficiários na operadora/administradora anterior descritos nos itens abaixo, sendo a transferência automática, dos servidores. São considerados “*beneficiários titulares*” para efeito do convênio os Servidores da Prefeitura do Município de Amparo, Serviço Autônomo de Água e Esgoto e Câmara Municipal de Amparo, bem como inativos e pensionistas que percebem pelos cofres da municipalidade;

7.2. Serão considerados “beneficiários dependentes” aqueles que mantenham com o beneficiário titular uma das seguintes relações:

a) Cônjuge;

b) Filhos (as) solteiros (as), até a idade de 39 (trinta e nove) anos e onze meses;

c) Enteadado menor sob guarda judicial ou tutelado;

d) Filhos incapazes, assim declarados na forma da lei, enquanto perdurar a incapacidade;

e) Companheiro ou companheira que comprove união estável com entidade familiar, conforme Lei Civil;

f) São considerados agregados:

g) Pai e mãe do servidor (somente serão incluídos no plano contratado, os agregados que já estão inclusos no plano atual: não serão admitidas novas inclusões de agregados no contrato objeto desta contratação);

** A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde;*

- h) Aos filhos dependentes que perderem essa condição deverá a operadora/administradora facultar o direito de firmar novo contrato individual até 30 (trinta) dias, contados da perda da condição de dependentes, ficando dispensados de cumprir prazos de carência para as coberturas que já tinham direito e já tinham cumprido no plano em que figuravam como dependentes;
- i) O contrato deverá prever cobertura assistencial ao recém-nascido filho natural ou adotados até 12 (doze) anos de idade, durante os primeiros trinta dias de vida ou adoção;
- j) Deverá ser assegurada a inscrição ao recém-nascido, filho biológico ou adotivo de até 12 (doze) anos de idade, como dependentes, isentos do cumprimento dos períodos de carências, agravo ou cobertura parcial temporária, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou adoção;
- k) Se o beneficiário contrair matrimônio ou iniciar união estável durante vigência deste contrato, para que seu cônjuge/companheiro seja considerado beneficiário dependente, deverá ser inscrito no plano dentro do prazo até 30 (trinta) dias, contados da data do casamento ou do início da formalização da união estável, vigorando a partir desta data a obrigação de pagamento de mensalidade para o novo beneficiário;
- l) A **CREDENCIANTE** obriga-se a fornecer, no ato da assinatura do contrato, a relação dos beneficiários que serão inscritos como titulares, dependentes e agregados, com nome e qualificação completa de cada um deles, além dos documentos oficialmente instituídos, bem como comprovação de vínculo do servidor municipal (no caso do beneficiário titular);
- m) Os novos servidores que forem contratados após a data da assinatura deste contrato, deverão ser inscritos como beneficiários dentro do prazo de 30 (trinta) dias contados de sua admissão, acompanhada da documentação exigida, sob pena de cumprimento de carência;
- n) A **CREDENCIANTE** obriga-se a comunicar a **CREDENCIADA**, mensalmente e por escrito, até o dia 15 (quinze) de cada mês, as novas inclusões e exclusões de beneficiários no plano ora contratado, remetendo os documentos necessários para comprovação do vínculo do servidor municipal;
- o) Compete a **CREDENCIANTE**, quando do fornecimento da lista de dependentes, justificar o vínculo de dependência ou parentesco conforme este artigo, comprovando-o, quando necessário, por todos os meios de prova em direito admissíveis para o caso;
- p) A exclusão do beneficiário titular cancelará automaticamente a inscrição dos respectivos dependentes e agregados.
- q) Os beneficiários dependentes, na qualidade de filhos, que venham a contrair matrimônio, perderão

a condição de dependentes, obrigando-se o beneficiário titular a comunicar o fato por escrito, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data do registro civil, à **CREDENCIANTE**, a qual deverá comunicar imediatamente à **CREDENCIADA**;

r) Na hipótese de o beneficiário titular não comunicar a **CREDENCIANTE** os casos de maioridade, emancipação ou matrimônio de seus filhos beneficiários dependentes nos prazos acima dispostos e estes continuarem a se utilizar dos serviços objeto do presente contrato ficará o beneficiário titular obrigado a reembolsar todas as despesas provenientes desta utilização;

s) É obrigação do beneficiário titular, nos casos de sua exclusão ou de exclusão de seus dependentes ou agregados, por qualquer motivo, devolver os cartões de identificação de beneficiário e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **CREDENCIADA**;

t) Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para a obtenção, atendimentos, mesmo que na forma contratada pelos beneficiários titulares, beneficiários dependentes ou beneficiários agregados, que perderem essa condição por exclusão ou, em qualquer hipótese, por terceiros que não sejam beneficiários com ou sem o conhecimento destes;

u) Ocorrendo a perda ou extravio do cartão, o beneficiário titular deverá participar imediatamente o ocorrido a **CREDENCIANTE**, que, por sua vez deverá informar imediatamente a **CREDENCIADA** para cancelamento do documento e emissão da segunda via, quando for o caso. A ausência da comunicação acarretará a responsabilidade do titular pela utilização indevida;

v) Para emissão da 2ª (segunda) via do cartão de identificação deverá a **CREDENCIANTE** encaminhar solicitação formal à **CREDENCIADA** e realizar o pagamento de importância correspondente à taxa de emissão da respectiva via, valor este a ser descontado da folha de pagamento do servidor (beneficiário titular), mediante sua expressa autorização.

A escolha de prestação de serviços será de livre-arbítrio do beneficiário, dentre a relação de profissionais, de hospitais, de centros médicos, de clínicas, básicas e especializadas, de laboratórios, dentre a rede própria, contratada, cooperada, referenciada e/ou credenciada ofertada pela , não podendo o atendimento ser somente em hospitais da própria operadora/administradora.

8. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

8.1. O presente contrato garante cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde (CID 10) da Organização Mundial

da Saúde, através de normas e procedimentos do Rol de Procedimentos nº RN nº 465/2021 e suas atualizações vigentes;

8.2. Os beneficiários farão jus, cumpridas as carências fixadas da cláusula de carências e dentro dos limites deste contrato, aos seguintes serviços:

- a)** Consultas Médicas sem limite de utilização, abrangendo as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b)** Serviços Ambulatoriais e de Apoio Diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos dentro da cobertura prevista neste contrato, quando solicitados e justificados por médico assistente, em formulário específico da **CREDENCIADA**;
- c)** Internações Hospitalares Clínicas e Cirúrgicas abrangendo as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os procedimentos obstétricos e aqueles considerados como alta complexidade, assim identificados por ato do Ministério da Saúde, quando solicitadas e justificadas por médico assistente, em formulário específico da **CREDENCIADA**;
- d)** Atendimento em Pronto Socorro, em caráter de urgência emergência;
- e)** Remoção inter-hospitalar;
- f)** Próteses e órteses nacionais ou nacionalizadas e devidamente registradas junto a Anvisa;
- g)** Transplante de rim e córnea;
- h)** Todos os procedimentos constantes do rol estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e Lei 9.656/98, bem como suas atualizações;
- i)** Nas consultas médicas de urgência/emergência, o beneficiário será atendido pelo médico plantonista, nos hospitais próprios ou credenciados;
- j)** Os beneficiários terão direito a cobertura ambulatorial em conformidade com as normas da ANS para os seguintes procedimentos considerados especiais:
 - 1.** Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
 - 2.** Quimioterapia ambulatorial;
 - 3.** Radioterapia (megavoltagem, cobalto terapia, cesioterapia, eletroterapia etc.);
 - 4.** Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
 - 5.** Hemoterapia ambulatorial;
 - 6.** Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, respeitadas as disposições e condições de cobertura impostas pela Agência.
- l)** Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

I - Atividades educacionais;

II - Consultas de aconselhamento para planejamento familiar;

III - Atendimento clínico;

IV - Sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);

V - Implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo;

m) Os procedimentos de alta complexidade, bem como as internações deverão ser autorizadas pela **CREDENCIADA** sem limitação de prazo, independentemente de ser internação na acomodação contratada ou UTI (Unidade de Terapia Intensiva), competindo ao médico assistente definir e justificar os períodos de internação. A obrigação de prestar os serviços de internação hospitalar compreende: cobertura das despesas com diárias hospitalares, prestação de serviços médicos, exames diagnósticos, serviços gerais de enfermagem, alimentação, toda e qualquer taxa, anestésicos, gases medicinais, sessões de quimioterapia e radioterapia, materiais e medicamentos usados na internação pelo beneficiário e prescritos pelos médicos assistentes;

n) A **CREDENCIADA** garantirá, também, cobertura em relação as cirurgias buço-maxilo-facial e aos procedimentos considerados especiais conforme determina o artigo 5º, incisos I e II da Resolução CONSU nº 10/98, a saber:

1. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

2. Quimioterapia;

3. Radioterapia incluindo radiomoldage, radioimplante e braquiterapia;

4. Hemoterapia

5. Nutrição parenteral e enteral;

6. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

7. Embolizações e radiologia intervencionista;

8. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

9. Fisioterapia;

10. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

8.3. A relação desta cláusula é taxativa, responsabilizando-se o titular por quaisquer outras despesas, o pagamento destas despesas deverá ser realizado pelo beneficiário diretamente ao hospital;

8.4. Na hipótese de internação de beneficiários menores de 18 anos, maiores de 60 anos ou portadores de incapacidade civil, a **CREDENCIADA** garantirá a presença de acompanhante, independentemente

do tipo de acomodação contratada e se responsabilizará, além da cobertura prevista neste contrato, por todas as despesas de alimentação que se fizerem necessárias deste acompanhante no hospital, dentro dos limites contratuais;

8.5. Nos casos de transtornos psiquiátricos os beneficiários terão cobertura para todos os transtornos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), com as seguintes características:

- a)** - Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativa de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b)** - Psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais na área de saúde mental com duração máxima de 12 semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 sessões por ano de contrato, não cumulativas;
- c)** - Tratamento básico que é aquele prestado por médico, com número limitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente;

8.6. Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

- I** - O custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
- II** - Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação do beneficiário de 50 % (por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
- III** - esse percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do plano.
- IV** - A cobertura do tratamento em regime de hospital dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes;

8.6.1. Os beneficiários terão direito a transplantes de rim e córnea, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados;

8.6.2. Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de “*doador cadáver*”, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e

seleção;

8.6.3. A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas centrais de notificações, captação e distribuição de órgãos (CNCDOs) integrantes do sistema nacional de transplante;

8.7. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – Portaria de Consolidação GM/MS nº 4/2017 e Decreto nº 9.175/2017 do Ministério da Saúde – que dispõe quanto a forma, autorização e cadastro junto ao sistema nacional de transplantes (SNT);

8.7.1. É de competência privativa das centrais de notificação: **(i)** capacitação e distribuição de órgãos (CNCDOs), dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor; **(ii)** determinar o encaminhamento de equipe especializada; **(iii)** providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor;

8.7.1.1. Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados todas aquelas necessárias à realização do transplante incluindo:

- i.** Despesas assistenciais com doadores vivos;
- ii.** Medicamentos utilizados durante a internação;
- iii.** Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio exceto medicamentos de manutenção;
- iv.** Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos;

8.8. Os beneficiários terão cobertura para o fornecimento de prótese e órtese nacionais ou nacionalizadas e devidamente registrados junto a ANVISA bem como de seus respectivos assessórios, desde que ligados ao ato cirúrgico coberto por este contrato;

8.9. Os beneficiários terão direito a prestação de serviços de cirurgia plástica reparadora e cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

8.10. Os beneficiários terão direito também, a remoção inter-hospitalar, quando comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista neste contrato, que se dará entre hospitais de rede própria ou credenciada da contratada quando em internações iniciadas e cobertas pela **CREDENCIADA**;

8.11. Na remoção inter-hospitalar do beneficiário, o meio de transporte a ser utilizado será definido pelo médico assistente e a **CREDENCIADA**;

8.12. A remoção somente será realizada após a confirmação de vaga no hospital destino;

8.13. Fica acordado que a cobertura de remoção nos casos de urgência e emergência será regida pelo disposto no artigo 7º da Resolução CONSU nº 13/98;

8.14. As coberturas de tratamentos ou procedimentos que não constem do rol estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar frente às Operadora/administradoras de Saúde e conforme Lei 9.656/98 e suas atualizações, deverá observar, no que couber, o contido na Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022.

