



TERMO DE REFERÊNCIA

1 – DO OBJETO:

1.1 - A presente licitação objetiva a contratação de empresa operadora de plano de saúde empresarial, nível de atendimento básico e superior, enfermaria e apartamento, para prestar assistência à saúde complementar aos servidores públicos municipais de Araras, conforme Lei Municipal nº 4.316/2010 e resolução ANS nº 465/2021, pensionistas e seus dependentes, de acordo com as normas e condições estabelecidas no Termo de Referência e demais anexos, que integram o processo.

1.2 - Conforme o art. 84, VIII da Lei Municipal nº. 4.316/2010 a Prefeitura Municipal de Araras e as autarquias poderão participar do Programa de Assistência Médico-Hospitalar, da presente Lei, mediante a realização de procedimento licitatório, em atendimento à Lei Federal nº 14.133/21 e alterações subsequentes.

1.3 - O presente contrato vigorará durante o prazo de 12 (doze) meses, contados a partir da data de assinatura, podendo ser prorrogado por igual prazo, até o limite máximo permitido pela legislação vigente.

2. JUSTIFICATIVA DA AQUISIÇÃO

2.1. Os objetos perseguidos pelo Município de Araras com a prestação de assistência à saúde complementar aos servidores públicos são alcançados com a satisfação das necessidades e expectativas dos próprios beneficiários, os quais têm conceitos diferenciados em relação a padrões de qualidade, presteza e grau de confiabilidade.

2.2. No âmbito do Município de Araras, o benefício está assegurado por meio da Lei Orgânica do Município de Araras, art. 84, VIII e instituído pela Lei Municipal 4.316/2010.

Integram este Termo de Referência a Administração Direta e Indireta, a saber:

Poder Executivo Municipal;

SAEMA – Serviço de Água e Esgoto do Município de Araras;

SMTCA – Serviço Municipal de Transportes Coletivos de Araras;

ARAPREV – Serviço de Previdência Social do Município de Araras.

3- DOS BENEFICIÁRIOS

3.1- Constituem beneficiários titulares:

- Servidores ativos
- Servidores inativos
- Pensionistas

3.2- Constituem beneficiários dependentes:

- O cônjuge ou companheiro (a)
- Filho (a) de qualquer condição, menores de 21 anos ou inválidos (mediante comprovação da condição);
- Filho (a) universitário (graduação) menores de 24 anos desde que comprove com documento da instituição semestralmente;
- Menor que por determinação judicial se ache sob a guarda ou tutela do beneficiário titular

3.3- A comprovação de dependência que será pelo titular, será efetuada mediante apresentação de documentos legais pertinentes tais como: certidão de nascimento, certidão de casamento, escritura pública de união estável do cônjuge ou companheiro (a), termo judicial de guarda ou tutela, autorização judicial.

3.4- A exclusão do servidor implicará na exclusão de todos os seus dependentes



3.5- Tratando-se de beneficiário dependente do plano de saúde, a cessação do direito ocorrerá quando se verificar fato determinante da perda da condição de dependente, cabendo a responsabilidade pela quitação compulsória de débitos remanescente.

3.6- Os novos beneficiários titulares e dependentes que forem incluídos após o prazo fixado neste termo de referência, ficarão sujeitos ao período de carência previsto na ANS para utilização dos serviços contratados.

4. DO SERVIÇO

4.1- Durante a vigência deste contrato, poderão ocorrer inclusões e exclusões de beneficiários, que serão processadas as inclusões no 1º (primeiro) dia do mês subsequente e exclusões no último dia do mês, mediante a entrega dos respectivos documentos comprobatórios.

4.2- Em toda exclusão de beneficiário, o Contratante obriga-se a solicitar a devolução das respectivas credenciais. Não sendo possível, o beneficiário titular assinará uma declaração de responsabilidade sobre o uso indevido do citado documento.

