CONTRATO N.º 046/2026

TERMO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – DISCRIMINADA NO PREGÃO ELETRÔNICO N° 009/2026, OBJETO DO PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 036/2026 (PROCESSO DIGITAL 6316/2026 – QUE FAZEM ENTRE SI O MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ (SC) E A EMPRESA SELECT OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA.

O **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob o n° 82.892.274/0001-05, com sede na Av. Acioni Souza Filho, nº 403 (Beira Mar São José), Praia Comprida – São José/SC, por intermédio da **Secretaria Municipal de Administração**, doravante designada simplesmente "**CONTRATANTE"**, neste ato representada por sua **Secretária**, **Sr.ª Adriana Isolete de Souza** e a empresa **SELECT OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Rua 14, n. 397, Loja 5, Quadra C8, Lote 2/94E, Edifício ID Vida Urbana, Setor Oeste, Goiânia/GO, CEP: 74.120-070, inscrita no CNPJ sob o n° 37.035.441/0001-39, neste ato representado legalmente pelo **Sr.(a) Augusto Cesar Ramos Araújo, inscrito(a) no CPF sob o n.º 445.883.641-20**, doravante designada simplesmente "**CONTRATADA"**, têm, entre si, justo e acordado e celebram por força do presente instrumento, com integral sujeição à Lei Federal nº 14.133/2021 e Decretos Municipais n. 18410/2023, 18411/2023 e 18558/2023, sem prejuízo das demais normas aplicáveis a matéria, pelas disposições constantes do precedente Processo Licitatório e pelas cláusulas e condições seguintes:

DO OBJETO

Cláusula Primeira. O objeto deste Contrato consiste na **O OBJETO DA PRESENTE LICITAÇÃO TRATA DO(A) CONTRATAÇÃO DE EMPRESA OPERADORA/SEGURADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, COMPREENDENDO CONSULTAS MÉDICAS, SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO, TERAPIA E INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, CIRÚRGICOS E OBSTETRÍCIOS, TANTO PREVENTIVA QUANTO CURATIVA E INTERNAÇÕES EM CLÍNICAS PSIQUIÁTRICAS, COM PREÇO MENSAL POR USUÁRIO INSCRITO E COPARTICIPAÇÃO DE 50% DO VALOR DAS CONSULTAS MÉDICAS (ELETIVAS, EMERGÊNCIA E URGÊNCIA), EXAMES, PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSE, FISIOTERAPIAS E ACUPUNTURA, REGISTRADOS NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), COM ATENDIMENTO E COBERTURA NA REGIÃO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS,** conforme descrito nos documentos que instruem o **PREGÃO ELETRÔNICO Nº 009/2026,** que deu origem a este instrumento.

DA LEGISLAÇÃO E DOCUMENTOS VINCULADOS

Cláusula Segunda. O presente Contrato fundamenta-se na Lei Federal nº 14.133/2021 e Decretos Municipais n. 18410/2023, 18411/2023 e 18558/2023, sem prejuízo das demais normas aplicáveis à matéria, especialmente aquelas regentes dos Planos de Saúde.

PARÁGRAFO ÚNICO. Fazem parte integrante deste contrato, independentemente de sua transcrição, o Edital do Pregão Eletrônico nº 009/2026, a proposta apresentada pela CONTRATADA e todos os anexos pertinentes ao objeto do presente ajuste.

DA NATUREZA DO CONTRATO

Cláusula Terceira. O presente contrato é de **adesão, bilateral**, gerando direitos e obrigações individuais às partes, conforme o disposto no Código Civil.

DOS DADOS DO PLANO

Cláusula Quarta. O presente termo consiste na contratação de um plano de saúde definido na Lei Federal nº 9656/98, a qual dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, conforme segue:

I. Tipo de Contratação: O presente contrato observa o Regime de Contratação Coletivo Empresarial com Patrocinador, entendido como aquele que oferece cobertura completa prestada aos usuários vinculados ao **CONTRATANTE**, de escolha espontânea e opcional do público-alvo, que participa parcialmente do pagamento da contraprestação mensal;

II. Tipo de Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia previsto na Lei Federal nº 9656/98 e RN ANS nº 465/2021.

DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO

Cláusula Quinta. A área de abrangência é regional, compreendendo a região Metropolitana de Florianópolis, conforme Lei Complementar Estadual n.º 495 de 2010 e respectivas alterações que vierem a ocorrer no interstício da execução contratual.

PARÁGRAFO ÚNICO. O Plano de Assistência à Saúde poderá proporcionar aos usuários inscritos o tratamento fora da sua área geográfica de abrangência quando não houver disponibilidade de recursos técnicos para o tratamento apropriado na região Metropolitana de Florianópolis, e, desde que esta condição esteja formalmente comprovada em laudo médico específico.

DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Cláusula Sexta. A internação se dará em aposento não privativo, também denominado quarto coletivo/enfermaria.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. Na hipótese do usuário fazer qualquer espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá pagar a diferença de preço diretamente, sem que a **CONTRATANTE** tenha qualquer responsabilidade.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Enquanto não houver disponibilidade do tipo de leito hospitalar contratado, é garantido ao usuário acesso à acomodação de nível superior, sem ônus adicional.

DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Cláusula Sétima. Por parte do **BENEFICIÁRIO**, deverão ser observados os seguintes itens:

a) Preenchimento e assinatura dos documentos abaixo:

a.1) Contrato;

a.2) Termo de Adesão, um para cada titular, com ou sem dependentes, assinado pelo titular;

PARÁGRAFO ÚNICO. Todo o trâmite relacionado à admissão do beneficiário deverá ocorrer em sistema da **CONTRATADA**, sem quaisquer ônus e/ou responsabilidades à administração pública.

DOS USUÁRIOS

Cláusula Oitava. São considerados usuários titulares do Plano de Saúde, aqueles previstos no art. 4º do Decreto 23.541/2025.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. São considerados usuários dependentes do titular aqueles previstos no art. 8º do Decreto 23.541/2025.

PARÁGRAFO SEGUNDO. É assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular, isento do cumprimento dos períodos de carências e alegação de doença ou lesão preexistente, mediante apresentação da Certidão de Nascimento, desde que a inscrição seja feita em até 30 dias após o nascimento ou adoção;

PARÁGRAFO TERCEIRO. Também é assegurada a inscrição de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, nas mesmas condições de cobertura do adotante, inclusive com o aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos, exceto para doenças preexistentes, desde que inscrito até 30 dias após a formalização da adoção e apresentado o respectivo termo.

PARÁGRAFO QUARTO. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pelo(a) CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais capazes a atestar a condição de dependência.

DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Cláusula Nona. O Plano de Assistência à Saúde compreende todas as coberturas e demais procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, estabelecida pela Resolução Normativa RN nº 465/2021 e respectivas atualizações, compreendendo:

PARÁGRAFO ÚNICO. Compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente observada às seguintes exigências:

I. Assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizada exclusivamente no Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei;

II. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

III. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

IV. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial, solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de auxiliar e complementar o diagnóstico odontológico, executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA;

V. Cobertura de medicamentos registrados e regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA, desde que utilizados durante a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em regime ambulatorial e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

VI. Cobertura de consultas/sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista, solicitados pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;

VII. Sessões de psicoterapia solicitada pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o número de sessões previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;

VIII. Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física (Fisioterapia), conforme solicitação do médico assistente em número ilimitado de sessões por ano e executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA;

IX. Ações de Planejamento Familiar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, observando as seguintes definições:

a) Planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

b) Concepção: fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

c) Anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

d) Atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

e) Aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduos ou casais relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

f) Atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

X. Cobertura ambulatorial obrigatória para os seguintes procedimentos, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, conforme prescrição do médico assistente;

c) Radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial;

d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, com segmentação ambulatorial e

que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares;

e) Hemoterapia ambulatorial;

f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

XI. Participação do médico anestesiologista, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

XII. Atendimento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes seguintes:

a) A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente;

b) Internação psiquiátrica: custeio integral de até 30 (trinta) dias por ano de contrato, não cumulativos, em regime de internação hospitalar ou hospital-dia, em hospital integrante da rede própria ou credenciada da Contratada;

b.1) Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias acima previsto, os atendimentos serão realizados mediante pagamento de coparticipação estabelecida na cláusula Mecanismos de Regulação;

b.2) Estão cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas;

c) Hospital-dia para transtornos mentais é o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionar ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar;

d) A cobertura em hospital-dia para transtornos mentais, será prestada de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.