9. EXCLUSÕES DE COBERTURA

9.1. Fica expressamente ajustado entre as partes que o presente contrato não cobre os serviços médico-hospitalares em face dos seguintes procedimentos:

- a)** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b)** Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;
- c)** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- d)** Inseminação artificial;
- e)** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- f)** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- g)** Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro na ANVISA;
- h)** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora/administradora em substituição à internação hospitalar;
- i)** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, importados não nacionalizados e não registrados junto à ANVISA;
- j)** Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
- k)** Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas relacionadas aos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico, a exceção dos honorários e materiais

utilizados;

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

m) Despesas de acompanhantes, excepcionadas:

I. Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 anos;

II. Acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências;

III. Despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;

n) Cirurgia para mudança de sexo;

o) Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;

p) Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não credenciados a Operadora/administradora à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;

q) Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;

r) Aplicação de vacinas;

s) Exames para piscina ou ginástica, necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

t) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

u) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

v) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

w) Especialidade médica não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

x) Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idoso;

y) Transplante, à exceção de córnea e rim e transplantes autólogos;

z) Consultas domiciliares;

aa) Procedimentos que sejam excluídos ou que não constem do rol estabelecendo pela Agência Nacional de Saúde Suplementar frente às Operadora/administradoras de Saúde e conforme Lei 9.656/98 e suas atualizações.

10. VIGÊNCIA

10.1. O prazo de vigência do contrato é de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por interesse das partes, com base no artigo 107, da Lei de nº 14.133 de 2021.

11. PERÍODOS DE CARÊNCIA

11.1. Os serviços prestados aos beneficiários regularmente incluídos na proposta de admissão a ser apresentada pela **CREDENCIANTE** na mesma data da assinatura do presente instrumento, estarão isentos de qualquer período de carência, sendo os serviços prestados imediatamente após a assinatura do contrato;

11.2. Não haverá carência para prestação dos serviços aos servidores e seus dependentes, desde que incluídos no plano em até 30 (trinta) dias de assinatura do contrato de prestação de serviços de assistência médica ou hospitalar ou da admissão do servidor pela **CREDENCIANTE**;

11.3. Em relação às novas inclusões, referentes a beneficiários que já figuravam como beneficiários no momento desta contratação e que venham a ser solicitadas após 30 (trinta) dias da assinatura do contrato ou referentes a beneficiários titulares ou dependentes cujas solicitações de inclusão sejam efetuadas após o prazo estabelecido (30 dias de sua admissão), incidirão os seguintes períodos de carência:

- a)** 24 (vinte e quatro) horas para os atendimentos de urgência e emergência decorrentes de acidentes pessoais, desde que possam implicar risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente.
- b)** 30 (trinta) dias para consultas médicas e exames simples;
- c)** 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos de alta complexidade;
- d)** 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas e cirúrgicas;
- e)** 180 (cento e oitenta) dias para internações em Unidade de Terapia Intensiva;
- f)** 180 (cento e oitenta) dias para internações decorrentes de transtornos psiquiátricos;
- g)** 300 (trezentos) dias para parto a termo.

12. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

12.1. O beneficiário deverá informar à **CREDENCIADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual, por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo

único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998;

12.2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofridor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007;

12.3. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o beneficiário titular preencherá o formulário de declaração de saúde acompanhado da carta de orientação ao beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo;

12.4. O beneficiário tem o direito de preencher a declaração de saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CREDENCIADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário;

12.5. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CREDENCIADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista;

12.6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da declaração de saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofridor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações;

12.7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **CREDENCIADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde;

12.8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CREDENCIADA** oferecerá a cobertura parcial temporária e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a **CREDENCIADA** não ofereça cobertura parcial temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na declaração de saúde ou aplicação posterior de cobertura parcial temporária ou agravo;

12.9. Cobertura parcial temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e

procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

12.10. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura **CREDENCIADA**, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora/administradora e o beneficiário;

12.11. Na hipótese de cobertura parcial temporária, a **CREDENCIADA** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à doença ou lesão preexistente;

12.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no rol de procedimentos e eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br;

12.13. É vedada a **CREDENCIADA** a alegação de doença ou lesão preexistente decorridos os 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde;

12.14. Nos casos de cobertura parcial temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998;

12.15. O agravo será regido por aditivo contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do agravo e período de vigência do agravo;

12.16. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CREDENCIADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de termo de comunicação ao beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à cobertura parcial temporária;

12.17. Instaurado o processo administrativo na ANS, à **CREDENCIADA** caberá o ônus da prova;

12.18. A **CREDENCIADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente;

12.19. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva

de toda a documentação;

12.20. Caso solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo;

12.21. Após julgamento, e acolhida a alegação da **CREDENCIADA**, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **CREDENCIADA**, bem como será excluído do contrato;

12.22. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo;

12.23. Não haverá cobertura parcial temporária ou agravo, nos casos de doença e lesão preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica **CREDENCIANTE**.

13. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

13.1. Atendimento de Urgência e de Emergência em Pronto Socorro próprio/credenciado. Nos casos de urgência ou emergência, os beneficiários poderão obter atendimento diretamente junto aos serviços próprios ou contratados pela empresa **CREDENCIADA** na modalidade prevista no contrato, conforme previsto na Resolução nº 13 (treze) do CONSU, devendo, para tanto, identificarem-se como Beneficiários, apresentar a carteira de identificação válida;

13.2. As coberturas de procedimentos de urgência ou emergência são aquelas que impliquem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis aos pacientes, incluindo as resultantes de acidentes pessoais ou de complicações do processo gestacional, regendo-se pela garantia de atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções;

13.3. Nos casos de transtornos psiquiátricos, são consideradas emergências as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o beneficiário ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão);

13.4. Quando o atendimento de urgência ou emergência for efetuada no decorrer do período de carência para internação, fica garantida a cobertura do atendimento ambulatorial, limitada às primeiras 12 (doze)

horas, igual àquela fixada para o plano do segmento ambulatorial não garantido, portanto, cobertura para internação;

13.5. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional, porém a beneficiária estiver em período de carência, fica assegurado o atendimento ambulatorial emergencial, sem custo. Atendidas as situações emergenciais, a permanência da beneficiária será limitada à 12 (doze) horas. Após, a responsabilidade financeira passará a ser do beneficiário, não cabendo ônus à **CREDENCIADA** e as remoções obedecendo o disposto na cláusula de remoção;

13.6. Nos demais casos em que o beneficiário estiver em período de carência, a cobertura de urgência ou emergência sem custo fica limitada à 12 (doze) horas. Após, a responsabilidade financeira passará a ser do beneficiário, não cabendo ônus à **CREDENCIADA** e as remoções obedecendo o disposto na cláusula de remoção;

13.7. O atendimento de urgência decorrente de acidentes pessoais, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato;

13.8. Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar ou, como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá obrigatoriedade de cobertura por parte da **CREDENCIADA**.

14. REEMBOLSO

14.1. A **CREDENCIADA** assegurará o reembolso no limite das obrigações do contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, dentro da área de abrangência deste contrato nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando for comprovadamente impossível a utilização de serviços próprios contratados ou credenciados da **CREDENCIADA**;

14.2. O valor do reembolso será correspondente aos das tabelas adotadas para pagamento dos médicos, serviços e hospitais credenciados da **CREDENCIADA**, conforme dispõe o art. 12, VI da Lei de nº 9656/98;

14.3. O reembolso de que trata a cláusula anterior, será efetuado no prazo de 30 (trinta) dias, contadas da apresentação dos documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial;

14.4. O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à **CREDENCIADA** os seguintes documentos:

a) Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio a ser fornecido pela

CREDENCIADA;

- b)** Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos de urgência ou emergência realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- c)** Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- d)** Recibos individualizados de horários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- e)** Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnósticos e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados no pedido do médico assistente;

14.4.1. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

15. REMOÇÃO

15.1. Os beneficiários terão direito também a remoção **inter-hospitalar**, quando comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, que se dará entre os estabelecimentos de rede própria ou credenciada, quando em internações iniciadas e dentro dos limites de cobertura;

15.1.1. Na remoção inter-hospitalar do beneficiário, o meio de transporte a ser utilizado será definido pelo médico assistente e a **CREDENCIADA**;

15.1.2. A remoção somente será realizada após a confirmação de vagas no hospital destino;

15.1.3. A cobertura da remoção nos casos de urgência e emergência será regida pelo disposto no artigo 7º da Resolução CONSU nº 13/98.

16. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

16.1. Para fins de atendimento, a **CREDENCIADA** deverá fornecer aos beneficiários, sem qualquer custo adicional, as carteiras individuais de identificação, rede credenciada, relação dos médicos conveniados/credenciados, com indicação das especialidades, endereços e telefones de seus consultórios e manual de utilização do plano de saúde, podendo ser cobrada do beneficiário taxa, correspondente ao custo de confecção de segunda via em razão de perda da carteira de identificação.

16.2. A rede credenciada, relação dos médicos conveniados/credenciados, com indicação das especialidades, endereços e telefones de seus consultórios e manual de utilização do plano de saúde poderão ser apresentados através de ambiente virtual;

16.3. Para ter acesso a qualquer atendimento, o beneficiário obriga-se a apresentar o cartão de identificação físico ou virtual, acompanhado de documento de identificação pessoal legalmente válido.

16.4. Os serviços e outros atendimentos objeto da contratação serão prestados dentro das regras operacionais da **CREDENCIADA**;

16.5. O serviço de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, deverão ser solicitados em guia própria da **CREDENCIADA** e ter autorização prévia para sua realização, se necessário;

16.6. Não havendo disponibilidade técnica para atendimento aos beneficiários na área de atuação da **CREDENCIADA**, esta os orientará para atendimento em outra unidade da mesma rede e atuação ou conveniada;

16.7. A **CREDENCIADA** fornecerá a **CREDENCIANTE** e ao beneficiário titular o "*guia médico de serviços*", onde constará a relação dos hospitais contratados, médicos, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e serviços de urgências e emergências, dentro de sua área de abrangência geográfica. A utilização de recursos médicos hospitalares fora da área de abrangência da **CREDENCIADA**, sem o encaminhamento desta, implica ao beneficiário o pagamento das despesas ocorridas a partir dessa data, exceto se o beneficiário estiver internado, conforme dispõe o art.13. III da Lei de nº 9656/98;

16.8. A **CREDENCIADA** fica reservado o direito de realizar perícias médicas, exames e inspeções com o objetivo de acompanhar a execução contratual;

16.8.1. A **CREDENCIANTE** poderá realizar em qualquer momento, atos de fiscalização através dos meios legais, visando o acompanhamento da adequada execução contratual;

16.9. Nos casos eletivos, quando for requerido pelo beneficiário autorização para realização de exames e procedimentos hospitalares ou ambulatoriais terá a **CREDENCIADA**, direito que os documentos e o referido beneficiário sejam submetidos à avaliação prévia;

16.10. A **CREDENCIADA** garantirá no caso de situações de divergências médicas a respeito da autorização prévia, a definição do impasse através de junta médica constituída em conformidade com as regras da ANS- Agência Nacional de Saúde;

16.11. As internações deverão ser autorizadas pela **CREDENCIADA**, sem limitação de prazo,

independentemente da acomodação escolhida pelo beneficiário na proposta de admissão ou UTI (Unidade de Terapia Intensiva), competindo ao médico definir e justificar os períodos de internação.