4.3 - Na inclusão de beneficiários, a contratada deverá providenciar a emissão das credenciais de identificação e orientações sobre as vias de acesso (meios eletrônicos, telefones) à rede credenciada e demais serviços nos primeiros 20 (vinte) dias úteis após o envio da documentação pertinente.

4.4 - Não será permitida a cobrança de taxa de inscrição / inclusão ou outras taxas não previstas neste termo.

4.5 - A contratada deverá fornecer os seus serviços na cidade de Araras, disponibilizando hospital, médicos credenciados com consultório na cidade, laboratórios para a realização de exames.

4.6 - O rol de procedimentos e eventos em saúde, para fins de cobertura mínima obrigatória a serem prestados pela empresa contratada serão todos aqueles previstos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através da Resolução Normativa n° 465/2021, bem como suas atualizações posteriores.

4.7 A empresa contratada deverá dispor em sua rede referenciada, as especialidades médicas e áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução 2005/2012-CFM.

4.8 A legislação que ampara a matéria está disposta na Lei Federal n° 9.656/98, na Lei Complementar n° 04 de 27 de dezembro de 2006, que instituem o programa de auxílio à saúde, na Resolução n° 1.785/06 do Conselho Federal de Medicina, na CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, na Resolução 2005/2012 do Conselho Federal de Medicina, que trata das especialidades médicas e áreas de atuação reconhecidas pelo CFM, na Resolução Normativa n° 465/2021 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como suas atualizações posteriores, e na Lei Federal n° 14.133/21.

4.9 A Prefeitura Municipal de ARARAS conta com a participação de cerca de 9922 usuários do plano de saúde incluindo beneficiários, dependentes e agregados conforme tabelas abaixo:

EMPRESARIAL APARTAMENTO	TITULARES	DEPENDENTES	AGREGADOS
MUNICÍPIO DE ARARAS	1533	1366	37
TCA	132	108	5
SAEMA	127	115	1
ARAPREV	4	6	0
TOTAL	1796	1595	43

EMPRESARIAL ECONOMICO	TITULARES	DEPENDENTES	AGREGADOS
MUNICÍPIO DE ARARAS	2491	2929	36
TCA	259	301	4
SAEMA	215	240	1



ARAPREV	5	7	0
TOTAL	2970	3477	41

RELAÇÃO POR LOCAL

<u>EMPRESA</u>	<u>BENEFICIÁRIOS</u>
MUNICÍPIO DE ARARAS	8392
TCA	809
SAEMA	699
ARAPREV	22

RELAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE TOTAL
00 A 18	1750
19 A 23	520
24 A 28	131
29 A 33	330
34 A 38	645
39 A 43	786
44 A 48	830
49 A 53	838
54 A 58	991
ACIMA DE 59	3101
TOTAL	9922

5. DO PLANO

5.1- Atendimento ambulatorial e hospitalar, plano coletivo empresarial apartamento e plano coletivo empresarial enfermaria, contendo preferencialmente, ar condicionado, frigobar, televisão e banheiro para este quarto, sem direito à acompanhante permanente, exceto os beneficiários menores de dezoito anos, maiores de sessenta anos e portadores de deficiência.

5.2- Os serviços médicos de consultas, hospitalizações e ambulatoriais, serão de livre escolha do beneficiário, nos centros médicos, hospitalares e consultórios especializados próprios, através de rede parceira, conveniada ou referenciada.

5.3- As autorizações ou justificativas dos indeferimentos das mesmas deverão obedecer ao prazo estabelecidos pelo protocolo da ANS e suas alterações posteriores.

5.4- Nos casos de atendimento de urgência e emergência, a unidade hospitalar ou equivalente deverá dispor de equipamentos adequados, remédios específicos e equipe com especialistas devidamente treinados.

5.5- Os serviços deverão abranger todas as ações necessárias à prevenção da doença e/ou à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, com cobertura médico-hospitalar e ambulatorial, compreendendo consulta médica (em hospitais, clínicas e consultórios), cirurgia, assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, pronto-socorro, hospitalização, assistência ambulatorial, Unidade de Terapia Intensiva, serviço complementar de diagnóstico e tratamento de rotina e especializado.

