



EDITAL DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO N.º 136 / 2025
INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO N.º 024 / 2025

ANEXO VI - MINUTA DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

TERMO DE CONTRATO que entre si celebram o **MUNICÍPIO DE POMERODE** e a Empresa (**CONTRATADA**), sob a regência da Lei Federal n.º 14.133/2021 e pelo Decreto Municipal n.º 4.270/2023 e da Lei Complementar n.º 123/2006, pelas demais normas pertinentes e pelas condições estabelecidas pelo presente edital, objetivando a contratação sob o **REGIME DE CONTRATAÇÃO COLETIVO EMPRESARIAL**.

Contrato que entre si celebram o **MUNICÍPIO DE POMERODE**, pessoa jurídica de direito público interno, por meio da **Secretaria de Gestão Administrativa e Fazendária**, com sede administrativa na Rua 15 de Novembro, n.º 525, Centro, Pomerode/SC, CEP 89.107-000, inscrita no CNPJ sob n.º 83.102.251/0001-04, neste ato representado pela Secretária Municipal, **Sra. MARIA ANGÉLICA FAGGIANI**, doravante denominada simplesmente de **MUNICÍPIO**, e a Empresa, com sede na(o), sob o CNPJ n.º, neste ato representada por seu representante legal, Sr^(a), doravante denominada simplesmente de **CRENCIADA**, em decorrência do Processo Administrativo n.º 136 / 2025, Inexigibilidade de Licitação n.º 024 / 2025, homologado em, mediante sujeição mútua às normas constantes da Lei Federal n.º 14.133/2021, Decreto Municipal n.º 4.270/2023 e demais legislação pertinente, ao Edital antes citado, à proposta e às seguintes cláusulas contratuais:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 - O objeto do presente contrato é o CRENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DE DIREITO PRIVADO QUE ATUEM NA ADMINISTRAÇÃO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, DESTINADA À PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA OU SEGURO SAÚDE COLETIVO, COM ABRANGÊNCIA MÍNIMA NO MUNICÍPIO DE POMERODE E SUA REGIÃO DE SAÚDE, ENGLOBANDO OS SEGMENTOS AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTETRÍCIA, COM AS EXIGÊNCIAS MÍNIMAS ESTABELECIDAS NA LEI FEDERAL N.º 9.656/1998, COM AS COBERTURAS OBRIGATÓRIAS ASSEGURADAS PELAS NORMAS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, AOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS E SEUS DEPENDENTES, CONFORME DISPOSIÇÕES CONSTANTES NO EDITAL DE CREDENCIAMENTO E SEUS ANEXOS.

1.2 - Pelo presente instrumento fica a Empresa _____, **CRENCIADA** para a plena e total execução dos serviços de administração de plano de assistência à saúde referente a assistência médica complementar, por intermédio de plano de assistência médica ou de seguro saúde coletivo, com abrangência MÍNIMA no Município de Pomerode e sua região de saúde, definida pelo Decreto Federal n.º 7.508/2011 que regulamenta a Lei Federal n.º 8.080/1990, englobando os segmentos ambulatorial, hospitalar, obstetrícia e as exigências mínimas estabelecidas na Lei Federal n.º 9.656/1998, com as coberturas obrigatórias asseguradas pelas normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, além de outras condições mínimas previstas no Termo de Referência, aos servidores públicos municipais ativos, inativos e seus dependentes (Administração direta e indireta, Fundos e Autarquia).

1.3 – O objeto compreende a prestação continuada de serviços ou cobertura dos custos assistenciais médico-hospitalares na forma de Plano Privado de Assistência à saúde, garantindo a cobertura do Rol de Procedimentos Médicos editados pela Agência Nacional de Saúde - ANS, com cobertura para todas as doenças do CID - 10 - Código Internacional de Doenças, com finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde, conforme o Inciso I do Artigo 1º da Lei Federal n.º 9.656/1998.

1.4 - As condições constantes no edital são as mínimas a serem respeitadas pela **CRENCIADA** de plano de saúde, podendo ser objeto de avaliação proposta superior, desde que asseguradas as condições



mínimas, e atendido o preço estipulado.

1.5 - O procedimento seletivo dar-se-á pelo credenciamento das **CRENCIADAS** e, posteriormente, pela livre escolha do servidor ativo e/ou inativo da administração direta e indireta (fundos, fundação e autarquia) beneficiário, por um dos planos ofertados pelas credenciadas. A livre escolha do servidor ativo e/ou inativo da administração direta e indireta (fundos, fundação e autarquia) beneficiário, coercitiva para os beneficiários vinculados ao servidor, dar-se-á pela assinatura pelo beneficiário do FORMULÁRIO DE OPÇÃO, fornecido pelo município.

1.6 - O objeto deverá estar à disposição sempre que necessário (horário normal de atendimento e demais estabelecidos pelo **MUNICÍPIO**), cumprindo obrigatoriamente com todas as formas, condições, observações, descrições, horários, especificações, preços/valores para atendimento e demais disposições estabelecidas no Edital de Inexigibilidade de Licitação por Credenciamento n.º 024 / 2025, anexos e no presente instrumento e aquelas apresentadas pelo **MUNICÍPIO**.

1.7 - O objeto abrange a execução, pela **CRENCIADA**, de todos os serviços/atos/procedimentos e materiais necessários, conforme o Edital de Inexigibilidade de Licitação por Credenciamento n.º 024 / 2025, anexos e deste instrumento, sem prejuízo das demais formas, condições e exigências estabelecidas pelo **MUNICÍPIO**.

1.8 - O presente contrato, Edital de Inexigibilidade de Licitação por Credenciamento n.º 024 / 2025 e anexos são complementares entre si, de forma que qualquer especificação, obrigação ou responsabilidade constante em um e omitido em outro, será considerado existente e válido para todos os fins.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DOCUMENTAÇÃO CONTRATUAL

2.1 - Fazem parte deste Contrato, independentemente da transcrição, os seguintes documentos, cujo teor, de conhecimento das partes contratantes: Edital de Credenciamento e seus anexos, Proposta da **CRENCIADA**, especificações complementares, além das normas e instruções legais vigentes no País, que lhe forem atinentes.