17. DOS PREÇOS E COPARTICIPAÇÃO

17.1. Os valores a serem pagos mensalmente por vida, seguem o disposto na Tabela I, apresentada abaixo:

TABELA I			
Faixa Etária	Enfermaria	Faixa Etária	Apartamento
00 a 18 anos	R\$ 124,33	00 a 18 anos	R\$ 174,05
19 a 23 anos	R\$ 174,67	19 a 23 anos	R\$ 244,54
24 a 28 anos	R\$ 207,55	24 a 28 anos	R\$ 290,56
29 a 33 anos	R\$ 225,01	29 a 33 anos	R\$ 315,01
34 a 38 anos	R\$ 251,72	34 a 38 anos	R\$ 352,42
39 a 43 anos	R\$ 305,16	39 a 43 anos	R\$ 427,21
44 a 48 anos	R\$ 340,09	44 a 48 anos	R\$ 476,12
49 a 53 anos	R\$ 462,36	49 a 53 anos	R\$ 647,30
54 a 58 anos	R\$ 540,44	54 a 58 anos	R\$ 756,62
Acima e/ou 59 anos	R\$ 769,56	Acima e/ou 59 anos	R\$ 1.077,39

17.2. No caso de haver coparticipação, os valores não deverão exceder os discriminados na tabela abaixo:

TABELA - COPARTICIPAÇÃO	
CONSULTAS ELETIVAS, PRONTO SOCORRO E PRONTO ATENDIMENTO	R\$ 52,58
EXAMES	R\$ 7,89
2ª VIA DE CARTÃO	R\$ 12,02

17.2.1. A cobrança para emissão de cartão, incidirá apenas nas segundas vias, isto é, na emissão de primeiras vias de cartão (início do contrato e admissões), **não** serão cobradas, seja dos titulares, dependentes ou agregados.

18. FAIXAS ETÁRIAS

18.1. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário;

18.2. A variação por faixas etárias para os fins valorização deste contrato serão:

18.2.1. Faixas Etárias Percentual:

- 1ª** de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- 2ª** de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;
- 3ª** de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;
- 4ª** de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;
- 5ª** de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;
- 6ª** de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;
- 7ª** de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;
- 8ª** de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;
- 9ª** de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade;
- 10ª** de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais;

18.3. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na proposta de admissão e, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com reajuste financeiro anual;

18.4. Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e sétima faixas;

18.5. Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade, estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual, na forma prevista neste contrato.

19. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

19.1. O beneficiário que contribuir para produtos de que tratam a Lei 9656/98, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, fica assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura

assistencial e acomodação ora contratadas, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade, nos termos do artigo 30 da mencionada lei e resolução 20 do CONSU;

19.2. O direito mencionado somente será concedido se o empregado tiver contribuído para o plano e mantido pelo período de 1/3 do tempo em que o beneficiário tenha permanecido no plano, assegurando-lhe o prazo mínimo de 6 meses e o prazo máximo de 24 meses. A manutenção de que trata este item é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho. Em caso de morte do titular, o direito de permanência será assegurado aos dependentes cobertos pelo presente plano, desde que assuma o seu pagamento integral, dentro do prazo e condições mencionadas no parágrafo anterior;

19.3. O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho;

19.4. O direito à comunidade assistencial assegurado nesta cláusula, no mesmo plano e nas mesmas condições contratadas pela **CREDENCIANTE**, deixará de ser assegurado ao beneficiário quando da sua admissão em novo emprego;

19.5. Ao aposentado que contribui para produtos de que tratam a Lei 9656/98, em decorrência de vínculo empregatício 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 da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral;

19.6. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam a Lei 9656/98, em decorrência de vínculo empregatício, por período inferior a dez anos, fica assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, à razão de 1 ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade, nos termos do artigo 31 da mencionada Lei e resolução 21 do CONSU;

19.7. Para gozo do direito assegurado no artigo 31 da Lei 9656/98, observar-se-ão as condições de manutenção obrigatória de todo o grupo familiar inscrito quando da aposentadoria, ficam asseguradas as vantagens obtidas pelos empregados decorrentes das negociações coletivas de trabalho, em caso de morte do titular o direito de permanência será assegurado aos dependentes e agregados cobertos pelo presente plano, desde que assume seu pagamento integral, dentro do prazo e condições mencionadas no parágrafo anterior. O direito assegurado deixará de existir quando da admissão do beneficiário em novo emprego;

19.8. O exonerado ou demitido deve optar pela manutenção do benefício aludido no prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu desligamento, em resposta a comunicação da empresa empregadora,

formalizada no ato da rescisão contratual;

19.9. Conforme parágrafo 9º do artigo 2º CONSU 20 e 21, no caso de encerramento ou cancelamento do contrato coletivo, incluindo-se o grupo de beneficiários ativos e inativos, demitidos e aposentados conforme artigo 30 e 31 da Lei 9656/98, serão respeitadas as regras da Resolução CONSU nº 19;

19.10. A **CREDENCIADA** garantirá a migração para plano individual/familiar, em caso de cancelamento do plano coletivo, desde que a opção seja feita no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento;

19.11. Para efeito de contagem e prazos de carência considerar-se-á o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

20. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

20.1. A exclusão do beneficiário titular cancelará automaticamente a inscrição dos respectivos dependentes;

20.2. O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, no plano pessoa física, individual ou familiar em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda dessa qualidade, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato, nas mesmas condições de coberturas ora contratadas, e se optar por outra modalidade que abranja novas coberturas, deverá cumprir as carências para as novas coberturas.

21. SUSPENSÃO

21.1. O atraso do pagamento das mensalidades superior a 30 (trinta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, poderá implicar na suspensão dos atendimentos;

22. PROGRAMAS DE PROMOÇÃO

22.1. A **CONTRATADA** deverá disponibilizar **em até 60 (sessenta) dias após a assinatura do contrato**, Programa (s) de Promoção à Saúde e prevenção de doenças com unidade física sediada no Município de Amparo, com no mínimo 1 (um) Programa registrado na ANS;

22.2. O Programa deverá ser voltado à Atenção Primária à Saúde (APS), guiado por pelo menos 01 (um) profissional médico e uma equipe multidisciplinar, com ações voltadas a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos;

22.3. A implementação e execução de Programa (s) promocional (is) não deverá gerar quaisquer custos adicionais ao Município ou aos beneficiários;

22.4. Desde que necessário, devidamente comprovado e autorizado pela Administração, o prazo estabelecido no item 22.1. poderá ser prorrogado.

23. DA COBRANÇA EM CASO DE AFASTAMENTO PREVIDENCIÁRIO

23.1. Em caso de afastamento previdenciário, o beneficiário deverá arcar com o pagamento do valor que lhe cabe no custeio do convênio médico, cabendo a **CREDENCIANTE** estabelecer os meios para efetivar o respectivo pagamento.

24. DISPOSIÇÕES GERAIS

24.1. Na eventualidade da insatisfação quanto ao plano, atendimento dos profissionais, serviços e colaboradores da **CREDENCIADA**, a **CREDENCIANTE** encaminhará notificação para a devida apuração e resolução;

24.2. O beneficiário poderá optar por internações hospitalares em acomodação superior às previstas neste contrato. Esta opção, todavia, implicará o pagamento pelo próprio beneficiário, diretamente aos Hospitais e aos médicos, das despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares, sendo que a **CREDENCIADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente entre as partes, pois tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário;

24.3. A **CREDENCIADA** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada neste contrato.

25. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

25.1. Os documentos relativos à habilitação, regularidade fiscal e regularidade trabalhista, deverão ser exigidos àqueles já exigíveis constantes nas minutas padronizadas pelo Departamento de Suprimentos, aplicáveis à objeto semelhante (serviços).

25.2. Qualificação Econômico-Financeira:

a) Apresentar balanço patrimonial, demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis dos 2 (dois) últimos exercícios sociais, já exigíveis e apresentados na forma da legislação aplicável à matéria, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por Balancetes ou Balanços Provisórios para empresas constituídas há mais de 01 (um) ano;

b) Na hipótese de empresa constituída há menos de 12 (doze) meses, deverá apresentar balanço de abertura;

25.3. Qualificação Técnica:

- a)** Apresentar no mínimo 01 (um) Atestado(s) ou Certidão(ões) de Capacidade Operacional, em nome da licitante, fornecido(s) por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove(m) aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível com o objeto da presente contratação de forma satisfatória, com um efetivo mínimo de 50% (cinquenta por cento) da quantidade total de beneficiários;
- b)** Comprovar Índice de Desempenho de Saúde Suplementar (IDSS), divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), **maior ou igual a 0,6** (TC-010301.989.21-6) referente a última competência apurada (ano base de 2024) (*)

() Os resultados da avaliação das operadora/administradoras são traduzidos pelo índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). O IDSS é um índice composto por um conjunto de indicadores agrupados em quatro dimensões e é calculado com base nos dados extraídos dos sistemas de informações da Agência ou coletados nos sistemas nacionais de informação em saúde.”.*

Fonte: www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadora/administradoras/qualificacao-ans;

26. GARANTIA CONTRATUAL

26.1. A CREDENCIADA deverá apresentar prestação de caução em garantia no valor correspondente a 5% (cinco por cento) do valor total do contrato, podendo ser prestada por uma das seguintes modalidades:

- a)** Caução em dinheiro ou em títulos da dívida pública emitidos sob a forma escritural, mediante registro em sistema centralizado de liquidação e de custódia autorizado pelo Banco Central do Brasil, e avaliados por seus valores econômicos, conforme definido pelo Ministério da Economia;
- b)** Seguro-garantia;
- c)** Fiança bancária emitida por banco ou instituição financeira devidamente autorizada a operar no País pelo Banco Central do Brasil;
- d)** Título de capitalização custeado por pagamento único, com resgate pelo valor total.

26.1.1 O prazo para apresentação da garantia contratual será de 05 (cinco) dias após a assinatura do contrato

26.1.2. A não prestação de garantia equivale ao descumprimento total da obrigação assumida,

sujeitando a aplicação das penalidades legalmente estabelecidas.

27. OBRIGAÇÕES, RESPONSABILIDADES, PENALIZAÇÕES E FORMA DE PAGAMENTO

27.1. As obrigações e responsabilidade das partes, penalizações e forma de pagamento, será conforme minuta de contrato padronizada pelo Departamento de Suprimentos do Município, bem como o disposto no artigo 156 da Lei 14.133/2021.

28. EXEMPLO DE TABELA PARA COMPOSIÇÃO DE PREÇOS - QUANTIDADE E PESSOAS POR FAIXA ETÁRIA - ESTIMATIVA DE QUANTIDADE

TABELAS DE BENEFICIÁRIOS ATUAL E VIGENTE DA PREFEITURA, CÂMARA E SAAE (tabelas 1, 2 e 3 - contrato firmado com a atual empresa prestadora dos serviços) E TABELA TOTALIZADORA

TABELA 1:

ATUAL CONTRATO	PREFEITURA	
	ATIVOS	INATIVOS
de 00 a 18 anos	452	
de 19 a 23 anos	126	
de 24 a 28 anos	102	
de 29 a 33 anos	137	
de 34 a 38 anos	196	
de 39 a 43 anos	247	
de 44 a 48 anos	326	
de 49 a 53 anos	299	
de 54 a 58 anos	291	
acima 59 anos	658	140

TOTAL	2974	140
--------------	-------------	------------

TABELA 2:

ATUAL CONTRATO	SAAE	
	ATIVOS	INATIVOS
de 00 a 18 anos	22	0
de 19 a 23 anos	10	0
de 24 a 28 anos	4	0
de 29 a 33 anos	9	0
de 34 a 38 anos	11	0
de 39 a 43 anos	17	0
de 44 a 48 anos	25	0
de 49 a 53 anos	29	0
de 54 a 58 anos	27	0
acima 59 anos	62	8
TOTAL	216	8

TABELA 3:

ATUAL CONTRATO	CÂMARA	
	ATIVOS	INATIVOS
de 00 a 18 anos	5	0
de 19 a 23 anos	2	0
de 24 a 28 anos	3	0
de 29 a 33 anos	3	0
de 34 a 38 anos	3	0
de 39 a 43 anos	7	0
de 44 a 48 anos	1	0
de 49 a 53 anos	3	0
de 54 a 58 anos	3	0
acima 59 anos	6	2
TOTAL	26	2

Observações:

1. Os dados acima se referem ao atual quadro de servidores (ativos/inativos) e seus dependentes, contudo, se trata de uma realidade atual que poderá sofrer alterações – acréscimos/decrécimos, de acordo com admissões, demissões ou pedidos de cancelamentos de planos por parte dos servidores municipais;
2. Para efeito de contrato e para evitar eventual comprometimento de quantitativos com possibilidade

de que as alterações posteriores possam extrapolar o limite legal permitido para novos acréscimos, deverá ser considerada as informações totalizadoras abaixo relacionadas (tabela totalizadora).