5.6- Os serviços serão executados pelos estabelecimentos e profissionais parceiros, conveniados, referenciados e/ou próprios da empresa contratada, sem limite de consultas e exames de métodos complementares, de internamentos em apartamentos ou enfermarias ou em Unidade de Terapia



Intensiva – UTI e semi-intensiva, com instalações climatizadas por meio de ar condicionado, uso de aparelhagem especial em casos necessários.

5.7- Os serviços serão prestados para todas as coberturas indicadas e as que venham a ser incorporadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB), relativas àquelas doenças constantes da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde – OMS, exceto os procedimentos relacionados abaixo, conforme descrito no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS:

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como, órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita ;
- b) Inseminação artificial;
- c) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética
- d) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto casos de medicamentos antineoplásicos de acordo com legislação vigente.
- e) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pela autoridade competente.
- f) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.
- g) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente, e
- h) Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
- i) Cirurgia para mudança de sexo
- j) Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar
- k) Cirurgias plásticas, exceto reparadoras previstas na RN 465 e suas alterações
- l) Aluguel de equipamentos hospitalares
- m) Consultas e atendimentos domiciliares
- n) Exames admissionais, periódicos, mudança de função, retorno ao trabalho e demissionais.

5.8- O paciente terá direito a acompanhante em caso de internação, quando for menor de 18 (dezoito) anos de idade, ou maior de 60 (sessenta) anos de idade e no caso de pessoas portadoras de deficiências fazendo também jus ao pernoite e café da manhã, desde que tais serviços sejam disponibilizados pelo estabelecimento.

5.9- No caso de internamentos, cirurgias, partos, berçários e todo e qualquer procedimento médico - hospitalar, serão de responsabilidade da contratada todos os gastos com o beneficiário, inclusive diárias hospitalares, honorários médicos, serviço de enfermagem, medicamentos, materiais descartáveis e de curativos durante o período de internação.

5.10- A contratada é responsável pela alimentação do paciente, mesmo quando o médico assistente indique alimentação especial para administração tanto por via oral, parenteral e enteral, sem que isso implique em ônus adicional durante período de internação, exceto domiciliar.

5.11- Os procedimentos e eventos ligados à saúde, acobertados pelos planos especificados no presente Memorial Descritivo, serão aqueles constantes dos anexos da Resolução Normativa n ° 465/2021 – ANS, e alterações posteriores, sem quaisquer tipos de limites de utilização, quantidade, prazo e/ou custo, desde que solicitados pelo médico assistente , observadas as limitações legais.

5.12- É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes dos ativos à data de assinatura do contrato decorrente deste Termo.

5.13- A empresa contratada permitirá ao beneficiário o plano de saúde com a seguinte cobertura: I – Atendimento Ambulatorial:

- a) Consultas médicas, em número ilimitado e sem prévia autorização ou parecer médico, nas clínicas básicas e especializadas e/ou consultórios médicos, desde que reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina ou Associação Médica Brasileira, observada a área de abrangência



especificada em cada plano;

b) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, sem limitação de quantidade, prazos e/ou custo, inclusive fisioterapia, regulados pela ANS e alterações posteriores.

II – Internação Hospitalar:

a) Cobertura de internações hospitalares em clínicas básicas e especializadas, inclusive para pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas, vedada a limitação de prazo, valor máximo e/ou quantidade;

b) Cobertura de internações hospitalares em Unidade de Terapia Intensiva ou similares, vedada a limitação de prazo, custo máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

c) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente, vedadas quaisquer limitações;

d) Exames estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, indispensáveis para o controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica, bem assim, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, hemodiálise, laser, sessões de quimioterapia e radioterapia etc. Tudo em conformidade com a prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, vedadas quaisquer limitações;

e) Toda e qualquer taxa, despesa e valores, incluídos os materiais utilizados relativamente à internação hospitalar, inclusive com a remoção do paciente solicitada pelo médico assistente para outro estabelecimento hospitalar, de acordo com a abrangência do plano.

f) Cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos de idade, maiores de sessenta anos de idade e pessoas portadoras de deficiências.