XIII. Todas as modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias (que necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar), incluindo centro de terapia intensiva ou similar,

hospital dia e clínicas básicas e especializadas integrantes da rede própria ou credenciada da Contratada, sendo vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;

XIV. Despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;

XV. Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

XVI. Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

XVII. Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

XVIII. Órteses e próteses ligados aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento:

a) A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet;
b) É de responsabilidade do médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
c) O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano de saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e
d) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, através do mecanismo de junta médica, com as despesas arcadas pela operadora.

XIX. Tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária – CPT e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:

a) Entendem-se como complicação os eventos não previstos na realização do tratamento ou os previstos que não acontecem de maneira sistemática;

b) Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura (como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto) não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

XX. Estão cobertos os exames pré e pós-operatórios constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às cirurgias cobertas ou não;

XXI. Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme disposto na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência e Remoção;

XXII. Quando se tratar de criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos, é assegurada ao acompanhante a cobertura de acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante;

XXIII. Conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, quando se tratar de idosos a partir dos 60 anos de idade e pessoas portadoras de deficiências, é assegurada ao acompanhante a cobertura de acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante;

XXIV. As cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe e devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, incluindo a cobertura de exames complementares e fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais, ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;

XXV. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação odontológica, passíveis de realização em regime ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar:

a) Inclui a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar. Os honorários e materiais do cirurgião-dentista estão excluídos da cobertura do plano de saúde.

b) A necessidade da internação por imperativo clínico que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, é determinada pelo cirurgião-dentista, que irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

XXVI. Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária e indicada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato;

XXVII. Procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;
c) Radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial e hospitalar;
d) Hemoterapia;

e) Nutrição parenteral ou enteral;

f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

h) Radiologia intervencionista;

i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, exceto o fornecimento de medicação de manutenção;

XXVIII. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;

XXIX. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

XXX. Atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:

a) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo e sob guarda ou tutela do titular ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou 30 (trinta dias) da guarda ou tutela, desde que o pai ou a mãe do recém-nascido tenham cumprido a o prazo de carência máxima de 180, vedada alegação de doença ou lesão preexistente. Ultrapassado o prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, salvo se o dependente estiver inscrito no plano, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão;

b) Cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (paramentação, acomodação e alimentação de acordo com a dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante), conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes.

b.1) Entende-se como pós-parto imediato as primeiras 48 (quarenta e oito) horas após o parto, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente.

XXXI. Transplante de córnea e rim, observadas as especificações abaixo:

a) Nos transplantes de córnea e rim, as despesas de procedimentos vinculados — entendidos estes como os necessários à realização do transplante —, incluindo:

a.1) Despesas assistenciais com doadores vivos;
a.2) Medicamentos utilizados durante a internação;
a.3) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
a.4) Despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde).

b) Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

XXXII. Transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

XXXIII. Transplante de medula óssea: alogênico e autólogo, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.**

XXXIV. Custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

XXXV. Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infligidas.

XXXVI. Custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade de enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

XXXVII. Cobertura dos transplantes de Rins e Córneas, e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

XXXVIII. Cobertura das despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima, incluindo todas aquelas necessárias à realização de transplantes, no que couber, como: as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sendo admitida e exclusão de medicamentos de manutenção.

XXXIX. Nos casos de garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, deve esclarecer que esta se dará a critério do médico-assistente.

DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

Cláusula Décima. Não gozam de cobertura as despesas decorrentes de:

I. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que;

- **a)** Empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- **b)** São considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
- **c)** Cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label).