CLÁUSULA TERCEIRA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1 - Este plano se destina aos beneficiários vinculados à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, quando atendidas as condições da legislação em vigor, sendo estes: empregados, sócios, administradores, trabalhadores temporários, estagiários, menores aprendizes, demitidos sem justa causa, aposentados e agentes políticos, e seus dependentes conforme abaixo:

- a) Cônjuge ou companheiro(a) com união estável sem concorrência com o cônjuge;
- b) Filhos (inclusive com paternidade reconhecida judicial ou extrajudicialmente), enteados ou pessoa sob guarda, solteiros até 35 anos incompletos;
- c) Tutelados ou curatelados do beneficiário titular por força de decisão judicial.

3.2 - O **MUNICÍPIO** poderá a qualquer tempo solicitar a inclusão de beneficiários mediante o preenchimento e apresentação da documentação abaixo, podendo ainda a **CRENCIADA**, em atendimento as determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar exigir outros documentos não listados:

- a) Formulário Cadastral;
- b) Cópia de RG do beneficiário, e comprovante de residência atualizado em nome do titular;
- c) Carta de Orientação ao Beneficiário, Declaração de Saúde e Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária, quando necessários;
- d) Comprovação de vínculo empregatício, societário ou estatutário do titular;
- e) Comprovação de vínculo dos dependentes com o titular (certidão de casamento ou declaração de união estável, certidão de nascimento ou Registro Geral, termo de guarda, sentença de tutela ou curatela).

3.3 – Fica expressamente garantido o direito da **CRENCIADA** de exigir a qualquer tempo a comprovação das informações fornecidas pelo **MUNICÍPIO**, inclusive os comprovantes legais que atestem

Município de Pomerode

Rua 15 de Novembro, nº 525 - Centro | Pomerode / SC | CEP 89.107-000

Fone (47) 3387-7229

E-mail: licitacao@pomerode.sc.gov.br

<https://pomerode.atende.net/>



sua legitimidade, bem como a elegibilidade dos titulares e dependentes. Sendo assim, quando demandada, o **MUNICÍPIO** atenderá ao requerido no prazo de 02 (dois) dias úteis da data de recebimento da solicitação.

3.4 – A inclusão fica condicionada ao aceite e processamento pela **CRENCIADA**.

3.5 – O ingresso e a manutenção dos dependentes estão condicionados a participação do beneficiário que possui vínculo com o **MUNICÍPIO**.

3.6 - É de responsabilidade do **MUNICÍPIO** manter atualizado os seus dados cadastrais, bem como dos beneficiários titulares e dependentes, de forma a dar cumprimento às obrigações perante ao órgão regulador do setor, bem como fica responsável por fornecer uma via do contrato a todos beneficiários titulares, além de repassar as informações que lhes são comunicadas ao longo da relação contratual.

3.7 - É assegurada a inscrição de recém-nascido filho natural ou adotivo, sob guarda ou tutela, filho do titular ou de seu dependente, desde que atendidas as condições abaixo:

- a) Filho natural – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias após o nascimento.
- b) Filho adotivo e menor sob guarda ou tutela – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias da tutela ou guarda.
- c) Deve atender os critérios de elegibilidade (grau de dependência) estabelecido nesta cláusula.
- d) Sem imposição de carências quando o pai ou a mãe tenham cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias.
- e) Com aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular, quando o pai ou a mãe não tiverem cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias.

3.8 - Também é assegurada a inscrição de menor de 12 (doze) anos adotado, sob guarda ou tutela e filho cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que atendidas as condições abaixo:

- a) A inscrição deve ser realizada em até 30 dias a contar da guarda, tutela ou adoção ou reconhecimento da paternidade.
- b) Filho adotivo e sob guarda ou tutelado: com aproveitamento das carências já cumpridas pelo adotante (pai ou mãe) ou responsável legal.
- c) Reconhecimento da paternidade: com aproveitamento das carências já cumpridas pelo pai.
- d) Deve atender os critérios de elegibilidade (grau de dependência) estabelecida nesta cláusula.

CLÁUSULA QUARTA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1 - Todas as coberturas contempladas neste contrato dependem de sua previsão junto ao rol taxativo denominado Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde determinado pela ANS, vigente à época do evento, respeitado:

- a) **Diretrizes de Utilização – DUT:** Que estabelecem os critérios a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Rol.
- b) **Diretrizes Clínicas – DC:** Que visam à melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis.
- c) **Protocolo de Utilização – PROUT:** Que estabelecem os critérios para fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina.
- d) **Ano de contrato:** período de doze meses contados a partir da data de ingresso do beneficiário no plano de saúde, seja ele titular ou dependente.
- e) **Hospital-dia:** 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.

4.2 - Os beneficiários regularmente inscritos no Plano de Saúde têm direito ao atendimento médico, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, executados nos hospitais, clínicas e laboratórios integrantes da rede própria ou credenciada da CREDENCIADA, por médicos cooperados, profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe, observados os limites de carência estabelecidos neste contrato.

4.3 - O atendimento será realizado de acordo com as coberturas assistenciais referenciadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no território nacional, devendo ser assegurado independentemente da circunstância e local de origem daquele, respeitadas a área de abrangência, área de atuação, segmentação e a cláusula de exclusão de coberturas do contrato.

4.4 - Observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento serão garantidas:

1. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, observadas as regras para o acesso e atendimento descritas no item do TR MECANISMOS DE REGULAÇÃO. As áreas de atuação estabelecidas pelo CFM não são consideradas especialidades médicas.
2. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.
3. Cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstétrico e obstetrix, conforme as **Diretrizes de Utilização da ANS**.
4. Cobertura de psicoterapia que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado conforme Diretrizes de Utilização da ANS.
5. Cobertura dos procedimentos de **reeducação e reabilitação física**, em número ilimitado de sessões por ano, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta.
6. Ações de planejamento familiar 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 indivíduo ou casal relacionados 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.