III – Atendimento Obstétrico :

a) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, independente da inscrição prévia do mesmo em algum plano e de quaisquer limitações. O atendimento, neste caso, dar-se-á com a apresentação do cartão de identificação de quaisquer dos genitores e certidão de nascimento do recém nascido;

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

5.14- Os períodos de carência deverão ser, respeitado o estabelecido:

a) Vinte e quatro (24) horas para atendimento de urgência e/ou emergência;

b) Vinte e quatro (24) horas para complicações no processo gestacional, limitado às 12 (doze) primeiras horas de atendimento;

c) Máximo quinze (15) dias para consultas;

d) Cento e oitenta (180) dias, contados da data da inclusão, para exames, internações, cirurgias, transplantes e implantes;

e) Trezentos (300) dias, contados da data da inclusão, para partos.

5.15- Todos e quaisquer exames solicitados, desde que integrantes da lista de procedimentos médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, da Associação Médica Brasileira AMB, ou reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, deverão ser oferecidos pela empresa CONTRATADA, independente de complexidade, custo, quantidade ou prazo, ficando inteiramente a cargo do médico assistente a sua indicação ; e quanto ao local de realização do exame, a critério do beneficiário, dentro da rede credenciada.

5.16- Em caso de substituição de estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, a empresa arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantida a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário, bem como tomará todas as providências a fim de assegurar a integridade do beneficiário .

5.17- Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos parceiros, próprios ou



referenciados da empresa contratada, é garantido ao beneficiário o acesso à acomodação hospitalar superior, sem ônus adicional.

5.18- Nos internamentos, os beneficiários poderão optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, desde que assumam a diferença de preço hospitalar e da complementação dos honorários médicos, conforme negociação direta com o médico e/ou hospital.

6. DA FORMA DE PAGAMENTO

6.1- Os pagamentos serão realizados mensalmente mediante depósito na conta corrente bancária em nome da Contratada no prazo de 05 (cinco) dias contados da emissão do atestado de realização dos serviços.

7. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE E DA CONTRATADA

7.1 - A CONTRATADA, além das disposições constantes no Termo de Referência —obriga-se a:

7.2 - Prestar os serviços com qualidade, atendendo fielmente as condições de execução estabelecidas no Termo de Referência;

7.3 - Manter, durante a vigência do presente contrato, todas as condições de habilitação exigidas na licitação, apresentando, juntamente com as medições, as provas de regularidade de situação perante o INSS e FGTS;

7.4 - Operar o plano de saúde de acordo com as legislações vigentes, resoluções e normas técnicas expedidas pelo Ministério da Saúde;

7.5 - Cumprir integralmente todas as disposições previstas na Lei Federal nº. 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde;

7.6- Arcar com todos os encargos trabalhistas, previdenciários, acidentários, tributários, administrativo e civil, decorrentes da execução do objeto deste contrato.;

7.7 - Impedir que haja qualquer tipo de prejuízo nos atendimentos previstos, em virtude de atraso no pagamento dos serviços prestados pela rede credenciada;

7.8 - Manter, durante toda a execução deste contrato, todas as condições que culminaram em sua habilitação;

7.9 - Não ceder, transferir ou subcontratar, total ou parcialmente, o objeto deste contrato, sem a expressa anuência da CONTRATANTE;

7.10 - Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente ao contratante ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução deste contrato;

7.11 - Indicar um preposto para comparecer na sede do contratante, sempre que convocado, para esclarecimentos de quaisquer problemas relacionados com os serviços contratados;

7.12 - Disponibilizar e manter atualizada para consulta “online”, rede credenciada e outras informações relevantes em portal da operadora, possibilitando o acesso dos beneficiários através da internet.