II. Procedimentos clínicos e 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;

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

IV. Métodos contraceptivos abaixo indicados:

- **a)** Pílulas anticoncepcionais; adesivo anticoncepcional;

b) Anticoncepcionais hormonais injetáveis e implante hormonal, exceto para cobertura ambulatorial nos casos de quimioterapia oncológica;

c) Anel vaginal; preservativos femininos e masculinos; diafragma; esponja e espermicida.

V. Tratamento de rejuvenescimento ou para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

VI. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde (tais como: hospitais, ambulatórios, clínicas);

VII. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pelo Ministério da Saúde;

VIII. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

IX. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, da lista disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br);

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

XI. Casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XII. Clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XIII. Transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

XIV. Consultas e exames periódicos, admissional, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, que são de responsabilidade do empregador conforme determina a NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho;

XV. Consultas, internações e demais atendimentos domiciliares;

XVI. Tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar (listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento);

XVII. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, exceto para os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação hospitalar;

XVIII. Todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

XIX. Procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. A CONTRATADA não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias, sejam realizadas pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, ligações telefônicas, produtos de higiene e perfumaria diferentes dos disponibilizados pelo hospital, alimentação diferente da ofertada na dieta geral do hospital, etc.

PARÁGRAFO SEGUNDO. A responsabilidade pelo pagamento das despesas extraordinárias será exclusivamente do beneficiário, que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

PARÁGRAFO TERCEIRO. De forma complementar, restam excluídas as coberturas dos procedimentos não previstos no rol publicado pela Agência Nacional de Saúde vigente a época do evento e as que vierem a ser publicada ao decorrer da execução contratual.

DA VIGÊNCIA

Cláusula Décima Primeira. Este contrato terá vigência de **12 (doze) meses**, podendo ser prorrogado, mediante aditamento e interesse mútuo das partes, atendido o interesse público, na forma do art. 105 e seguintes da Lei n. 14.133/2021.

DO PERÍODO DE CARÊNCIA

Cláusula Décima Segunda. Para que possam beneficiar-se dos serviços, os segurados devem cumprir os períodos de carências abaixo relacionados, de acordo com as seguintes disposições:

a) Atendimento de Urgência e Emergência - carência de 24 (vinte e quatro) horas;
b) Consultas médicas, análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos, raios-X simples e contrastados, eletrocardiogramas, eletroencefalogramas, acupuntura e ultrassonografias - carência de 30 (trinta) dias;
c) Fisioterapias - carência de 90 (noventa) dias;
d) Parto a termo - carência de 300 (trezentos) dias;
e) Todas as demais coberturas - carência de 180 (cento e oitenta) dias.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. Ficarão isentos da carência os usuários titulares e dependentes vinculados à Prefeitura Municipal de São José que possuem, na data da assinatura do contrato, plano de assistência à saúde anteriormente oferecido pela municipalidade, devendo para isto efetuar adesão no prazo de **60 (sessenta) dias** a contar na data de vigência deste contrato, assim como, os usuários dependentes que já tenham cumprido os respectivos prazos.

PARÁGRAFO SEGUNDO. A contagem dos prazos de carência dar-se-á a partir do ingresso do segurado no plano de saúde.

DAS DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Cláusula Décima Terceira. Não há cláusula de análise de doença ou lesões preexistentes.

DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cláusula Décima Quarta. A cobertura dos procedimentos de urgência e emergência que implicarem risco imediato de morte ou lesões irreparáveis para o usuário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, é assegurada para todos os procedimentos, após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do usuário no plano, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. O CONTRATANTE tem direito ao reembolso (nos limites das obrigações contratuais), das despesas efetuadas pelos beneficiários, titular ou dependentes, quanto à assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares, conforme Tabela de Referência da CONTRATADA que faz parte deste contrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Quando o valor efetivamente pago pelo titular for menor ou maior do constante na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimento médicos da Associação Médica Brasileira (CBHPM), prevalecerá, para fins de reembolso, o valor integral pago pelo usuário.