TABELA TOTALIZADORA:

ITEM	FAIXA ETÁRIA	PREFEITURA – SAAE - CAMARA			TOTAL PESSOAS
1	0-18	452	23	5	480
2	19-23	126	11	2	139
3	24-28	102	4	3	109
4	29-33	137	10	3	150
5	34-38	196	12	3	211
6	39-43	247	18	11	276
7	44-48	326	27	1	354
8	49-53	299	30	3	332
9	54-58	291	28	3	322
10	59 E ACIMA	798	74	10	882
TOTAL		2974	237	44	3255

Observações:

1. A tabela totalizadora acima, apresenta informações total de pessoas, considerando os dados do último contrato (contrato 086/2025), incluindo as novas contratações/exclusões ocorridas no período;
2. Apesar de ser quantitativo a ser considerado para efeito de contrato, somente haverá oneração e pagamento das quantidades efetivamente contratadas, até porque se trata de quantitativo aproximado.
3. De acordo com as informações já fornecidas e cientes de possíveis ajustes com base na variação de demanda, foi aplicado à tabela totalizadora um acréscimo de 5% no número total de pessoas. Esse percentual reflete uma previsão de variação até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial do contrato, nos termos do artigo 125 da Lei Federal nº 14.133/2021.

DA COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO

A Comissão de Contratação é formada por 02 (dois) servidores lotados no Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura e 01 (um) Contador Municipal e 01 (um) Agente de Contratação lotado no Departamento de Suprimentos da Prefeitura.

O Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura indica os seguintes servidores:

a) Nome: Isabela de Souza Delamico

Cargo: Supervisora do Departamento de Recursos Humanos

Matrícula Institucional: 12522

b) Nome: Samuel Bruno Silva

Cargo: Analista de Recursos Humanos

Matrícula Institucional: 13066

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

SAAE:

- Ficha 976 - Dotação 03.30.03.04.122.3002.6010

Câmara:

- Ficha 17 – Dotação 01.01.01.01.031.0010.2003.3.3.90.39

Prefeitura:

- SMATI – Ficha 158 – 02.04.05.04.128.0400.4019.3.3.90.39.00
- SME – Ficha 424 – 02.10.02.12.361.1003.4049.3.3.90.39.00
- SME – Ficha 467 – 02.10.02.12.365.1002.4049.3.3.90.39.00
- SME – Ficha 447 – 02.10.02.12.365.1001.4049.3.3.90.39.00

Julio Cesar Camargo
Secretário – SMATI

Mariana Barbosa de Mattos Hilário
Supervisora – SMATI

JUSTIFICATIVA – ANEXO DO TERMO DE REFERÊNCIA

EXIGÊNCIAS ESTABELECIDAS NOS ITENS 5.2. e 5.3. do Termo de Referência

É dever do Município implementar medidas adicionais em virtude do necessário atendimento ao interesse público tutelado. Sobre o assunto, o Excelentíssimo Conselheiro do Tribunal de Contas do Estado, Doutor Renato Martins Costa, em decisão à representação intentada contra o Edital do mesmo objeto, nos autos do processo TC-020133.989.23-6, assim decidiu:

*“Outrossim, anoto que as condições e os deveres contratuais, incluindo os prazos para que a vencedora dê início à **operação do serviço por estrutura própria ou credenciada, configuram matéria afeta ao exercício da competência discricionária do Administrador, aqui exercida em virtude da natureza do interesse público concretamente tutelado pelo Poder Público**” (grifamos).*

No mais, o próprio TCE, em licitação realizada referente ao objeto semelhante, também promoveu exigências para atendimento imediato – justificadas pela natureza do objeto – conforme Pregão Eletrônico de nº 15/2022, disponível no seguinte endereço eletrônico: https://www4.tce.sp.gov.br/licitacao/sites/licitacao/files/pre_eletronico_15_12126_21_60_plano_de_saude_edital_9202_5549_4894_7163.pdf.

No mencionado Edital de Licitação promovida pelo Órgão de Contas, consta na cláusula 4.1.5. (outras comprovações), itens “g” e “g.1”:

*“(g) **No momento da assinatura do contrato, a empresa: g.1) comprovará que sua rede credenciada / referenciada possui estabelecimentos que apresentam condições de atender, de imediato, a quantidade mínima estabelecida no subitem 14.33 do Termo de Referência, Anexo I do Edital (Sede e 20 Unidades Regionais) e que a totalidade prevista dos estabelecimentos estará credenciada dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias da assinatura do contrato;**” (grifamos).*

Ou seja, em determinadas situações, é possível exigir atendimento de condições especiais como condição para assinatura do contrato.

Amparo, 15 de maio de 2026

Julio Cesar Camargo

Secretário – SMATI

Mariana Barbosa de Mattos Hilário

Supervisora – SMATI

ANEXO II
MODELO ARQUIVO DECLARAÇÕES
(Utilizar papel timbrado da pessoa jurídica solicitante)

Processo nº: 00820/2026.
Credenciamento nº: 004/2026.

Eu, _____ (nome completo do representante legal), inscrito(a) no CPF sob o nº _____, na qualidade de representante legal da pessoa jurídica _____ (razão social), inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede em _____ (endereço completo), venho, por meio desta, solicitar o credenciamento como prestadora de serviços de saúde.

Para tanto, **DECLARO**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que:

- a) A empresa cumpre plenamente as exigências para o credenciamento, conforme as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pelo Manual do Credenciado e/ou outros instrumentos convocatórios desta operadora, e possui toda a documentação comprobatória de sua regularidade jurídica, fiscal e técnica.
- b) A empresa possui todas as licenças e alvarás necessários para o seu funcionamento, incluindo o alvará sanitário expedido pelo órgão competente e o registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os quais se encontram válidos e regulares.
- c) Os profissionais de saúde vinculados à empresa possuem a devida qualificação técnica e estão com seus registros ativos e regulares nos respectivos conselhos de classe.
- d) A empresa não possui, em seu quadro de pessoal, empregado(s) com menos de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e não emprega menores de 16 (dezesseis) anos, exceto na condição de aprendiz, a partir dos 14 (quatorze) anos, em estrita observância ao disposto no art. 7º, inciso XXXIII, da Constituição Federal.
- e) Inexiste grau de parentesco nos termos do art. 109 da Lei Orgânica Municipal

- f) Estou ciente de todas as obrigações, direitos e deveres constantes no Regulamento de Credenciamento e no Contrato de Prestação de Serviços a ser firmado, comprometendo-me a cumpri-los integralmente.
- g) Está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como de que o valor da contraprestação compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no instrumento convocatório
- h) 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
- i) 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

Por fim, apresento os dados da pessoa jurídica interessada:

Dados da interessada:

Razão Social:

CNPJ nº:

Endereço:

CEP: _____, Cidade/Estado: _____.

(Nome completo, cargo ou função e assinatura do representante legal)

ANEXO III

TERMO DE SELEÇÃO DO SERVIDOR

_____ servidor público municipal (Prefeitura/Câmara Municipal/SAAE)
_____, nos termos legais do art. 79, II, da Lei Federal n. 14.133, de 1º de abril de 2021, nos autos processuais do CREDENCIAMENTO Nº XX/2026, em específico às cláusulas editalícias 9.2. a 9.4. VEM, por meio deste termo, SELECIONAR A EMPRESA ABAIXO DISCRIMINADA, dentre todas as credenciadas, PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, aos quais tem direito. Nesta ocasião ainda, declaro estar ciente de que a alteração da empresa escolhida somente poderá ser feita após 12 (doze) meses da última seleção realizada, conforme previsto na cláusula 9.5 do edital.

LISTA DE EMPRESAS CREDENCIADAS

Empresa A

Empresa B

Empresa C

Empresa D

Amparo, ...de.....de 2026.

Assinatura do servidor

ANEXO IV
TERMO DE CREDENCIAMENTO

A Prefeitura do Município de Amparo registra por este ato que os requerentes abaixo mencionados se encontram, na presente data, credenciados junto à Prefeitura do Município de Amparo para prestação de serviços de Planos Privados de Assistência à Saúde, nos termos do EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº XXX

RAZÃO SOCIAL	CNPJ
XXXXXX	XXXXXXXXX

Amparo, ____ de _____ de 2026.

JULIO CESAR CAMARGO

Secretário Municipal de Administração e Tecnologia da Informação

ANEXO V
MINUTA DE CONTRATO Nº .../2026

Autorizado no
Processo nº 820/2026

CREDENCIAMENTO - TERMO DE CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO, COMO CONTRATANTE E, DE OUTRO LADO, COMO CONTRATADA, ..., PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CONTINUADOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E AMBULATORIAL AOS SERVIDORES ATIVOS, INATIVOS, PENSIONISTAS E SEUS DEPENDENTES DO(A)....., DE ACORDO COM O PROPOSTO NO CREDENCIAMENTO Nº 004/2026.

Pelo presente contrato que entre si celebram, de um lado, com sede - Amparo/SP, inscrito(a) no CNPJ, doravante denominado(a) **CONTRATANTE**, representado(a) pelo(a) Ilmo(a). Sr(a) e, de outro lado, doravante denominada **CONTRATADA**, a empresa, inscrita no CNPJ sob nº, com sede na, nº, Bairro, na cidade de, Estado de, CEP:, representada pelo(a) **Sr(a)**, têm entre si justo e contratado a prestação de serviços acima mencionados, de acordo com o proposto no Credenciamento nº/2026, constante do Processo Licitatório em epígrafe, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO – A CONTRATADA, por força do presente instrumento, obriga-se a prestar serviços continuados de assistência médico hospitalar e ambulatorial aos servidores ativos, inativos, pensionistas e seus dependentes do(a), de acordo com o art. 1º, inciso I e II § 1º, da Lei de nº 9.656/98; cadastrada na ANS, para prestação de serviços continuados, com cobertura de custos médico-hospitalares, de acordo com o rol de procedimentos médicos vigente instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e suas atualizações, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela **CONTRATADA**, aos servidores públicos do **CONTRATANTE**, nos termos e de acordo com o proposto no Credenciamento nº .../2026.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A CONTRATADA obriga-se a seguir rigorosamente as especificações contidas no Termo de Referência, no Edital e em seus Anexos, que integram o processo licitatório.

PARÁGRAFO SEGUNDO – A presente contratação é de natureza coletiva

empresarial, bilateral, gerando direitos e obrigações entre as partes, conforme disposto nos artigos 458 e 461 do CC e art. 54 do CDC, aplicando-se ainda o exposto na Lei de nº 9.656/98, a Lei de nº 14.133/21, as Resoluções Normativas e demais instrumentos normativos ou regulatórios expedidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, aplicáveis ao caso.

CLÁUSULA SEGUNDA – ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO – Sem prejuízo de demais disposições do Termo de Referência, do Edital e de seus Anexos, as especificações do objeto estão contidas nas obrigações das partes e em demais cláusulas deste Instrumento.

CLÁUSULA TERCEIRA – PRAZO DE VIGÊNCIA – A presente contratação vigorará por 12 (doze) meses contados de sua assinatura, podendo ser prorrogado por interesse das partes, nos termos da Lei de nº 14.133 de 2021.