7.13 - Responsabilizar-se integralmente pelo objeto contratado, nas quantidades e padrões estabelecidos, vindo a responder pelos danos causados diretamente à contratante ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo, nos termos da legislação vigente, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou acompanhamento pelo órgão interessado, conforme Lei nº 14.133/2021.

7.14 - Garantir atendimento médico-hospitalar e ambulatorial de livre escolha do beneficiário dentro da rede credenciada.

7.15 - Garantir o ingresso aos beneficiários, com ausência de carência para qualquer serviço oferecido servidores, bem como aos servidores requisitados e ocupantes de cargo em comissão, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da vigência do contrato, inclusive aos admitidos em data posterior a esta, desde que incluídos até 30 (trinta) dias da posse do servidor conforme RN 557.

7.16- Aplica-se o prazo constante do item anterior ao cônjuge, quando recém-casado.



7.17- Para inclusão de filho, quando recém-nascido ou adotivo, o prazo para ingresso, com ausência de carência, será de 30 (trinta) dias, contado da data do nascimento ou da sentença de adoção, nos termos do inciso III, do art. 19, da Resolução Normativa n° 2011/2010 da ANS.

7.18- Garantir coberturas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB) e as que venham a ser incorporadas, vigentes à época do evento.

7.19- Garantir cobertura de quaisquer exames e procedimentos médicos indicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigentes à época do evento.

7.20- Disponibilizar aos titulares e dependentes/agregados Manual de Rede Referenciada, credenciada ou própria, constando relação atualizada dos profissionais, serviços de hospitais referenciados, incluindo seus respectivos endereços, telefones e especialidades, e também, sempre que solicitado pela contratante digitalmente ou fisicamente.

7.21- Será assegurado o reembolso decorrente de atendimento prestado dentro da área de abrangência do plano, quando não for possível a utilização de serviços próprios ou credenciados pela operadora do plano, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano quando:

- a) O serviço (exceto serviço de transporte) for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento.
- b) Se configurar urgência e emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento.

7.21.1 O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da tabela de referência da operadora do plano vigente a data do evento, no prazo máximo de 30 dias contados da apresentação dos documentos em via original, abaixo elencados:

- a) Conta discriminada das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preço por unidade, juntamente com faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- b) Recibos de pagamentos dos honorários médicos;
- c) Relatório do profissional responsável justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital;
- d) Laudo de exames realizados

7.21.2 Para fins de reembolso, deverá ser apresentada a documentação necessária no prazo máximo de 60 dias contados da data do evento, sob pena de perder o direito de reembolso.

7.22- Enviar, bimestralmente, relatório de sinistralidade em relação à utilização do seguro privado de assistência à saúde por beneficiário.

7.23- Assumir inteira responsabilidade civil e administrativamente por quaisquer danos e prejuízos materiais ou pessoais causados pela CONTRATADA aos beneficiários do serviço a ser contratado.

7.24- Assegurar o padrão de qualidade que obedeça às normas éticas no tocante ao relacionamento com o paciente e seus familiares, com respeito a sua integridade física e moral e acatamento aos seus direitos de modo geral.

7.25- Garantir a remoção do usuário internado, de acordo com a solicitação do médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar dentro da abrangência do plano, utilizando, para tanto, veículo equipado com recursos técnicos que garantam a segurança e o conforto ao beneficiário.

7.26- Fornecer os cartões ou carteira de identificação de beneficiário do plano, sem ônus, no prazo máximo de 20 (vinte) dias corridos, a contar da data da assinatura do instrumento contratual, e posteriormente, 30 (trinta) dias antes da data do seu vencimento.

7.27- Disponibilizar para entrega no prazo de até 20 (vinte) dias à contratante ou ao próprio beneficiário, devidamente identificado, a segunda via do cartão de atendimento, sem qualquer ônus adicional, em casos de perda, roubo, retificação ou desmagnetização do cartão do beneficiário.

7.28- Facultar aos beneficiários, nos atos cirúrgicos que necessitem da utilização de material protético, a opção por prótese importada ou com qualidade superior a oferecida pelo plano, ainda que nacional, devendo a diferença decorrente ser exigida diretamente dos mesmos, observando-se sempre os valores de cotação de mercado ou dos preços praticados pelo respectivo produto, prevalecendo, neste caso, a mais vantajosa para o beneficiário.