PARÁGRAFO TERCEIRO. A documentação necessária ao reembolso deve ser apresentada pelo usuário diretamente nos postos de atendimento da contratada, sendo que os reembolsos deverão ser efetuados no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis contados da data de apresentação da documentação completa.

DA REMOÇÃO DECORRENTE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cláusula Décima Quinta. A CONTRATADA deve garantir a cobertura da remoção do paciente, após realização dos atendimentos classificados como urgência ou emergência na seguinte situação:

I. Depois de realizar os atendimentos classificados como urgência e emergência e, se caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada mais próxima que disponha dos recursos necessários para o atendimento, sem ônus para o(a) CONTRATANTE ou usuário.

a) A remoção, a que se refere esta cláusula, realizar-se-á em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital dentro dos limites de cobertura geográfica do plano;

b) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da definida no

item "a" do caput, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção;

c) Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Cláusula Décima Sexta. Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. A coparticipação é a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à CONTRATADA, após a realização dos procedimentos e condições abaixo, observados os limites estabelecidos nos normativos vigentes.

I. Os atendimentos serão realizados mediante coparticipação de **50% (cinquenta por cento)** no custo dos serviços abaixo, limitados a um valor máximo de **R$170,00 (cento e setenta reais)**, por serviço realizado:

a) Consultas médicas em consultório e pronto socorro;

b) Exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame;

c) Sessões de fisioterapias, acupunturas, fonoaudiologia, psicoterapia, terapia ocupacional, nutrição, oxigenoterapia hiperbárica e sessões com psicólogo, realizados em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Na internação psiquiátrica, caso sejam ultrapassados os prazos de internação definidos na Cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos, haverá controle mediante coparticipação, equivalente a 50% (cinquenta por cento) por diária efetivamente realizada.

PARÁGRAFO TERCEIRO. Os valores serão reajustados anualmente em conformidade com as disposições da cláusula de Reajuste de Valores.

DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Cláusula Décima Sétima. A CONTRATADA disponibilizará – em formato digital - ao usuário titular e respectivos dependentes o cartão individual de identificação, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

PARÁGRAFO ÚNICO. O usuário que possuir interesse em utilizar versão física do cartão de identificação deverá efetuar o requerimento diretamente ao Plano de Saúde, por intermédio de canal apropriado, disponibilizado às expensas da CONTRATADA, para, mediante o pagamento dos custos atrelados, o usuário solicite a versão física.

DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Cláusula Décima Oitava. Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

I - Consultas: Os usuários são atendidos no consultório dos médicos indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas realizadas em pronto socorro da rede credenciada serão prestadas pelo médico assistente que estiver de plantão:

a) Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista: são realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;

b) Sessões de psicoterapia: são realizadas pelos profissionais cooperados, credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso

estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;

c) Cirurgia buco-maxilo-facial: é realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);

d) Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirurgias e obstétricas: serão realizados por médicos nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviço, mediante apresentação de guia de solicitação de serviços (expedida pelo médico assistente) e com autorização prévia da contratada (salvo hipótese de urgência e emergência);

e) Exames complementares e serviços auxiliares: serão realizados nos prestadores de serviço que integram a rede da contratada, mediante apresentação de guia de solicitação de serviços (expedida pelo médico assistente) e com autorização prévia da contratada;

II - A CONTRATADA disponibilizará mecanismos de autorização que não exijam o deslocamento do segurado do local de realização do procedimento até a sua sede local, exceto nos casos de internações hospitalares e exames de alto custo, quando o segurado deverá obter a autorização em locais a serem definidos pela CONTRATADA;

III - Nos casos de urgência e emergência, o usuário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da CONTRATADA, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa;

IV - A CONTRATADA garantirá a liberação dos procedimentos que necessitam de autorização prévia no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, a partir do momento da solicitação e em prazo inferior quando for caracterizada urgência ou emergência;

V - Os usuários com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais usuários;

VI - Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia eletrônico através de sítio da CONTRATADA.