7. Cobertura de **hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD**.
8. Cobertura de **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.
9. Cobertura de **medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização da ANS**.
10. Cobertura dos procedimentos de **radioterapia**.
11. Cobertura dos procedimentos diagnósticos e **terapêuticos em hemodinâmica**.
12. Cobertura para **hemoterapia**.
13. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.
14. Cobertura para nutrição parenteral ou enteral, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar.
15. Cobertura para **embolizações**.
16. Cobertura para **radiologia intervencionista**.
17. Cobertura para **exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos**.
18. Cobertura para todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio.
19. Cobertura para os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar, em número ilimitado de dias, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente sobre o tema.
20. Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais conforme diretrizes da ANS.
21. Despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de atendimento médico/hospitalar.
22. Os eventos e procedimentos que necessitem de anestesia, com ou sem a participação do médico anestesista, caso haja indicação clínica, respeitadas as condições contratuais, incluindo a equipe cirúrgica e todos os insumos necessários e para realização dos procedimentos.
23. Cobertura para taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados, e suas indicações constem na bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.
24. Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:
 - a) Que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
 - b) Que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento.
25. Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.
26. Órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, devendo ser observado que:
 - a) Cabe ao médico ou cirurgião-dentista assistente a **prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões)** das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
 - b) O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela CREDENCIADA, 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;
- c) Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a **CRENCIADA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **CRENCIADA**; e
 - d) A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no site da ANS.
27. Cobertura para os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, desde que contempladas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT.
 28. 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 da **CRENCIADA**.
 29. Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato.
 30. Cobertura das despesas, incluindo acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:
 - a) Crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
 - b) Idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e
 - c) Pessoas com deficiência.
 31. Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilofaciais, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a solicitação 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.
 32. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos, passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária a complexidade do caso, incluindo exames complementares e fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar, observadas as seguintes regras:
 - a) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
 - b) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura contratada.
 33. Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo a simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar.
 34. Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções.
 35. Cobertura para procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:
 - a) Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante: pré-parto, parto, e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;



- b) Cobertura assistencial ao recém-nascido, **filho natural ou adotivo do beneficiário**, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, ficando sujeitas as cobranças de coparticipação;
 - c) Para fins de cobertura do parto normal listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, esse procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico ou obstetrix habilitado, conforme a legislação e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
36. Cobertura de transplantes contemplados pelo Rol de Procedimentos e Eventos editado pela ANS e os procedimentos a eles vinculados, incluindo:
- a) As despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da **CRENCIADA** de planos privados de assistência à saúde dos beneficiários receptores;
 - b) Os medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) Acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
 - d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

4.5 - Os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO e se sujeitarão ao critério de fila única de espera de seleção.

4.6 - Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS.

4.7 - Os procedimentos e eventos listados nesta cláusula poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, exclusivamente na rede própria, credenciada ou referenciada da **CRENCIADA**, vinculados a este produto.

4.8 - Enquanto não houver disponibilidade do tipo de leito hospitalar contratado, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação de nível superior, sem ônus adicional.

4.9 - Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos - que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião-dentista.

4.10 - O atendimento eletivo solicitado será assegurado pela **CRENCIADA** nos prazos e condições estabelecidas em legislação específica vigente na data da demanda, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário.

4.11 - Todas as coberturas contempladas nesta cláusula dependem de sua previsão junto ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente. Não cabendo interpretação de forma a ampliar a cobertura mínima disciplinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e garantida neste instrumento, ressalvado o previsto na legislação.

CLÁUSULA QUINTA – EXCLUSÃO DE COBERTURA

5.1 - Ficam expressamente excluídos das coberturas deste contrato os eventos e procedimentos não contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como os abaixo listados:

1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:



- Emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - É considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou pelo Conselho Federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento; ou
 - Não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).
2. 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.
 3. 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.
 4. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA.
 5. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso.
 6. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.
 7. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, no site da ANVISA.
 8. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
 9. Casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
 10. Tratamento em clínica de rejuvenescimento e emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, assim como spas, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
 11. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.
 12. Consultas, internações e demais atendimentos domiciliares.
 13. Tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilofaciais previstas para segmentação hospitalar que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos previstos para segmentação odontológica passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar.
 14. Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista para os procedimentos previstos para segmentação odontológica, realizados em ambiente hospitalar por imperativo clínico.
 15. Remoções não previstas na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso.
 16. Enfermagem e/ou cuidador em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar.
 17. Vacinas, bem como sua aplicação.
 18. Investigação da paternidade, maternidade ou consanguinidade.
 19. Procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato.
 20. Despesas extraordinárias, realizadas pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, ligações telefônicas, produtos de higiene, perfumaria e alimentação diferente da disponibilizada pelo prestador de serviço, entre outras.
 21. Procedimentos cujo beneficiário não atenda as diretrizes de utilização, diretrizes clínicas ou protocolo de utilização estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar como parte do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento.
 22. 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 da **CRENCIADA**.

23. Atendimento em hospitais de alto custo, considerados tabela própria, que não possuem valores praticados por convênio.
24. Despesas com prestadores não integrantes à rede prestadora da **CRENCIADA** disponível na lista no site da **CRENCIADA**.

5.2 - Por força das características deste contrato excluem-se da cobertura deste plano:

- a) atendimentos e serviços prestados antes do início da vigência contratual;
- b) atendimentos e serviços prestados antes do cumprimento dos prazos de carências ou no período de Cobertura Parcial Temporária-CPT;
- c) atendimentos e serviços prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;
- d) atendimentos e serviços prestados em especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

5.3 - Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior a contratada ou fizer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a **CRENCIADA**.

5.4 - No caso de procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento, mas que forem determinados pela justiça ou por órgão de defesa do consumidor, caso sejam posteriormente revogadas ou decididas em contrário, o **MUNICÍPIO** pagará o valor integral despendido pela **CRENCIADA**, incluindo as despesas administrativas e judiciais de honorários e custas processuais.

CLÁUSULA SEXTA – DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1 - A vigência do presente contrato será de 60 (sessenta) meses, podendo ser prorrogado até o prazo máximo decenal previsto no Art. 107 da Lei 14.133/2021, bem como se dará conforme disposto nas Disposições Finais.