7.29- Executar os serviços ofertados sempre por meio de médicos e/ou estabelecimentos, devidamente inscritos no Conselho Regional de Medicina, com reputação ilibada e idoneidade reconhecida.

7.30- Manter hospital ou contrato com hospital credenciado/conveniado na cidade, com os seguintes serviços mínimos: pronto socorro com atendimento de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, ortopedia e cirurgia geral durante 24 horas por dia, internações clínicas e cirúrgicas e unidade de terapia intensiva adulto.

7.31- A contratada obriga-se a não empregar menores de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, bem como a não empregar menores de 16 anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos.

7.32- A contratada se obriga a manter sempre atualizados os seus dados cadastrais, alteração da constituição social ou do estatuto, conforme o caso, principalmente em caso de modificação de endereço, sob pena de infração contratual.

A CONTRATANTE obriga-se a:

- a) promover os pagamentos nas datas exigíveis;
- b) prestar todos os esclarecimentos solicitados pela CONTRATADA;
- c) fiscalizar e acompanhar a execução dos serviços, na forma prevista na Lei Federal nº. 14.133/2021, indicando, formalmente, servidor para acompanhamento da execução contratual;
- d) notificar, por escrito, a ocorrência de eventuais imperfeições no curso de execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção;
- e) orientar os usuários na utilização adequada dos serviços oferecidos pela Contratada, para prevenir abusos e gastos desnecessários;
- f) conferir e enviar à Contratada, em tempo hábil, cópia dos documentos necessários à inclusão/exclusão do titular e dependentes;
- g) informar mensalmente a Contratada todas as alterações na situação dos beneficiários ou seus dependentes, bem como as admissões e demissões de servidores.

8- PREÇO

8.01 Os licitantes deverão apresentar preço único familiar, expressos em moeda corrente nacional para os seguintes planos:

- a) Plano Coletivo Empresarial Enfermaria
- b) Plano Coletivo Empresarial Apartamento

8.02. O preço contratado poderá ser reajustado, observando o intervalo mínimo de um ano, mediante aplicação do índice do IPCA-E, sendo o mês base o da assinatura do contrato.

8.03. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-financeiro do contrato, este será reavaliado nos termos descritos a seguir.

8.03.1. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (setenta e cinco por cento) = (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

8.03.2. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S / Sm) - 1$$

Onde: S = Sinistralidade apurada no período

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

8.04. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 8.03 e 8.03.01, este deverá ser procedido de forma especificada no item 8.03.2 na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.



8.05. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

8.06. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

8.07. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

8.08. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

8.09. Caberá a contratada a iniciativa revisional por reajuste técnico, cujo pedido deverá demonstrar analiticamente a elevação dos custos da variação dos serviços médico hospitalares e dos insumos utilizados na prestação dos serviços.

8.10. A proposta deverá conter o valor para cada tipo de plano oferecido, com dados da empresa prestadora (endereço, telefone, Razão Social, Cnpj), validade da proposta não podendo ultrapassar 90 (noventa) dias e assinatura do responsável.

8.11. Modelo de proposta:

DESCRIÇÃO	USUÁRIOS	VALOR UNITÁRIO
Plano Coletivo Empresarial Enfermaria	2970	R\$
Plano Coletivo Empresarial Apartamento	1796	R\$

VALOR MENSAL: R\$.....

VALOR ANUAL: R\$.....

9. DO CRITÉRIO DE JULGAMENTO

9.1 Os Critérios de julgamentos serão os definidos no procedimento da Modalidade de Licitação definida para esta contratação.

10. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

10.1 As penalidades e demais sanções administrativas são aquelas previstas na Lei 14.133/21.

Araras, 18 de fevereiro de 2025

Edileia Dias Barbosa
Diretora Geral da Secretaria
de Administração