VII. A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas abaixo estabelecidas no art. 17 da Lei 9656/98:

a) É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

b) Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato;

c) Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário;

d) Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a CONTRATADA deverá solicitar à ANS autorização expressa e posteriormente comunicar ao beneficiário e CONTRATANTE.

VIII. Condições diferenciadas de atendimento:

a) A CONTRATADA autorizará medicamentos e materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) nacionais, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA, (somente autorizando os importados, caso não existam similares nacionais). As eventuais divergências serão dirimidas pelo mecanismo de junta médica, abaixo previsto;

b) A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo médico ou cirurgião dentista solicitante, médico da operadora e por um médico-perito desempatador, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA).

DA FORMAÇÃO DE PREÇO

Cláusula Décima Nona. Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

PARÁGRAFO ÚNICO. Os valores deverão observar a planilha apresentada pela CONTRATADA no decorrer do certame, replicados os seus termos abaixo:

DO PAGAMENTO

Cláusula Vigésima. O pagamento será efetuado mensalmente à contratada, no 10° dia do mês da prestação do serviço, ou seja, o pagamendo do primeiro mês da contratação será no 10° dia do mês de vigência do contrato, e assim sucessivamente;

I. O atraso na entrega da nota fiscal / fatura acarretará o adiamento do prazo de pagamento na mesma quantidade de dias, não incidindo neste caso qualquer acréscimo de valores a título de juros, multa ou correção monetária;

II. Para as empresas, cujos produtos e serviços estejam enquadrados nos códigos da Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE, descritos no Anexo único dos Protocolos ICMS 42 de 03/07/2009 e ICMS 82 de 26/03/2010, que estabelece a obrigatoriedade da utilização da Nota Fiscal Eletrônica (NF-e) em substituição a Nota Fiscal, modelo 1 ou 1-A, estas deverão se adequar ao disposto nos referidos protocolos;

III. Em nenhuma hipótese serão autorizadas despesas sem a competente previsão orçamentária.

IV. O Contratante pagará à Contratada por usuário inscrito, baseado no cadastro do último dia do mês:

a) A título de mensalidade, o valor é variavel pela faixa etária, por beneficiário, conforme a proposta comercial apresentada pela vencedora, entre usuários titulares e dependentes da Prefeitura Municipal de São José, conforme descrito no item 3 (três) do Termo de Referência. Número este que pode variar ao longo deste contrato, visto que a adesão é facultativa, não havendo nenhuma obrigatoriedade de permanência no plano de assistência à saúde.

b) As coparticipações previstas na Cláusula Mecanismos de Regulação:

b.1) A apresentação da fatura à CONTRATANTE com a cobrança das mensalidades por usuário inscrito deverá ser até dez dias antes da cobrança;

b.2) A apresentação da fatura à CONTRATANTE com os valores relativos à co-participação dos usuários deverá ser até vinte dias antes da cobrança;

b.3) O valor da participação dos usuários nos serviços, quando for o caso, se dará pela aplicação do percentual e/ou quantias, previstos sobre o custo dos serviços executados, observando-se a Tabela de Referência da CONTRATADA, vigente na data do vencimento da fatura.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. O CONTRATANTE reconhece o valor das mensalidades fixadas e o extrato de serviços prestados, destinado a identificar a utilização, a respectiva participação nos custos, na forma prevista nesta cláusula, como prova de seu débito. Reconhece ainda que os valores lançados no extrato constituem dívida líquida, certa e exigível, nos termos do Código de Processo Civil.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Se houver dúvidas quanto às informações do extrato, o CONTRATANTE poderá solicitar a CONTRATADA os esclarecimentos necessários. Sendo constatada cobrança indevida, a CONTRATADA ressarcirá a CONTRATANTE, os valores devidamente corrigidos, na forma da lei específica.

PARÁGRAFO TERCEIRO. A CONTRATANTE não se responsabilizará por parcela referente a período em que o contrato esteja suspenso.

PARÁGRAFO QUARTO. Os créditos necessários ao atendimento das despesas do presente termo correrão à conta do Orçamento Geral do Município de São José, para o exercício corrente.