6.2 - Na adesão do beneficiário ao plano por meio de portabilidade de carências, o início de vigência se dará a partir da comunicação de aceite pela **CRENCIADA**. O aceite ou recusa do pedido de portabilidade será notificado ao beneficiário no prazo de até 10 dias corridos, contados a partir do pedido de portabilidade.

6.3 - A **CRENCIADA** poderá estabelecer uma data limite para recebimento dos formulários cadastrais, para que as solicitações sejam inseridas no faturamento do mês subsequente.

6.4 - A manutenção do contrato celebrado entre as partes dependerá da comprovação da regularidade cadastral nos órgãos competentes, a qual será aferida a cada aniversário de contrato.

CLÁUSULA SÉTIMA – PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1 - Os beneficiários cumprirão os períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da data de seu ingresso no plano:

PROCEDIMENTOS	HORAS / DIAS
Urgência e Emergência	24 (vinte e quatro) horas
Consultas médicas	30 (trinta) dias
Exames laboratoriais, anatomopatológicos e citológicos, raios-x simples e contrastados, eletrocardiogramas, eletroencefalogramas e ultrassonografias	30 (trinta) dias
Consultas e sessões de fisioterapia	90 (noventa) dias
Consultas e sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia.	180 (cento e oitenta) dias
Parto a termo	300 (trezentos) dias



Todas as demais coberturas

180 (cento e oitenta) dias

7.2 - Não será exigido o cumprimento de carências nos contratos com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que observados os prazos de ingresso abaixo:

- a) Até 30 (trinta) dias da celebração do contrato;
- b) Até 30 (trinta) dias da vinculação do titular à pessoa jurídica **MUNICÍPIO**;
- c) Até 30 (trinta) dias do início do vínculo de dependência com o titular, condicionado aos critérios do parágrafo sétimo desta cláusula.

7.3 - O prazo de 30 (trinta) dias da vinculação do titular ao **MUNICÍPIO** será contado a partir do primeiro dia subsequente ao término do contrato de experiência com prazo determinado.

7.4 - Os beneficiários titulares e dependentes que ingressarem no plano fora dos prazos acima previstos, independentemente do número de participantes, cumprirão os períodos normais de carências estabelecidas neste contrato.

7.5 - Na eventualidade da redução do número de beneficiários para menos de 30 (trinta), as novas inclusões ficam sujeitas ao cumprimento das carências acima disciplinadas.

7.6 - Quando se tratar de beneficiário(s) no exercício da portabilidade de carências, deverão ser cumpridos os prazos de carências remanescentes, descontados os períodos de permanência no plano origem; e carência integral para cobertura superior ao do plano origem.

7.7 - Quando se tratar de inscrição de beneficiário proveniente de outro plano da **CRENCIADA**, de forma ininterrupta, haverá aproveitamento das carências já cumpridas, ressalvadas as modificações de cobertura, como nas hipóteses de ampliação da área geográfica ou acomodação hospitalar superior.

7.8 - Seguirá o limite da carência já cumprida pelo pai, mãe ou responsável legal, ou, será isento quando estes tiverem cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, conforme abaixo:

- a) O recém-nascido filho natural ou adotivo de beneficiário de plano de saúde, quando inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, independentemente de o parto ter sido coberto pela **CRENCIADA**.
- b) O recém-nascido sob guarda ou tutela, quando inscrito pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela, ou guarda.
- c) O menor de 12 (doze) anos adotado por beneficiário de plano de saúde, ou sob guarda ou tutela deste, quando inscrito no plano em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda, ou tutela.
- d) O filho cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente quando inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do reconhecimento.

7.9 - O direito ao atendimento na nova abrangência geográfica ou acomodação hospitalar superior, conforme o caso, só será possível após o cumprimento das carências acima mencionadas.

CLÁUSULA OITAVA – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1 - Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento do seu ingresso no plano.

8.2 - Os beneficiários devem preencher no ato da contratação e assinar o formulário de Declaração de Saúde, observadas as condições e regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar estabelecidas em normativos vigentes, assegurado do direito de fazer a entrevista qualificada, sem ônus financeiro, com um médico indicado pela **CRENCIADA** ou por outro médico de sua escolha, devendo neste caso, o beneficiário assumir o ônus financeiro da entrevista qualificada.

8.3 - Sendo constatada a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, a **CRENCIADA oferecerá ao beneficiário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária (CPT), que consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da contratação ou da adesão ao plano**, da cobertura desses serviços listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento e disponível no site da Agência Nacional de Saúde

Município de Pomerode

Rua 15 de Novembro, nº 525 - Centro | Pomerode / SC | CEP 89.107-000

Fone (47) 3387-7229

E-mail: licitacao@pomerode.sc.gov.br

<https://pomerode.atende.net/>



Suplementar, relacionados exclusivamente às doenças e lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, através do Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária.

8.4 - A CREDENCIADA irá comunicar ao beneficiário quando for identificado indício de fraude, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente e oferecerá a Cobertura Parcial Temporária pelos meses restantes até completar 24 (vinte e quatro) meses de seu ingresso no plano. Em caso de recusa do beneficiário, a **CREDENCIADA** solicitará a abertura do processo administrativo perante a ANS, podendo utilizar-se de qualquer documento para comprovar a omissão de doença ou lesão preexistente.

8.5 - Comprovada a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente, a **CREDENCIADA** adotará as medidas cabíveis para cobrar do beneficiário as despesas efetuadas com a assistência médica, relacionadas com a doença ou lesão preexistente, além de sua exclusão do presente contrato.

8.6 - É vedada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato em razão da omissão de doença ou lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

8.7 - Não caberá a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente caso a **CREDENCIADA** tenha realizado qualquer tipo de exame ou perícia médica para o ingresso do beneficiário no plano.

8.8 - Se na contratação ou adesão ao plano, tiver sido constatada a existência de doença ou lesão preexistente do beneficiário e a **CREDENCIADA** deixar de oferecer no momento da adesão contratual a Cobertura Parcial Temporária, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de saúde e nem aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária.

8.9 - Não haverá análise de Doença e Lesão Preexistente nos contratos com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que observados os prazos de ingresso abaixo:

- a) Até 30 (trinta) dias da celebração do contrato;
- b) Até 30 (trinta) dias da vinculação do titular à pessoa jurídica **MUNICÍPIO**;
- c) Até 30 (trinta) dias do início do vínculo de dependência com titular.