CLÁUSULA QUARTA - PERÍODOS DE CARÊNCIA - Os serviços prestados aos beneficiários regularmente incluídos na proposta de admissão a ser apresentada na mesma data da assinatura do presente instrumento, estarão isentos de qualquer período de carência, sendo os serviços prestados imediatamente após a assinatura do contrato.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Não haverá carência para prestação dos serviços aos servidores e seus dependentes, desde que incluídos no plano em até 30 (trinta) dias de assinatura do contrato de prestação de serviços de assistência médica ou hospitalar ou da admissão do servidor pelo **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Em relação às novas inclusões, referentes a beneficiários que já figuravam como beneficiários no momento desta contratação e que venham a ser solicitadas após 30 (trinta) dias da assinatura do contrato ou referentes a beneficiários titulares ou dependentes cujas solicitações de inclusão sejam efetuadas após o prazo estabelecido (30 dias de sua admissão), incidirão os seguintes períodos de carência:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para os atendimentos de urgência e emergência decorrentes de acidentes pessoais, desde que possam implicar risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente.
- b) 30 (trinta) dias para consultas médicas e exames simples;

- c) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos de alta complexidade;
- d) 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas e cirúrgicas;
- e) 180 (cento e oitenta) dias para internações em Unidade de Terapia Intensiva;
- f) 180 (cento e oitenta) dias para internações decorrentes de transtornos psiquiátricos; g) 300 (trezentos) dias para parto a termo.

CLÁUSULA QUINTA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES – As disposições a respeito estão previstas no Item “12” e Subitens do Termo de Referência.

CLÁUSULA SEXTA – PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO - O CONTRATANTE obriga-se a pagar à **CONTRATADA** o valor estimado de R\$... (.....), devendo os pagamentos serem realizados mensalmente, conforme quantitativos de vidas, em até 10 (dez) dias úteis do recebimento da Nota Fiscal Eletrônica e após cumpridas todas as exigências, no que diz respeito à gestão e à fiscalização contratual; sendo o preço representado por:

Enfermaria Faixa Etária	Quant. Vidas	Valor Unitário		Apartamento Faixa Etária	Quant. Vidas	Valor Unitário
00 a 18 anos				00 a 18 anos		
19 a 23 anos				19 a 23 anos		
24 a 28 anos				24 a 28 anos		
29 a 33 anos				29 a 33 anos		
34 a 38 anos				34 a 38 anos		
39 a 43 anos				39 a 43 anos		
44 a 48 anos				44 a 48 anos		
49 a 53 anos				49 a 53 anos		
54 a 58 anos				54 a 58 anos		
Acima e/ou 59 anos				Acima e/ou 59 anos		

TABELA – COPARTICIPAÇÃO	
No caso de haver coparticipação, os valores não deverão exceder os a seguir discriminados:	
CONSULTAS ELETIVAS, PRONTO SOCORRO E PRONTO ATENDIMENTO	
EXAMES	
2ª VIA DE CARTÃO	

PARÁGRAFO PRIMEIRO - As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado, sendo que ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na proposta de admissão e, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com reajuste financeiro anual.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e sétima faixas.

PARÁGRAFO QUARTO - Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade, estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual, na forma prevista neste contrato.

PARÁGRAFO QUINTO - Os dados acima se referem ao atual quadro de servidores (ativos/inativos) e seus dependentes, contudo, se trata de uma realidade atual que poderá sofrer alterações – acréscimos/decrécimos, de acordo com admissões, demissões ou pedidos de cancelamentos de planos por parte dos servidores.

PARÁGRAFO SEXTO - Considerando que os serviços objeto da presente contratação deverão ser prestados pela **CONTRATADA** com taxa de administração a custo zero, os preços contratados somente terão alteração se houver a edição de novo Decreto Municipal determinando a majoração do valor do plano de saúde para os servidores, não sendo necessária a realização de termo aditivo para alteração contratual nessa hipótese, considerando que o valor deverá ser repassado automaticamente para os beneficiários.

CLÁUSULA SÉTIMA - PROCEDIMENTOS E EXIGÊNCIAS RELATIVAS À EMISSÃO DE NOTA FISCAL – A **CONTRATADA** deverá fornecer nota fiscal eletrônica de serviços, seguindo obrigatoriamente as instruções de **RETENÇÃO DO IMPOSTO RENDA NOS PAGAMENTOS**, conforme descrito: Na emissão da Nota Fiscal a **CONTRATADA** deverá atender ao quanto disposto na Instrução Normativa RFB nº 1.234/2012, alterada pela Instrução Normativa RFB nº 2.145/2023, publicada em 27 de junho de 2023, e ainda o Decreto Municipal nº 6.788, de 14 de setembro de 2023, sem prejuízo de outras alterações, devendo proceder à retenção de Imposto de Renda (IR) e destacar no corpo da Nota Fiscal tal retenção e alíquota relacionada, observando os percentuais estabelecidos no anexo I da IN 1.234/2012 (art. 3º-A, IN 1.234/2012) ou, na(s) hipótese(s) de isenção, não incidência, entre outra(s), deverá apresentar, juntamente com a Nota Fiscal, Declaração conforme anexos II, III e IV da IN.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Nos termos do art. 16, da Portaria Conjunta RFB/PGFN nº. 1.751, de 2 de outubro de 2014, será exigido da contratada a cada pagamento realizado, a comprovação da regularidade fiscal, no caso em que os documentos apresentados estiverem vencidos.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Se não cumpridas as determinações previstas no parágrafo acima, a **CONTRATADA** será notificada para retificar o documento fiscal, com o que, o prazo para pagamento da NF será contado a partir do recebimento, pelo **CONTRATANTE**, do documento devidamente retificado, ou acompanhado da declaração de não incidência, isenção, entre outra(s), quando for o caso.

PARÁGRAFO TERCEIRO - A **CONTRATADA** deverá apresentar, no ato da entrega da nota fiscal, Certidão válida de comprovação do recolhimento de encargos e tributos (FGTS, INSS e CNDT) correspondente ao mês de entrega, de acordo com o que preconizam o Art. 195, §3 da C.F;

Art. 31 da Lei nº 8.212 de 24/07/91, Art. 2º da Lei nº 9.012 de 31/03/95 e Art. 71 da Lei nº 9032 de 24/04/95.

PARÁGRAFO QUARTO - Em caso de devolução da documentação fiscal para correção, o prazo para pagamento fluirá a partir da sua reapresentação.

1.1.

CLÁUSULA OITAVA – DO REAJUSTE DE PREÇO - respeitado interregno mínimo de 12 (doze) meses, os preços pactuados neste Contrato poderão ser reajustados para a manutenção de seu equilíbrio econômico-financeiro, em conformidade com o disposto no art. 92, § 3º, e no art. 135 da Lei nº 14.133/2021, bem como na Lei nº 10.192/2001, utilizando para tanto o índice IPC Saúde, divulgado pela FIPE, desde que formalmente solicitado pela **CONTRATADA** e acompanhado da memória de cálculo correspondente; mediante aprovação.

PARÁGRAFO ÚNICO – a contagem do prazo para o primeiro reajuste terá como termo inicial a data do orçamento estimado da contratação ou a data da apresentação da proposta pela **CONTRATADA**, prevalecendo o evento que ocorrer por último; devendo tal contagem respeitar o interregno mínimo de 12 (doze) meses; sendo que para os reajustes subsequentes, o termo inicial será a data do reajuste anterior.

CLÁUSULA NONA – DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL - Sem prejuízo das disposições do artigo 124 e seguintes da Lei Federal nº 14.133/2021, a **CONTRATADA** ficará obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários para a prestação dos serviços, até o limite de 25% (vinte por cento) do valor inicial atualizado do contrato, nos termos do artigo 125 da referida lei.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO REEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO – Somente será restabelecido o equilíbrio da equação financeira do contrato, na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado, ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual, conforme prevê o Artigo 124, inciso II, alínea “d” da Lei Federal 14.133/2021, ficando exclusivamente sob responsabilidade da **CONTRATADA** a comprovação da quebra do equilíbrio econômico-financeiro do contrato; tudo sem prejuízo da observância de demais disposições aplicáveis, previstas na Lei nº 14.133/2021.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS - As despesas com a execução do presente contrato correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

02.04.05.04.128.0400.4019.3.3.90.39.00 – Secretaria Municipal de Administração e Tecnologia da Informação / Manutenção e Desenvolvimento de Pessoas / Fonte: 1 – Tesouro
02.10.361.1003.4049.3.3.90.39.00 - Secretaria Municipal de Educação / Manutenção e Desenvolvimento do Ensino / Fonte: 1 – Tesouro).
02.10.365.1001.4049.3.3.90.39.00 - Secretaria Municipal de Educação / Manutenção e Desenvolvimento do Ensino / Fonte: 1 – Tesouro.
02.10.365.1002.4049.3.3.90.39.00 - Secretaria Municipal de Educação / Manutenção e Desenvolvimento do Ensino / Fonte: 1 – Tesouro.
03.30.03.04.122.3002.6010 / Serviço Autônomo de Água e Esgotos de Amparo – SAAE
01.01.01.01.031.0010.2003.3.3.90.39 / Câmara Municipal de Amparo

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA GARANTIA DAS CONDIÇÕES ANTERIORMENTE ESTABELECIDAS - A **CONTRATADA** deverá garantir as condições já estabelecidas pelos beneficiários na operadora/administradora anterior descritos nos itens abaixo, sendo a transferência automática, dos servidores:

1.1. “**beneficiários titulares**” - para efeito do convênio, beneficiários titulares são os Servidores do(a)....., bem como inativos e pensionistas que percebem pelos cofres do(a) mesmo(a).

1.2. “**beneficiários dependentes**” - para efeito do convênio, beneficiários dependentes são aqueles que mantenham com o beneficiário titular uma das seguintes relações:

- a) Cônjuge;
- b) Filhos (as) solteiros (as), até a idade de 39 (trinta e nove) anos e onze meses;
- c) Enteadado menor sob guarda judicial ou tutelado;
- d) Filhos incapazes, assim declarados na forma da lei, enquanto perdurar a incapacidade;
- e) Companheiro ou companheira que comprove união estável com entidade familiar, conforme Lei Civil.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – AGREGADOS – São considerados agregados pai e mãe do servidor, sendo que somente serão incluídos no plano contratado os agregados que já estavam inclusos no plano anterior, não sendo admitidas novas inclusões de agregados na presente contratação.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Aos filhos dependentes que perderem essa condição deverá a **CONTRATADA** facultar o direito de firmar novo contrato individual até 30 (trinta) dias, contados da perda da condição de dependentes, ficando dispensados de cumprir prazos de carência para as coberturas que já tinham direito e já tinham cumprido no plano em que figuravam como dependentes.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO REEMBOLSO - A **CONTRATADA** assegurará o reembolso no limite das obrigações do contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, dentro da área de abrangência deste contrato nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando for comprovadamente impossível a utilização de serviços próprios contratados ou credenciados da **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O valor do reembolso será correspondente aos das tabelas adotadas para pagamento dos médicos, serviços e hospitais credenciados da **CONTRATADA**, conforme dispõe o art. 12, VI da Lei de nº 9656/98.

PARÁGRAFO SEGUNDO - O reembolso de que trata a cláusula anterior, será efetuado no prazo de 30 (trinta) dias, contadas da apresentação dos documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial.

PARÁGRAFO TERCEIRO - O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à **CONTRATADA** os seguintes documentos:

1. Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio a ser fornecido pela **CONTRATADA**;

2. Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos de urgência ou emergência realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
3. Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
4. Recibos individualizados de horários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
5. Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnósticos e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados no pedido do médico assistente.

PARÁGRAFO QUARTO - Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – REMOÇÃO – Os beneficiários terão direito também a remoção inter-hospitalar, quando comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, que se dará entre os estabelecimentos de rede própria ou credenciada, quando em internações iniciadas e dentro dos limites de cobertura.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Na remoção inter-hospitalar do beneficiário, o meio de transporte a ser utilizado será definido pelo médico assistente e a **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A remoção somente será realizada após a confirmação de vagas no hospital destino.