DO REAJUSTE DE VALORES

Cláusula Vigésima Primeira. Os preços unitários dos serviços previstos poderão ser reajustados após o período mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, contados a partir do início de validade das apólices. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o prazo será contado a partir da data de início dos efeitos financeiros do último reajuste aplicado. O índice de reajuste adotado será a variação acumulada em 12 (doze) meses do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Poderá, ainda, ser promovido o reequilíbrio econômico-financeiro do contrato em decorrência da variação do índice de sinistralidade, considerando-se como ponto de equilíbrio o percentual de 70% (setenta por cento). Para tanto, deverá ser apresentada demonstração analítica e devidamente fundamentada do impacto da variação dos componentes de custo, acompanhada das respectivas justificativas que comprovem a necessidade de manutenção do equilíbrio contratual.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. Havendo sinistralidade a ser apurada, esta deverá ter seus valores apresentados pela CONTRATADA no momento da solicitação de reajuste contratual, devendo-se dar preferência para sua apresentação quando da manifestação acerca de eventual prorrogação

contratual, ou em momento posterior, havendo necessidade.

PARÁGRAFO SEGUNDO. O objeto da presente cláusula somente incidirá sobre o valor contratual após regular trâmite de processo administrativos e apurados pelos órgãos competentes os seus termos, com confirmação efetuada mediante formalização de aditamento contratual.

DA FAIXA ETÁRIA

Cláusula Vigésima Segunda. As mensalidades não serão reajustadas em razão da idade do usuário.

DA ALTERAÇÃO

Cláusula Vigésima Terceira. Devidamente justificado este Contrato é alterável, nas condições previstas na Lei n. 14.133/2021.

DOS DIREITOS E DAS RESPONSABILIDADES

Cláusula Vigésima Quarta. O Contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133/2021, respondendo cada uma pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

Cláusula Vigésima Quinta. A Contratante fiscalizará a prestação de serviços ora contratada, nos termos do artigo 117 da Lei nº 14.133/2021, por intermédio da **Secretaria Municipal de Administração**, sob responsabilidade diretamente designado por intermédio de portaria administrativa, com as respectivas atribuições. Tal fiscalização, em hipótese alguma, atenua ou exime de responsabilidade a Contratada.

Cláusula Vigésima Sexta. A Contratada disponibilizará a cada usuário um manual impresso com todas as informações sobre o plano de saúde contratado.

Cláusula Vigésima Sétima. A Contratada obriga-se a manter durante toda a execução do Contrato em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação exigidas na licitação.

Cláusula Vigésima Oitava. Ainda que recebido em caráter definitivo, subsistirá, na forma da Lei, a responsabilidade da Contratada pela solidez, qualidade e segurança dos serviços prestados.

DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

Cláusula Vigésima Nona. A Contratada que ensejar o retardamento da execução do objeto deste Contrato, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do contrato, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal, segundo resultar apurado em processo regular pela autoridade competente, ficará impedido de licitar e de contratar com a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, sem prejuízo de ter cancelado o respectivo registro no sistema de cadastramento de fornecedores desta Prefeitura, pelo prazo de até 05 (cinco) anos.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. Aquele que, convocado dentro do prazo de validade de sua proposta, negar-se a assinar o Contrato ou não retirar a nota de empenho, deixar de entregar a documentação exigida no edital, apresentar documentação falsa, ensejar o retardamento da execução de seu objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução da Ata/Contrato, comportar-se de modo inidôneo, fizer declaração falsa ou cometer fraude fiscal, garantido o direito à ampla defesa, ficará impedida de licitar e contratar com o Município, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, sem prejuízo das multas previstas neste Edital e das demais cominações legais.

I. Pelo atraso injustificado, pela inexecução total ou parcial do objeto pactuado, conforme o caso, a Prefeitura Municipal de São José poderá aplicar ao Prestador de Serviços as seguintes sanções, garantida a prévia defesa:

a) Multa de 0,5 (zero vírgula cinco por cento) por dia de atraso, até o máximo de 10% (dez por cento) sobre o valor da contratação, em decorrência de atraso injustificado na execução dos serviços;
b) Multa de até 10% (dez por cento) sobre o valor total da contratação, no caso de inexecução total ou parcial do mesmo.