8.10 - O prazo de 30 (trinta) dias da vinculação do titular ao **MUNICÍPIO** será contado a partir do primeiro dia subsequente ao término do contrato de experiência com prazo determinado.

8.11 - Os beneficiários titulares e dependentes que ingressarem no plano fora dos prazos acima previstos, independentemente do número de participantes, passarão por análise de Doença e Lesão Preexistente.

8.12 - Não é possível a alegação de doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito no plano nos primeiros 30 (trinta) dias a contar:

- a) Do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural de beneficiário, pai ou mãe.
- b) Da guarda, ou tutela, ou adoção, no caso de recém-nascido de beneficiário responsável legal.
- c) Na hipótese de menor de 12 (doze) anos, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade.

8.13 - Na eventualidade da redução do número de beneficiários para menos de 30 (trinta), as novas inclusões ficam sujeitas à análise de Doença ou Lesão Preexistente, respeitados os normativos vigentes.

CLÁUSULA NONA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, REMOÇÃO E REEMBOLSO

9.1 - Fica garantida cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, para urgência, emergência, remoção e reembolso observando as condições abaixo, bem como os normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes à época do evento, respeitando as cláusulas contratuais de cobertura e exclusão aqui descritas.

9.2 – Atendimento de urgência e emergência:

9.2.1 - Nos termos da Lei considera-se:



- a) **Emergência:** os atendimentos que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- b) **Urgência:** os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

9.2.2 - Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário no plano, é assegurada a cobertura dos procedimentos de urgência e emergência, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.

9.2.3 - Quando envolver acordo de Cobertura Parcial Temporária, por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e relacionados a doenças ou lesão preexistente ficam limitados as primeiras 12 (doze) horas, em regime ambulatorial. Se, na continuidade do atendimento, for necessária a realização de procedimentos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária exclusivos da cobertura hospitalar, a responsabilidade financeira da CREDENCIADA cessará a partir da internação, ainda que ela se efetive dentro do período de 12 horas e assegurará a remoção nas condições previstas no inciso abaixo.

9.3 – Remoção:

9.3.1 - A CREDENCIADA garantirá a remoção do paciente, com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida do paciente, conforme prescrito pelo médico assistente, nos atendimentos classificados como urgência ou emergência, nas situações abaixo descritas:

- a) Se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade de atenção ao paciente, a **CREDENCIADA** garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima;
- b) Quando for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia, ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período de Cobertura Parcial Temporária, caberá à CREDENCIADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde – SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.

9.3.2 - Quando envolver acordo de Cobertura Parcial Temporária-CPT e o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS, a CREDENCIADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

9.3.3 - Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando não possa haver remoção por risco de vida, estando o beneficiário em período de Cobertura Parcial Temporária, a MUNICÍPIO e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CREDENCIADA desse ônus.

9.3.4 - A CREDENCIADA garantirá a remoção do beneficiário que tiver cumprido o período de carências para internação hospitalar, mediante autorização do médico assistente e consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável legal. A remoção será assegurada nas situações abaixo descritas:

- 1) **Quando o beneficiário estiver dentro da área de atuação e abrangência de cobertura do plano de saúde:**
 - a) De hospital ou pronto atendimento não integrante da rede da **CREDENCIADA**, para um hospital da rede da **CREDENCIADA** vinculada a este contrato.
 - b) De hospital ou pronto atendimento da rede da **CREDENCIADA** vinculada a este contrato, para outro hospital da rede da **CREDENCIADA** vinculada a este contrato, apenas quando



caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem.

- c) **De clínica ou consultório público ou privado para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde, somente em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município onde o paciente foi atendido,** conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

2) Quando o beneficiário estiver fora da área de atuação e abrangência de cobertura do plano:

- a) De hospital ou pronto atendimento não integrante da rede da **CRENCIADA**, para um hospital da rede da **CRENCIADA** vinculado a este contrato, apto a realizar o devido atendimento, apenas nos **casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano de saúde**, e em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no município demandado pelo beneficiário e/ou área de atuação do plano, conforme regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.

9.3.5 - A remoção do beneficiário não será garantida, de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores previstos na legislação vigente, bem como de hospital ou serviço de pronto atendimento pertencente a rede da **CRENCIADA** vinculada a este contrato, para estabelecimento não pertencente a rede da **CRENCIADA** vinculada a este contrato.

9.3.6 - Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para realizar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a **CRENCIADA** garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

9.4 - Reembolso:

9.4.1 - Considerando que o referido plano de saúde não possui característica de livre escolha de prestadores para os atendimentos, os beneficiários inscritos pela **MUNICÍPIO** terão assegurado o direito ao reembolso de atendimento somente nas situações e condições abaixo, quando devidamente comprovadas.

- a) **Em caso de atendimento de urgência ou emergência:** Será garantido ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência contratualmente cobertos que tenham ocorrido na área geográfica de abrangência e de atuação do plano sempre que não for possível a utilização dos serviços da rede de prestadores própria da **CRENCIADA** ou credenciada a este plano de saúde. (Nos valores e limites contratuais).
- b) **Em caso de ausência, inexistência ou indisponibilidade de prestador:** Será devido o reembolso em conformidade com a legislação específica vigente à época do evento, desde que seja fornecida a autorização prévia da **CRENCIADA**.

9.4.2 - A solicitação de reembolso deverá ser formalizada pela **MUNICÍPIO** ou beneficiário, junto a **CRENCIADA**, no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta.

9.4.3 - Deverá ser anexada a respectiva solicitação de reembolso a documentação original relativa às despesas efetuadas (cópia da conta do atendimento, documento fiscal que deverá conter CNPJ/CPF do profissional ou estabelecimento que realizou o atendimento, em caso de documentação contendo CPF, necessário apresentar endereço de atendimento do executante, declaração do médico assistente atestando e comprovando que se tratava de uma situação de urgência ou emergência, e nos casos de ausência, inexistência ou indisponibilidade de prestador também será necessário o número do protocolo fornecido pela **CRENCIADA** na solicitação de serviço ou atendimento realizado pelo beneficiário ou responsável).