PARÁGRAFO TERCEIRO - A cobertura da remoção nos casos de urgência e emergência será regida pelo disposto no artigo 7º da Resolução CONSU nº 13/98.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS – A presente contratação abrange cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde (CID 10) da Organização Mundial

da Saúde, através de normas e procedimentos do Rol de Procedimentos nº RN nº 465/2021 e suas atualizações vigentes, sendo que os beneficiários farão jus, cumpridas as carências fixadas da cláusula de carências e dentro dos limites deste contrato, aos seguintes serviços:

- a) Consultas Médicas sem limite de utilização, abrangendo as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) Serviços Ambulatoriais e de Apoio Diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos dentro da cobertura prevista neste contrato, quando solicitados e justificados por médico assistente, em formulário específico da **CONTRATADA**;
- c) Internações Hospitalares Clínicas e Cirúrgicas abrangendo as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os procedimentos obstétricos e aqueles considerados como alta complexidade, assim identificados por ato do Ministério da Saúde, quando solicitadas e justificadas por médico assistente, em formulário específico da **CONTRATADA**.
- d) Atendimento em Pronto Socorro, em caráter de urgência emergência;
- e) Remoção inter-hospitalar;
- f) Próteses e órteses nacionais ou nacionalizadas e devidamente registradas junto a Anvisa;
- g) Transplante de rim e córnea;
- h) Todos os procedimentos constantes do rol estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e Lei 9.656/98, bem como suas atualizações;
- i) Nas consultas médicas de urgência/emergência, o beneficiário será atendido pelo médico plantonista, nos hospitais próprios ou credenciados;
- j) Os beneficiários terão direito a cobertura ambulatorial em conformidade com as normas da ANS para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- 1. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- 2. Quimioterapia ambulatorial;
- 3. Radioterapia (mega voltagem, cobalto terapia, cesioterapia, eletroterapia etc.);
- 4. Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- 5. Hemoterapia ambulatorial;
- 6. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, respeitadas as disposições e condições de cobertura impostas pela Agência.

- l) Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- I - Atividades educacionais;
- II - Consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- III - Atendimento clínico;
- IV - Sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- V - Implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo.

m) Os procedimentos de alta complexidade, bem como as internações deverão ser autorizadas pela **CONTRATADA** sem limitação de prazo, independentemente de ser internação na acomodação contratada ou UTI (Unidade de Terapia Intensiva), competindo ao médico assistente definir e justificar os períodos de internação, sendo que a obrigação de prestar os serviços de internação hospitalar compreende: cobertura das despesas com diárias hospitalares, prestação de serviços médicos, exames diagnósticos, serviços gerais de enfermagem, alimentação, toda e qualquer taxa, anestésicos, gases medicinais, sessões de quimioterapia e radioterapia, materiais e medicamentos usados na internação pelo beneficiário e prescritos pelos médicos assistentes;

n) A **CONTRATADA** garantirá, também, cobertura em relação as cirurgias buço-maxilo-facial e aos procedimentos considerados especiais conforme determina o artigo 5º, incisos I e II da Resolução CONSU nº 10/98, a saber:

1. Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
2. Quimioterapia;
3. Radioterapia incluindo radiomoldage, radioimplante e braquiterapia;
4. Hemoterapia;
5. Nutrição parenteral e enteral;
6. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
7. Embolizações e radiologia intervencionista;
8. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
9. Fisioterapia.

o) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

p) Nos casos de transtornos psiquiátricos os beneficiários terão cobertura para todos os transtornos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), com as seguintes características:

1. - Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativa de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

2 - Psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais na área de saúde mental com duração máxima de 12 semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 sessões por ano de contrato, não cumulativas;

3 - Tratamento básico que é aquele prestado por médico, com número limitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

q) Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

I - O custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;

II - Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação do beneficiário de 50 % (por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

III - esse percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do plano.

IV - A cobertura do tratamento em regime de hospital dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes;

r) Os beneficiários terão direito a transplantes de rim e córnea, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados;

s) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de “doador cadáver”, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e seleção; t) A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas centrais de notificações, captação e distribuição de órgãos (CNCDOs) integrantes do sistema nacional de transplante;

u) As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – Portaria de Consolidação GM/MS nº 4/2017 e Decreto nº 9.175/2017 do Ministério da Saúde – que dispõe quanto a forma, autorização e cadastro junto ao sistema nacional de transplantes (SNT);

v) É de competência privativa das centrais de notificação: (i) capacitação e distribuição de órgãos (CNCDOs), dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor; (ii) determinar o encaminhamento de equipe especializada; (iii) providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor;

w) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados todas aquelas necessárias à realização do transplante incluindo: i. Despesas assistenciais com doadores vivos; ii. Medicamentos utilizados durante a internação; iii. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio exceto medicamentos de manutenção; iv. Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos;

- x) Os beneficiários terão cobertura para o fornecimento de prótese e órtese nacionais ou nacionalizadas e devidamente registrados junto a ANVISA bem como de seus respectivos assessórios, desde que ligados ao ato cirúrgico coberto por este contrato;
- z). Os beneficiários terão direito a prestação de serviços de cirurgia plástica reparadora e cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- AA). Os beneficiários terão direito também, a remoção inter-hospitalar, quando comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista neste contrato, que se dará entre hospitais de rede própria ou credenciada da contratada quando em internações iniciadas e cobertas pela **CONTRATADA**;
- AB) Na remoção inter-hospitalar do beneficiário, o meio de transporte a ser utilizado será definido pelo médico assistente e a **CONTRATADA**;
- AC) A remoção somente será realizada após a confirmação de vaga no hospital destino;
- AD) Fica acordado que a cobertura de remoção nos casos de urgência e emergência será regida pelo disposto no artigo 7º da Resolução CONSU nº 13/98;
- AE) As coberturas de tratamentos ou procedimentos que não constem do rol estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar frente às Operadora/administradoras de Saúde e conforme Lei 9.656/98 e suas atualizações, deverá observar, no que couber, o contido na Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Na hipótese de internação de beneficiários menores de 18 anos, maiores de 60 anos ou portadores de incapacidade civil, a **CONTRATADA** garantirá a presença de acompanhante, independentemente do tipo de acomodação contratada e se responsabilizará, além da cobertura prevista neste contrato, por todas as despesas de alimentação que se fizerem necessárias deste acompanhante no hospital, dentro dos limites contratuais

PARÁGRAFO SEGUNDO – O beneficiário poderá optar por internações hospitalares em acomodação superior às previstas neste contrato. Esta opção, todavia, implicará o pagamento pelo próprio beneficiário, diretamente aos Hospitais e aos médicos, das despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares, sendo que a **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente entre as partes, pois tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário.

PARÁGRAFO TERCEIRO - DA COBERTURA ASSISTENCIAL A RECÉM NASCIDOS - O objeto desta contratação abrange a cobertura assistencial ao recém-nascido filho natural ou adotado até 12 (doze) anos de idade, durante os primeiros trinta dias de vida ou adoção, devendo ser assegurada

a inscrição ao recém-nascido, filho biológico ou adotivo de até 12 (doze) anos de idade, como dependentes, isentos do cumprimento dos períodos de carências, agravo ou cobertura parcial temporária, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

PARÁGRAFO QUARTO - A relação desta cláusula é taxativa, responsabilizando-se o titular por quaisquer outras despesas, sendo que o pagamento destas despesas deverá ser realizado pelo beneficiário diretamente ao hospital.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - As coberturas de procedimentos de urgência ou emergência são aquelas que impliquem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis aos pacientes, incluindo as resultantes de acidentes pessoais ou de complicações do processo gestacional, regendo-se pela garantia de atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, sendo que:

1. Atendimento de Urgência e de Emergência em Pronto Socorro próprio/credenciado; Nos casos de urgência ou emergência, os beneficiários poderão obter atendimento diretamente junto aos serviços próprios ou contratados pela **CONTRATADA** na modalidade prevista no contrato, conforme previsto na Resolução nº 13 (treze) do CONSU, devendo, para tanto, identificarem-se como Beneficiários, apresentar a carteira de identificação válida.
2. Nos casos de transtornos psiquiátricos, são consideradas emergências as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o beneficiário ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão);
3. Quando o atendimento de urgência ou emergência for efetuada no decorrer do período de carência para internação, fica garantida a cobertura do atendimento ambulatorial, limitada às primeiras 12 (doze) horas, igual àquela fixada para o plano do segmento ambulatorial não garantido, portanto, cobertura para internação;
4. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional, porém a beneficiária estiver em período de carência, fica assegurado o atendimento ambulatorial emergencial, sem custo;

5. Atendidas as situações emergenciais, a permanência da beneficiária será limitada à 12 (doze) horas sendo que, após, a responsabilidade financeira passará a ser do beneficiário, não cabendo ônus à **CONTRATADA** e as remoções obedecendo o disposto na cláusula de remoção;
6. O atendimento de urgência decorrente de acidentes pessoais, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato;
7. Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar ou, como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá obrigatoriedade de cobertura por parte da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

– Para internações a **CONTRATADA** deve disponibilizar:

1. **Acomodação coletiva** - caracterizada por apartamentos com no máximo dois leitos e um banheiro em cada apartamento;
2. **Acomodação em quarto privativo** - com banheiro e direito a acompanhante.

PARÁGRAFO ÚNICO - Havendo indisponibilidade de leito nos estabelecimentos próprios ou credenciados, a **CONTRATADA** deverá assegurar ao beneficiário o acesso a acomodação superior sem qualquer ônus, conforme previsto no artigo 33 da Lei 9.656/98.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS - O beneficiário que contribuir para produtos de que tratam a Lei 9656/98, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, fica assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial e acomodação ora contratadas, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade, nos termos do artigo 30 da mencionada lei e resolução 20 do CONSU, sendo que o direito mencionado somente será concedido se o empregado tiver contribuído para o plano e mantido pelo período de 1/3 do tempo em que o beneficiário tenha permanecido no plano, assegurando-lhe o prazo mínimo de 6 meses e o prazo máximo de 24 meses.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A manutenção de que trata este item é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Em caso de morte do titular, o direito de permanência será assegurado aos dependentes cobertos pelo presente plano, desde que assuma o seu pagamento integral, dentro do prazo e condições mencionadas no parágrafo anterior.

PARÁGRAFO TERCEIRO - O direito assegurado nesta Cláusula não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

PARÁGRAFO QUARTO - O direito à comunidade assistencial assegurado nesta cláusula, no mesmo plano e nas mesmas condições contratadas pelo **CONTRATANTE**, deixará de ser assegurado ao beneficiário quando da sua admissão em novo emprego.

PARÁGRAFO QUINTO - Ao aposentado que contribui para produtos de que tratam a Lei 9656/98, em decorrência de vínculo empregatício 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 da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

PARÁGRAFO SEXTO - Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam a Lei 9656/98, em decorrência de vínculo empregatício, por período inferior a dez anos, fica assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, à razão de 1 ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade, nos termos do artigo 31 da mencionada Lei e resolução 21 do CONSU.

PARÁGRAFO SÉTIMO - Para gozo do direito assegurado no artigo 31 da Lei 9656/98, observar-se-ão as condições de manutenção obrigatória de todo o grupo familiar inscrito quando da aposentadoria, ficam asseguradas as vantagens obtidas pelos empregados decorrentes das negociações coletivas de trabalho, em caso de morte do titular o direito de permanência será assegurado aos dependentes e agregados cobertos pelo presente plano, desde que assume seu pagamento integral, dentro do prazo e

condições mencionadas no parágrafo anterior. O direito assegurado deixará de existir quando da admissão do beneficiário em novo emprego.

PARÁGRAFO OITAVO - O exonerado ou demitido deve optar pela manutenção do benefício aludido no prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu desligamento, em resposta a comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão contratual.

PARÁGRAFO NONO - Conforme parágrafo 9º do artigo 2º CONSU 20 e 21, no caso de encerramento ou cancelamento do contrato coletivo, incluindo-se o grupo de beneficiários ativos e inativos, demitidos e aposentados conforme artigo 30 e 31 da Lei 9656/98, serão respeitadas as regras da Resolução CONSU nº 19.

PARÁGRAFO DÉCIMO - A CONTRATADA garantirá a migração para plano individual/familiar, em caso de cancelamento do plano coletivo, desde que a opção seja feita no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento.

PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO - Para efeito de contagem e prazos de carência considerar-se-á o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - EXCLUSÕES DE COBERTURA - Fica expressamente ajustado entre as partes que o presente contrato não cobre os serviços médico hospitalares em face dos seguintes procedimentos:

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;
- c) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- d) Inseminação artificial;
- e) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

- f) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- g) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro na ANVISA;
- h) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora/administradora em substituição à internação hospitalar;
- i) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, importados não nacionalizados e não registrados junto à ANVISA;
- j) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
- k) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas relacionadas aos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico, a exceção dos honorários e materiais utilizados;
- l) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- m) Despesas de acompanhantes, excepcionadas:
 - I. Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 anos;
 - II. Acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências;
 - III. Despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;
- n) Cirurgia para mudança de sexo;
- o) Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
- p) Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não credenciados a Operadora/administradora à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;
- q) Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;

- r) Aplicação de vacinas;
- s) Exames para piscina ou ginástica, necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- t) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- u) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- v) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- w) Especialidade médica não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- x) Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idoso;
- y) Transplante, à exceção de córnea e rim e transplantes autólogos;
- z) Consultas domiciliares;
- aa) Procedimentos que sejam excluídos ou que não constem do rol estabelecendo pela Agência Nacional de Saúde Suplementar frente às Operadora/administradoras de Saúde e conforme Lei 9.656/98 e suas atualizações.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - MECANISMOS DE REGULAÇÃO – As disposições a respeito de mecanismos de regulação estão previstas no Item “16” e Subitens do Termo de Referência.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DO FORNECIMENTO DA RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS - O CONTRATANTE deverá fornecer, no ato da assinatura do contrato, a relação dos beneficiários que serão inscritos como titulares, dependentes e agregados, com nome e qualificação completa de cada um deles, além dos documentos oficialmente instituídos, bem como comprovação de vínculo do servidor municipal (no caso do beneficiário titular).

PARÁGRAFO ÚNICO - Quando do fornecimento da lista de dependentes, o **CONTRATANTE** deverá justificar o vínculo de dependência ou parentesco conforme este artigo, comprovando-o, quando necessário, por todos os meios de prova em direito admissíveis para o caso.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – NOVOS SERVIDORES - Os novos servidores que forem contratados após a data da assinatura deste contrato, deverão ser inscritos como beneficiários dentro do prazo de 30 (trinta) dias contados de sua admissão, acompanhada da documentação exigida, sob pena de cumprimento de carência.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA COMUNICAÇÃO MENSAL DE NOVAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES - O CONTRATANTE deverá comunicar a CONTRATADA, mensalmente e por escrito, até o dia 15 (quinze) de cada mês, as novas inclusões e exclusões de beneficiários no plano ora contratado, remetendo os documentos necessários para comprovação do vínculo do servidor municipal.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR - EXCLUSÃO AUTOMÁTICA DO DEPENDENTE E/OU AGREGADO - A exclusão do beneficiário titular cancelará automaticamente a inscrição dos respectivos dependentes e agregados.

PARÁGRAFO SEGUNDO – O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, no plano pessoa física, individual ou familiar em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda dessa qualidade, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato, nas mesmas condições de coberturas ora contratadas, e se optar por outra modalidade que abranja novas coberturas, deverá cumprir as carências para as novas coberturas.

PARÁGRAFO TERCEIRO - DEMAIS SITUAÇÕES ENVOLVENDO BENEFICIÁRIOS TITULARES – Na hipótese de o beneficiário titular não comunicar o CONTRATANTE acerca dos casos de maioridade, emancipação ou matrimônio de seus filhos beneficiários dependentes nos prazos acima dispostos e estes continuarem a se utilizar dos serviços objeto do presente contrato, ficará o beneficiário titular obrigado a reembolsar todas as despesas provenientes desta utilização, sendo obrigação dos beneficiários titulares, nos casos de sua exclusão ou de exclusão de seus dependentes ou agregados, por qualquer motivo, devolver os cartões de identificação de beneficiário e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – DA CONTRAÇÃO DE MATRIMÔNIO PELO(S) DEPENDENTE(S) - Os beneficiários dependentes, na qualidade de filhos, que venham a contrair matrimônio, perderão a condição de dependentes, obrigando-se o beneficiário titular a comunicar o fato por escrito, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data do registro civil, ao CONTRATANTE, que deverá comunicar imediatamente a CONTRATADA.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE - A área de cobertura obrigatória do Plano de Saúde deverá abranger os municípios do Estado de São Paulo localizados em um raio de até 50 km (cinquenta quilômetros), medidos a partir do Paço Municipal de Amparo (Avenida Bernardino de Campos, 405, Centro), observando o disposto nos itens 5.2 e 5.3. do Termo de Referência, quais sejam:

1. Serviço próprio ou credenciado, no Município de Amparo/SP, de pelo menos 01 (um) Pronto Socorro 24 horas, com UTI adulto, atendimento emergencial pediátrico, emergências obstétricas e partos;
2. Serviço próprio ou credenciado, no Município de Amparo/SP, de pelo menos 01 (um) Hospital para internações e realização de procedimentos cirúrgicos de baixa e média complexidade;
3. Serviço próprio ou credenciado, no Município de Amparo/SP, de pelo menos 01 (um) de Clínica de Radiologia/imagem, Laboratório de Análise Clínicas, Laboratório de Análise Patológica, em número suficiente e satisfatório de profissionais e instituições para o atendimento dos beneficiários, mantendo o mesmo padrão de atendimento.
4. Serviço próprio ou credenciado, no Município de Amparo/SP, de pelo menos 01 (um) local para procedimentos de diálise peritoneal (CAPD), serviços de oncologia, hemodiálise e quimioterapia ambulatorial, em número suficiente e satisfatório de profissionais e instituições para o atendimento dos beneficiários, mantendo o mesmo padrão de atendimento;
5. Serviço próprio ou credenciado, no Município de Amparo/SP, de pelo menos 01 (uma) Clínica de Psicologia incluindo atendimento a pacientes com Transtorno do Espectro Autista -TEA, Clínica de Fonoaudiologia, Clínica de Terapia Ocupacional e Clínica de Psicopedagogia, Clínica de Fisioterapia, em número suficiente e satisfatório de profissionais e instituições para o atendimento dos beneficiários, mantendo o padrão de atendimento;
6. Serviço próprio ou credenciado no Município de Amparo, com no mínimo as especialidades: pediatria, nefrologia, oncologia, ginecologia, obstetrícia, cardiologia, ortopedia e oftalmologia, em número suficiente e satisfatório de profissionais e instituições para o atendimento dos beneficiários, mantendo o padrão de atendimento em todas as especialidades e em todos os serviços credenciados, em conformidade com a Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado nos Municípios pertencentes à área de abrangência estabelecida na cláusula anterior, a **CONTRATADA** deverá garantir os referidos

serviços observando a forma que dispõe a Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022, devendo garantir o atendimento em outras localidades fora da área de abrangência estabelecida, sem custo adicional ao beneficiário.

PARÁGRAFO SEGUNDO - No caso acima, caberá à **CONTRATADA** o encaminhamento e localidade do atendimento, observando critérios técnicos, operacionais e na forma do disposto nas regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

PARÁGRAFO TERCEIRO - A **CONTRATADA** deverá oferecer rede credenciada/referenciada, devendo dispor de serviços e especialidades, em número suficiente e satisfatório de profissionais e instituições para o atendimento dos beneficiários, mantendo o padrão de atendimento em todas as especialidades e em todos os serviços credenciados.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA - A escolha de prestação de serviços será de livre-arbítrio do beneficiário, dentre a relação de profissionais, de hospitais, de centros médicos, de clínicas, básicas e especializadas, de laboratórios, dentre a rede própria, contratada, cooperada, referenciada e/ou credenciada ofertada pela, não podendo o atendimento ser somente em hospitais da própria operadora/administradora.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA - OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE – Sem prejuízo de demais disposições do Edital, do Termo de Referência e demais Anexos, constituem obrigações do **CONTRATANTE**:

1. Fornecer, no ato da assinatura do contrato, a relação dos beneficiários que serão inscritos como titulares, dependentes e agregados, com nome e qualificação completa de cada um deles, além dos documentos oficialmente instituídos, bem como comprovação de vínculo do servidor municipal (no caso do beneficiário titular), sendo que quando do fornecimento da lista de dependentes, o **CONTRATANTE** deverá justificar o vínculo de dependência ou parentesco conforme este artigo, comprovando-o, quando necessário, por todos os meios de prova em direito admissíveis para o caso.
2. O **CONTRATANTE** deverá comunicar a **CONTRATADA**, mensalmente e por escrito, até o dia 15 (quinze) de cada mês, as novas inclusões e exclusões de beneficiários no plano ora contratado, remetendo os documentos necessários para comprovação do vínculo do servidor municipal.

3.Ocorrendo a perda ou extravio do cartão, o beneficiário titular deverá participar imediatamente o ocorrido ao **CONTRATANTE**, devendo este último informar imediatamente a **CONTRATADA** para cancelamento do documento e emissão da segunda via, quando for o caso; sem prejuízo de responsabilidade do titular, pela utilização indevida e/ou ausência de comunicação.

4.Para emissão de 2ª (segunda) via do cartão de identificação o **CONTRATANTE** deverá encaminhar à **CONTRATADA** solicitação formal, devendo ainda realizar o pagamento de importância correspondente à taxa de emissão da respectiva via, valor este a ser descontado da folha de pagamento do servidor (beneficiário titular), mediante sua expressa autorização

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA - Sem prejuízo de demais disposições do Termo de Referência, Edital e Anexos, a **CONTRATADA** obriga-se a:

1.A **CONTRATADA** deve ser cadastrada na ANS, para prestação de serviços continuados, com cobertura de custos médico-hospitalares, de acordo com o rol de procedimentos médicos vigente instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados com a saúde, da Organização Mundial de Saúde, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada.

2.O plano de assistência à saúde poderá ser realizado por rede própria, cooperada ou credenciada, devendo atender as exigências da Lei nº 9.656/98 e da Resolução Normativa – RN nº 465/2021, bem como das resoluções que venham a atualizar esta, e demais normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dispor, quando mais vantajosa ao beneficiário, as coberturas assistenciais mínimas discriminadas nos atos Normativos Regulamentares da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

3.A **CONTRATADA** deve disponibilizar serviço de central telefônica gratuita (0800) para atendimento de modo a facilitar o atendimento ao Beneficiário nos casos de urgência e emergência, visando também auxiliar os interessados na escolha do melhor local para atendimento e prestação de outros esclarecimentos e informações com relação à rede credenciada.

4.A **CONTRATADA** deve disponibilizar plataforma e aplicativo móvel em respeito aos princípios da publicidade e eficiência nos serviços públicos, além de garantir aos beneficiários informações em tempo real e facilitadas, conforme segue:

- a)Carteira virtual, sem prejuízo da emissão da carteira de identificação física;
- b)Consulta Rede Credenciada;
- c)Solicitação de Autorização de Exames;
- d)Contatos e Endereços das Unidades de Atendimento.

5.A **CONTRATADA** deverá disponibilizar em até 60 (sessenta) dias após a assinatura do presente Instrumento:

- a)Programa (s) de Promoção à Saúde e prevenção de doenças com unidade física sediada no Município de Amparo, com no mínimo 1 (um) Programa registrado na ANS;
- b)O Programa deverá ser voltado à Atenção Primária à Saúde (APS), guiado por pelo menos 01 (um) profissional médico e uma equipe multidisciplinar, com ações voltadas a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos;
- c)A implementação e execução de Programa (s) promocional (is) não deverá gerar quaisquer custos adicionais ao Município ou aos beneficiários;
- d)Desde que necessário, devidamente comprovado e autorizado pela Administração, o prazo estabelecido no item 22.1. poderá ser prorrogado.

6.A **CONTRATADA** está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como de que o valor contratado compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no instrumento convocatório.

7.A **CONTRATADA** está ciente da observância legal de não empregar 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, bem como de não possuir 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.

8.A **CONTRATADA** deve cumprir as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.

CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA – SUSPENSÃO DOS ATENDIMENTOS - atraso do pagamento das mensalidades superior a 30 (trinta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, poderá implicar na suspensão dos atendimentos.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA - DA COBRANÇA EM CASO DE AFASTAMENTO PREVIDENCIÁRIO - Em caso de afastamento previdenciário, o beneficiário deverá arcar com o pagamento do valor que lhe cabe no custeio do convênio médico, cabendo a **CONTRATADA** estabelecer os meios para efetivar o respectivo pagamento.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA PRIMEIRA – DA GARANTIA CONTRATUAL – A CONTRATADA deverá apresentar prestação de caução em garantia no valor correspondente a 5% (cinco por cento) do valor total do contrato, podendo ser prestada por uma das seguintes modalidades:

- a) Caução em dinheiro ou em títulos da dívida pública emitidos sob a forma escritural, mediante registro em sistema centralizado de liquidação e de custódia autorizado pelo Banco Central do Brasil, e avaliados por seus valores econômicos, conforme definido pelo Ministério da Economia;
- b) Seguro-garantia;
- c) Fiança bancária emitida por banco ou instituição financeira devidamente autorizada a operar no País pelo Banco Central do Brasil;
- d) Título de capitalização custeado por pagamento único, com resgate pelo valor total.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O prazo para apresentação da garantia contratual será de 05 (cinco) dias após a assinatura do contrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A não prestação de garantia equivale ao descumprimento total da obrigação assumida, sujeitando a aplicação das penalidades legalmente estabelecidas.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA SEGUNDA - DAS PENALIDADES - A **CONTRATADA** será responsabilizada civil e criminalmente por todo e qualquer prejuízo, acidente ou dano que vier a ser

causado ao **CONTRATANTE** ou a terceiros, em virtude da execução do objeto para o qual foi contratada.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Sem prejuízo de demais situações com a devida apuração, constituem situações de descumprimento contratual e/ou infrações:

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

1.1.2. Salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado, deixar de apresentar amostra, quando exigida, ou apresentá-la em desacordo com as especificações do edital;

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

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

1.1.2.3. apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o credenciamento;

1.1.2.4. fraudar o credenciamento;

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

a) agir em conluio ou em desconformidade com a lei;

b) induzir deliberadamente a erro no julgamento;

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

d) praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei n.º 12.846, de 2013.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Na hipótese de descumprimento por parte da **CONTRATADA** das obrigações constantes no Termo de Referência, no Edital e Anexos e àquelas assumidas no presente Instrumento, ou ainda infringência de preceitos legais pertinentes, serão a ela aplicadas, com fundamento nos artigos 155 e seguintes da Lei Federal nº. 14.133/2021, as seguintes penalidades:

I. Advertência e;

II. Multa, a ser aplicada em seu limite mínimo ou máximo, ou seja, de 0,5% a 30% do valor do contrato, considerando a gravidade e eventuais prejuízos causados à Administração pelo descumprimento, a ser apurado em processo administrativo – se a inexecução do contrato for total, importará à **CONTRATADA** multa de 30% (por cento) sobre o valor do Contrato, além de suspensão do direito

de contratar com qualquer ente da Administração direta ou indiretamente, pelo prazo desde já fixado em 24 (vinte e quatro) meses, contados da aplicação de tal medida punitiva;

III. Impedimento de licitar e contratar no âmbito da Administração Pública Direta e Indireta deste Município, pelo prazo máximo de 03 (três) anos, ou enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida sua reabilitação perante esta Municipalidade, nos termos ao artigo 163 da Lei Federal nº. 14.133/2021;

IV. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública Direta e Indireta de todos os entes federativos, pelo prazo mínimo de 03 (três) anos e máximo de 06 (seis) anos; sendo a referida penalidade precedida de análise jurídica observando as regras previstas no parágrafo 6º do artigo 156 da Lei Federal nº. 14.133/2021, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida sua reabilitação perante esta Municipalidade, nos termos ao artigo 163 da Lei Federal nº. 14.133/2021.

PARÁGRAFO TERCEIRO - As sanções previstas nos itens I, III e IV poderão ser aplicadas cumulativamente com as previstas no item II.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA TERCEIRA - DA EXTINÇÃO CONTRATUAL – O presente Termo de Contrato poderá ser extinto nas hipóteses previstas no art. 137 a 139 da Lei nº 14.133/2021.

a) Os casos de extinção contratual serão formalmente motivados, assegurando-se a **CONTRATADA** o direito à ampla defesa e ao contraditório.

b) O descumprimento, por parte da **CONTRATADA**, de suas obrigações legais e/ou contratuais assegurará ao **CONTRATANTE** o direito de extinguir o contrato a qualquer tempo, independentemente de aviso, interpelação judicial e/ou extrajudicial.

c) A extinção determinada por ato unilateral do **CONTRATANTE** e a extinção consensual deverão ser precedidas de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente e reduzidas a termo no respectivo processo.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA QUARTA - CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DOS CASOS OMISSOS - Aplicar-se-á a Lei nº 14.133/2021, e suas alterações, para os casos porventura omissos neste termo de contrato.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA QUINTA – DOS ENCARGOS - A CONTRATADA obriga-se a observar quanto ao pessoal empregado nos serviços, objeto do presente contrato, a legislação pertinente, notadamente as obrigações da Legislação Trabalhista que lhe tocam por inteiro, e pelas quais responderá de maneira exclusiva.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA SEXTA – GESTÃO E FISCALIZAÇÃO – A Gestão e a Fiscalização serão exercidas por servidor(es) e/ou pessoal designado pelo **CONTRATANTE**, encarregado(s) de verificar o cumprimento das obrigações pela **CONTRATADA**, visando assegurar que os serviços sejam executados atendendo ao estipulado neste Contrato; podendo, os gestores e fiscais, inclusive:

1. Transmitir as instruções e determinações do **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**;
2. Sustar ou recusar qualquer serviço ou parcela executada em desacordo com este Contrato ou capaz de comprometer a segurança de pessoas e bens do **CONTRATANTE**;
3. Acompanhar a execução deste Contrato, podendo solicitar informações e esclarecimentos a respeito dos serviços, equipamentos e materiais a eles relacionados.
4. Emitir e/ou exigir Relatório Mensal dos serviços prestados com respectivos valores para emissão da Nota Fiscal para pagamento.
5. A ação ou omissão, total ou parcial, da Fiscalização não exime a **CONTRATADA** da total responsabilidade pela prestação e execução dos serviços contratados.
6. Quando atendidos os termos deste Contrato, o exercício da Fiscalização, pelo **CONTRATANTE**, não importará em abuso de direito.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A fiscalização dos serviços pelo **CONTRATANTE** não exclui nem reduz a completa responsabilidade da **CONTRATADA** pela inobservância de qualquer obrigação assumida.

PARÁGRAFO SEGUNDO - DOS FISCAIS/GESTORES DO CONTRATO - Ficam designados para fiscais/gestores deste instrumento contratual as seguintes pessoas:

1. Sr.: Sr. – Matrícula Institucional - Gestor;
2. Sr. – - Matrícula Institucional.: - Gestor; e
3. Sr. – - Matrícula Institucional.: - Fiscal.

PARÁGRAFO TERCEIRO – Se houver mudança das pessoas acima nomeadas durante a vigência contratual, a **CONTRATADA** será comunicada por ofício, não havendo necessidade de formalização de Termo Aditivo.

PARÁGRAFO QUARTO – A fiscalização não exclui e nem reduz a integral responsabilidade da **CONTRATADA**, mesmo perante terceiros, por quaisquer irregularidades constatadas na execução do objeto contratado, inexistindo, em qualquer hipótese, corresponsabilidade por parte do **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO QUINTO – A ausência de comunicação, por parte do **CONTRATANTE**, referente a irregularidades ou falhas, não exime a **CONTRATADA** do regular cumprimento das obrigações previstas neste contrato.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA SÉTIMA - DA PREVENÇÃO E COMBATE A CORRUPÇÃO – “Na execução e por força do objeto deste contrato, as partes não poderão pedir, oferecer, dar ou receber, tanto por conta própria quanto por interpostas pessoas, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou benefícios patrimoniais de qualquer espécie, seja de forma direta ou indireta, sob pena de responderem aos processos administrativos e judiciais pertinentes, na forma da lei” Decreto Municipal nº 5.505, de 30 de junho de 2016, art. 1º.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA OITAVA - DAS COMUNICAÇÕES, NOTIFICAÇÕES E INTIMAÇÕES – Todas as comunicações, notificações e intimações, serão realizadas pelo endereço de e-mail descrito na proposta da **CONTRATADA**, sendo que qualquer modificação deverá ser comunicada por escrito no endereço de e-mail contratos@amparo.sp.gov.br, e terá sua validade após o recebimento do protocolo/confirmação emitido pelo Departamento de Suprimentos do **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA NONA – DO CADASTRO CORPORTATIVO TCESP – CadTCESP – A **CONTRATADA** deverá apresentar no ato da assinatura do contrato a Declaração de Atualização Cadastral no Sistema Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP, emitida mediante cadastro dos dados do representante legal da empresa, que assina o presente instrumento, o qual será realizado junto ao site do TCESP (<https://www.tce.sp.gov.br/cadtcesp/>).

CLÁUSULA QUADRAGÉSIMA – PUBLICAÇÃO - incumbirá ao **CONTRATANTE** divulgar o presente instrumento no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), na forma prevista no art. 94 da Lei 14.133, de 2021, bem como no respectivo sítio oficial na Internet, em atenção ao art. 91, caput, da Lei n.º 14.133, de 2021, e ao art. 8º, §2º, da Lei n. 12.527, de 2011, c/c art. 7º, §3º, inciso V, do Decreto n. 7.724, de 2012.

CLÁUSULA QUADRAGÉSIMA PRIMEIRA – FORO - fica eleito o Foro da Comarca de Amparo, Estado de São Paulo para dirimir os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Contrato que não puderem ser compostos pela conciliação, conforme art. 92, §1º, da Lei nº 14.133/21.

E, por estarem de acordo, é digitado este instrumento somente no anverso o qual, após lido e achado conforme, vai rubricado nas primeiras e assinado na última folha pelas partes inicialmente nomeadas, na presença das testemunhas abaixo arroladas, extraindo-se suficientes cópias que se fizerem necessárias.

Amparo ... de ... de 2026.

.....

.....

p/ Contratante

.....

P/ Contratada

TESTEMUNHAS:

1-

matrícula institucional:

2-

matrícula institucional:

TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO

CONTRATANTE:

CONTRATADO:

CONTRATO Nº .../2026.

CREDENCIAMENTO - TERMO DE CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO, COMO CONTRATANTE E, DE OUTRO LADO, COMO CONTRATADA, ..., PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CONTINUADOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E AMBULATORIAL AOS SERVIDORES ATIVOS, INATIVOS, PENSIONISTAS E SEUS DEPENDENTES DO(A)....., DE ACORDO COM O PROPOSTO NO CREDENCIAMENTO Nº .../2026.

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) as informações pessoais dos responsáveis pela contratante e interessados estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº 01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);
- e) é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;

b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e as formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Amparo ... de ... de 2026.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome:

Cargo:

CPF:

**RESPONSÁVEIS PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME OU RATIFICAÇÃO DA
DISPENSA/INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO –
RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:
ORDENADOR DE DESPESAS DA CONTRATANTE:**

Pelo Contratante:

Nome:

Cargo:

CPF:

ASSINATURA: _____

Nome:

Cargo:

CPF:

ASSINATURA: _____

Pela Contratada:

Nome:

Cargo: REPRESENTANTE

CPF:

Assinatura: _____

DEMAIS RESPONSÁVEIS (*):

Nome: - GESTOR

Cargo:

CPF nº

Assinatura: _____

Tipo de ato sob sua responsabilidade: FISCAL

Nome:

Cargo:

CPF:

Assinatura: _____

Tipo de ato sob sua responsabilidade: FISCAL

Nome:

Cargo:

CPF:

Assinatura: _____

() - O Termo de Ciência e de Notificação deve identificar as pessoas físicas que tenham concorrido para a prática do ato jurídico, na condição de ordenador da despesa; de partes contratantes; de responsáveis por ações de acompanhamento, monitoramento e avaliação; de responsáveis por processos licitatórios; de responsáveis por prestações de contas; de responsáveis com atribuições previstas em atos legais ou administrativos e de interessados relacionados a processos de competência deste Tribunal. Na hipótese de prestações de contas, caso o signatário do parecer conclusivo seja distinto daqueles já arrolados como subscritores do Termo de Ciência e de Notificação, será ele objeto de notificação específica*