II. As multas estabelecidas serão entendidas como independentes, podendo ser cumulativas, sendo descontadas dos pagamentos devidos pela Prefeitura Municipal de São José ou da garantia prestada ou ainda cobradas judicialmente;

III. Se a licitante vencedora não recolher o valor da multa compensatória que porventura for aplicada, dentro de 05 (cinco) dias úteis a contar da data da intimação, serão então acrescidos os juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês;

IV. O não comparecimento injustificado da licitante vencedora para retirar a nota de empenho dentro de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação escrita, caracteriza o descumprimento

total da obrigação assumida com a proposta, sujeitando-se a licitante faltosa ao pagamento de uma multa equivalente a 10% (dez por cento) sobre o valor total do respectivo instrumento, sem prejuízo das demais sanções legais previstas neste item e na legislação pertinente;

V. Quando a licitante vencedora motivar rescisão contratual, será responsável pelas perdas e danos decorrentes para a Prefeitura Municipal de São José;

VI. Aplicam-se nos casos omissos as normas da Lei nº 14.133/2021, com alterações posteriores.

PARÁGRAFO SEGUNDO. No caso de imposição das sanções administrativas fica garantida a ampla defesa e o direito ao contraditório.

PARÁGRAFO TERCEIRO. A empresa terá registrado em seu Certificado de Registro Cadastral a penalidade aplicada pelo Município.

DA RESCISÃO CONTRATUAL

Cláusula Trigésima. O presente termo poderá ser rescindido nas hipóteses previstas na Lei n° 14.133/2021, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial.

PARÁGRAFO ÚNICO. Em quaisquer das hipóteses de rescisão ou suspensão, havendo usuários em período de internação, compromete-se o(a) CONTRATANTE a arcar integralmente com as respectivas despesas.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula Trigésima Primeira. Seguem abaixo as seguintes disposições gerais:

I – Fica vedada a subcontratação pela Contratada para a execução dos serviços;

II - Os serviços prestados deverão atender aos segurados com estrita observância à legislação que trata da relação de consumo e a ética profissional, utilizando os mesmos padrões de conforto dispensados aos demais clientes da empresa contratada, independente se o atendimento for realizado através de médicos, clínicas, hospitais, laboratórios contratados/cooperados/ credenciados, sendo vedado qualquer tipo de discriminação;

III - É vedado, ao prestador de serviço (pessoa física ou jurídica) habilitado para atendimento aos segurados, cobrar diretamente do segurado qualquer valor, independente do título ou da razão, salvo as despesas não cobertas por este plano de saúde;

IV - Fornecer periodicamente relatórios, em meio digital, a serem definidos pela CONTRATANTE, para acompanhamento dos serviços oferecidos aos segurados, acompanhamento dos valores de coparticipação cobrados, bem como os extratos de coparticipação a ser disponibilizado aos segurados;

V - SIGILO MÉDICO: compromete-se a CONTRATANTE a observar e atender a legislação relativa ao sigilo médico;

VI - RECLAMAÇÕES: as reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados deve ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA;

VIII - A relação dos profissionais e entidades prestadoras de serviços, será divulgada no guia eletrônico através de um sítio eletrônico.

DO FORO

Cláusula Trigésima Segunda. Fica eleito o Foro da Comarca de São José (SC), com prevalência sobre qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para adoção de quaisquer medidas judiciais, pertinentes ao presente contrato.

PARÁGRAFO ÚNICO. E assim, por estarem as partes justas e contratadas, firmam o presente instrumento, a vista de duas testemunhas, em 3 (três) vias de igual teor e forma, comprometendo-se a cumprir a presente avença, por si e seus sucessores, em juízo ou extrajudicialmente.

São José (SC), na data da publicação no PNCP.

_____

Adriana Isolete de Souza
Secretária Municipal de Administração
Decreto nº 7603/2017

_____

SELECT OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA
Representante legal