9.4.4 - O reembolso, quando devido, será efetuado no prazo máximo de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa, e em valor não inferior aos praticados pela



CRENCIADA junto a sua rede, deduzidos os valores relativos a coparticipação.

CLÁUSULA DÉCIMA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1 - Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela **CRENCIADA**, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados. Observando ainda as atualizações estabelecidas em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigentes à época do evento.

10.2 - Coparticipação

10.2.1 - É a participação financeira na despesa assistencial, a título de fator moderador, a ser paga pelo **MUNICÍPIO** após a realização dos procedimentos e cobrada em conjunto com a mensalidade do plano de saúde, nos moldes abaixo:

EVENTO	COPARTICIPAÇÃO
<p>a) <u>Consulta de puericultura, demais consultas médicas</u> e às de pronto-socorro ou pronto atendimento, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do procedimento;</p> <p>b) <u>Exames e procedimentos de diagnose</u>, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame;</p> <p>c) <u>Consultas/sessões realizadas por profissionais de saúde</u>, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista, psicoterapia e oxigenoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos. Exceto: quimioterapia, radioterapia e hemodiálise.</p>	<p>Percentual: 50%</p> <p>Referência: tabela de referência da Credenciada.</p> <p>Limite: R\$ por serviço ou quantidade realizada.</p>

10.2.2 - Os valores elencados na Tabela de Referência da Operadora serão atualizados anualmente. A atualização levará em consideração o custo médio de cada procedimento nos últimos 12 meses.

10.2.3 - O valor limite para cobrança de coparticipação mencionado nesta cláusula será reajustado anualmente conforme Cláusula de Reajuste.

10.2.4 - Sempre que houver uma atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e forem inclusos procedimentos e eventos não listados acima, incidirá a cobrança de coparticipação sobre as novas coberturas ambulatoriais incluídas e utilizadas pelo beneficiário.

10.2.5 - Os percentuais de coparticipação também se aplicam ao recém-nascido que utilize da assistência médica durante o período de 30 (trinta) dias após o parto.

10.2.6 - A inadimplência dos valores apurados a títulos de coparticipação, sujeitará o **MUNICÍPIO** às mesmas penalidades impostas à inadimplência das mensalidades.

10.3 - Da habilitação do beneficiário

10.3.1 - A **CRENCIADA** fornecerá ao **MUNICÍPIO** cartões individuais ou outra forma de identificação, de acordo com os normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, todavia a garantia da prestação dos serviços somente ocorrerá mediante apresentação deste, acompanhado do documento de identificação oficialmente reconhecido.

10.3.2 - Em caso de exclusão de beneficiários ou cancelamento deste contrato, é obrigação da



MUNICÍPIO devolver à **CRENCIADA** os respectivos cartões individuais de identificação, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.

10.4 - Condições de Atendimento e Autorização Prévia

10.4.1 - Os serviços contratados serão prestados da seguinte forma:

1. **Consultas Médicas:** Os beneficiários são atendidos pelos médicos cooperados, indicados na relação divulgada pela **CRENCIADA**, com agendamento prévio. As consultas de urgência e emergência na rede própria e credenciada serão prestadas pelo médico plantonista.
2. **Consultas/Sessões com fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista:** são realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados, que integram a rede prestadora de serviços da **CRENCIADA**, mediante autorização prévia, respeitado o limite de uso, quando houver, estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento.
3. **Sessões de psicoterapia:** são realizadas pelos profissionais cooperados, credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da **CRENCIADA**, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da **CRENCIADA**, 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.
4. **Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas:** são realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da **CRENCIADA**, mediante apresentação do número da Requisição de Atendimento autorizada, gerada no ato da solicitação do serviço realizado pelo médico assistente ou cirurgião-dentista no sistema eletrônico da **CRENCIADA**, e na indisponibilidade deste, da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, previamente autorizada pela **CRENCIADA** (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência), nos moldes dos normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.
5. **Exames complementares e serviços auxiliares:** o atendimento será executado nos prestadores que integram a rede prestadora da **CRENCIADA**, e mediante apresentação do número da Requisição de Atendimento autorizada, gerada no ato da solicitação do serviço realizado pelo médico assistente ou cirurgião-dentista no sistema eletrônico da **CRENCIADA**, e na indisponibilidade deste, da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião-dentista previamente autorizada pela **CRENCIADA** (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência), nos moldes dos normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.
6. **Cirurgia buco-maxilo-facial:** é realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da **CRENCIADA**, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela **CRENCIADA** (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência).
7. **Medicamentos de uso domiciliar para terapia antineoplásica oral e medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso:** o medicamento será fornecido pela **CRENCIADA**, mediante apresentação do número da Requisição de Autorização emitida pelo médico solicitante através do sistema eletrônico da **CRENCIADA** e de Receituário Médico, e agendamento prévio realizado pela Central de Agendamentos da **CRENCIADA**, nos moldes dos normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.
8. **Terapia imunobiológica endovenosa, intramuscular ou subcutânea para tratamento de doenças previstas no ROL de Procedimentos da ANS:** a **CRENCIADA** indicará o fornecimento e/ou estabelecimento para realização do serviço, mediante apresentação do número da Requisição de Autorização emitida pelo médico solicitante através do sistema



eletrônico da **CRENCIADA** e de Receituário Médico com informações pertinentes da condição da doença atual e pregressa, nos moldes dos normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

9. **Fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para Colostomia, Ileostomia e Urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina:** ocorrerá nos locais informados pela **CRENCIADA**, mediante agendamento prévio e apresentação do número da Requisição de Atendimento previamente autorizada e emitida no ato da solicitação feita pelo médico, através do sistema eletrônico da **CRENCIADA** e do Protocolo de Utilização, preenchido pelo médico assistente, nos moldes dos normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

10.4.2 - Os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não cooperados.

10.4.3 - As regras acima não se aplicam ao serviço de urgência ou emergência, estando assegurada a realização imediata dos procedimentos.

10.4.4 - Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data da internação, para providenciar a autorização, sob pena da **CRENCIADA** não se responsabilizar por qualquer despesa.

10.4.5 - Em caso de não receber o número de Requisição de Atendimento após consulta ou atendimento, o beneficiário ou quem responda por ele, deve dirigir-se a **CRENCIADA**, munido do cartão de identificação do plano, documento de identificação com foto e o pedido médico em documento físico, para que seja realizada a autorização e agendamento para realização do procedimento e/ou exame.

10.4.6 - Sempre que houver dificuldade no agendamento do serviço ou atendimento, seja por ausência, indisponibilidade ou inexistência de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano, o beneficiário ou seu responsável deverá comunicar à **CRENCIADA**, observadas as regras abaixo:

- a) O atendimento solicitado será assegurado pela **CRENCIADA** em município integrante da área de abrangência e atuação do plano, nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da solicitação, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário;
- b) Na ausência, indisponibilidade ou inexistência de prestador na área de abrangência e atuação do plano, a **CRENCIADA** oferecerá um prestador habilitado para o atendimento fora da área de abrangência e atuação do plano, respeitando os normativos vigentes;
- c) A contagem do prazo para garantia do atendimento se inicia na data da solicitação do serviço ou atendimento pelo beneficiário ou responsável à **CRENCIADA**.

10.4.7 - A **CRENCIADA** garantirá a liberação dos procedimentos em prazo suficiente a atender os normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

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

10.4.9 - As alterações na rede hospitalar observarão o art. 17 da Lei 9656/98, com a comunicação prévia nos casos de substituição ou autorização da ANS nos casos de redimensionamento por redução.

10.4.10 - Condições diferenciadas de atendimento:

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



b) A **CREDENCIADA** poderá divergir da solicitação do médico ou do cirurgião-dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo médico ou cirurgião-dentista solicitante, médico da **CREDENCIADA** e por um desempatador) conforme previsto em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento, tendo como base os protocolos assistenciais oficiais em medicina baseada em evidência, observadas as regras abaixo:

1. O beneficiário ou seu representante legal, bem como o médico assistente, serão devidamente notificados pela **CREDENCIADA** sobre a abertura de processo de junta médica e a indicação dos profissionais aptos a avaliar e dirimir a divergência. Em caso de recusa, silêncio do profissional assistente ou perda do prazo quanto à indicação do desempatador para formar a junta, caberá a **CREDENCIADA** indicar imediatamente um profissional dentre os sugeridos.
2. Caberá ao desempatador avaliar os documentos apresentados e deliberar quanto a necessidade de realização de exames complementares, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e/ou a presença do beneficiário na junta médica. Em caso de necessidade de junta médica presencial, a participação do beneficiário é obrigatória.
3. Nas situações acima, a **CREDENCIADA** notificará previamente o beneficiário ou seu representante legal, sobre a data e o local para a realização da junta médica presencial e/ou exames complementares a serem realizados, bem como informará os prazos, condições, entrega dos laudos de exames quando necessários, e as consequências em caso de não cumprimento do requerido, conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.
4. Em caso de ausência não comunicada pelo beneficiário na junta médica presencial, a não realização ou a entrega dos resultados dos exames requeridos, prevalecerá o entendimento do médico da **CREDENCIADA**, justificando inclusive a negativa do atendimento quando for o caso.
5. O parecer do desempatador será acatado pela **CREDENCIADA** desde que o procedimento indicado no parecer conclusivo da junta esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigentes à época do evento. Caso o profissional assistente não concorde com o parecer conclusivo da junta, a **CREDENCIADA** garantirá o profissional apto a realizar o procedimento.
6. É de responsabilidade da **CREDENCIADA** custear as despesas do processo de junta médica, tais como: honorários do desempatador, exames complementares, custos de deslocamentos e estadia para a realização da junta médica presencial, dentre outros custos relativos exclusivamente ao processo de junta médica, conforme normativo da ANS vigente à época do evento.

10.4.11 - Não caberá a aplicação de nova contagem de prazo para garantia de atendimento nos termos da legislação vigente na data do atendimento, nas seguintes situações:

- a) Na continuidade do tratamento de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como: quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, que serão autorizados conforme prescrição, justificativa clínica e prazo definido pelo médico assistente para assegurar a continuidade do tratamento, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT;
- b) No procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos”, que serão autorizados conforme prescrição do médico assistente, por se tratar de continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

11.1 - Os valores a serem pagos mensalmente serão pré-estabelecidos por beneficiário inscrito e constarão na Proposta de Contratação, somada as coparticipações nos moldes da Cláusula Mecanismos

Município de Pomerode

Rua 15 de Novembro, nº 525 - Centro | Pomerode / SC | CEP 89.107-000

Fone (47) 3387-7229

E-mail: licitacao@pomerode.sc.gov.br

<https://pomerode.atende.net/>



de Regulação, podendo, à critério da **CRENCIADA**, serem faturados em um único título indissociável.

11.2 - A pessoa jurídica **MUNICÍPIO** fica responsável pelo pagamento integral dos valores, ressalvados os beneficiários inscritos no plano na condição de demitido sem justa causa ou aposentado, que ficarão responsáveis pelo pagamento dos valores a que se refere esta cláusula.

11.3 - Ocorrendo a impontualidade no pagamento das contraprestações, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito em atraso, podendo ainda haver o cancelamento deste contrato motivado pela inadimplência, bem como inclusão da **MUNICÍPIO** no cadastro de restrição ao crédito.

11.4 - Constatado o inadimplemento das contraprestações e coparticipações, a **CRENCIADA** fica autorizada a realizar notificações por meios tecnológicos por ela adotados, como SMS, aplicativos em celular e e-mail constante na Proposta de Contratação e posteriores atualizações, valendo este canal de contato como legítimo para contactar o **MUNICÍPIO**.

11.5 - Ressalvado as diferenças de faixas etárias, não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles já vinculados, ressalvados os beneficiários inscritos na condição de demitido sem justa causa ou aposentado.

11.6 - O extrato de coparticipação nos serviços prestados aos beneficiários estará disponível na área específica e restrita no portal da **CRENCIADA** na internet.

11.7 - Se o **MUNICÍPIO** não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à **CRENCIADA**, para que não se sujeite a consequência da mora. A mesma responsabilidade cabe ao **MUNICÍPIO** que utiliza débito em conta corrente e este não ocorrer, independentemente do motivo.

11.8 - Quando cabível, em atenção ao disposto na legislação vigente, foi adotado o seguinte critério para a determinação do preço único e da participação do empregador:

- a) O critério adotado para definição de preço único ou para aglutinação inferior a 10 faixas etárias tem como base o cálculo da receita média per capita do intervalo de faixas a serem unificadas. Sobre a receita per capita calculada há também um acréscimo de 0,5% (zero vírgula cinco por cento) para cada faixa etária aglutinada, a título de margem de segurança, em virtude do risco de alteração na idade média do grupo após a contratação e para compensar a perda dos reajustes por mudança de faixas etárias que ocorreriam anualmente.
- b) O cálculo da receita média per capita das faixas que serão aglutinadas é realizado através da média simples, obtida da seguinte forma: soma-se o valor da mensalidade de cada um dos beneficiários a serem inscritos nas faixas etárias que serão unificadas, obtendo a receita total desse grupo, que é dividida pelo número total de beneficiários dessas faixas.
- c) A participação do empregador no custeio do plano de saúde se dará conforme descrito em campo específico na Proposta de Contratação.

11.9 - No caso de procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento, mas que forem determinados pela justiça ou por órgão de defesa do consumidor, caso sejam posteriormente revogadas ou decididas em contrário, o **MUNICÍPIO** pagará o valor integral despendido pela **CRENCIADA**, incluindo as despesas administrativas e judiciais de honorários e custas processuais.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – REAJUSTE

12.1 - A apuração para o Índice de Reajuste a ser efetivamente aplicado anualmente seguirá a metodologia descrita no item “C”, levando em consideração os critérios abaixo estabelecidos. Quando se tratar de agrupamento de contratos com menos de 100 (cem) vidas, seguirá a metodologia do item “D”.

A) IRS (ÍNDICE DE REAJUSTE POR SINISTRALIDADE):

12.2 - Indispensável para que o contrato mantenha seu equilíbrio econômico financeiro, sendo responsável por apurar a SINISTRALIDADE DO CONTRATO frente à SINISTRALIDADE IDEAL.

Município de Pomerode

Rua 15 de Novembro, nº 525 - Centro | Pomerode / SC | CEP 89.107-000

Fone (47) 3387-7229

E-mail: licitacao@pomerode.sc.gov.br

<https://pomerode.atende.net/>



12.3 - A Sinistralidade é apurada no período de 12 (doze) meses consecutivos calculando-se: o total das despesas assistenciais diminuídos os valores pagos a título de coparticipação dividido pelo total de receitas líquidas do período. Esse número multiplicado por “100” traz o percentual da SINISTRALIDADE DESTE CONTRATO, a saber:

$$SR = \left(\frac{\text{Total de Despesas Assistenciais} - \text{Total de Coparticipações}}{\text{Total de Receitas Líquidas do Período}} \right) * 100$$

- a. **SR** = Sinistralidade Real;
- b. **Total de Despesas Assistenciais** = Soma de todas as despesas assistenciais com prestadores e fornecedores de serviço em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza;
- c. **Total de Coparticipações** = Soma de todos os valores de coparticipações efetivamente recebidos, deduzidos de juros e atualização monetária;
- d. **Total de Receitas Líquidas** = Soma de todos os valores de contraprestações efetivamente recebidos, deduzidos de juros e atualização monetária.

12.4 - A SI (Sinistralidade Ideal) será de acordo a necessidade da **CREENCIADA** em obter margem sobre a receita líquida suficiente para financiar a constituição das provisões técnicas (financeiras, contábeis e atuariais), demais exigências legais da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, despesas administrativas e operacionais, entre outras.

12.5 - Para manutenção deste contrato fica definido como SI (Sinistralidade Ideal) o percentual de **72% (setenta e dois por cento)**.

12.6 - O cálculo do **IRS (Índice de Reajuste por Sinistralidade)** será realizado pela divisão entre a SR - Sinistralidade Apurada (Real) neste contrato e a Sinistralidade Ideal constante no parágrafo acima. Para transformar o índice em percentual, o resultado sofrerá a diminuição de “1” e a multiplicação por “100”.

Fórmula:

$$IRS = \left(\frac{SR}{SI} - 1 \right) * 100$$

B) IRI (ÍNDICE DE REAJUSTE INFLACIONÁRIO):

12.7 - Indispensável para que haja a reposição da inflação ou perda do valor aquisitivo da moeda.

12.8 - Para obtenção deste percentual será apurado o índice VCMH – Variação do Custo Médico Hospitalar positivo e específico da **CREENCIADA**, ou, em sua ausência, será utilizado o índice acumulado no período de análise do contrato conforme a variação positiva do IPCA Serviços de Saúde - Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou, por outro índice que o substitua no caso de sua extinção.

12.9 - O VCMH será calculado anualmente (por entidade idônea e independente) e será válido para os reajustes realizados de maio do mesmo ano até abril do ano subsequente.

12.10 - Na ausência do VCMH será utilizado a variação positiva do IPCA – Serviços de Saúde (IBGE), acumulado no período de 12 (doze) meses, considerando o mesmo período de apuração do IRS (Índice de Reajuste por Sinistralidade).

C) MÉTODO DE APURAÇÃO:

12.11 - Os valores das contraprestações pecuniárias definidas na Proposta de Contratação e na tabela de



preços para as novas adesões deste contrato, bem como, as verbas a que se referem à Cláusula Mecanismos de Regulação, considerando os beneficiários ativos e os inscritos na condição de demitidos sem justa causa ou aposentados, serão reajustados necessariamente a cada 12 (doze) meses.

12.12 - Para execução do cálculo, é preciso inicialmente fazer a conversão do IRS (Índice de Reajuste por Sinistralidade) e do IRI (Índice de Reajuste Inflacionário) indicados em percentual, para número decimal. Essa conversão ocorre pela divisão do valor percentual por 100 (cem).

12.13 - Para obtenção do resultado, tanto o IRS (Índice de Reajuste por Sinistralidade) e do IRI (Índice de Reajuste Inflacionário) já convertidos em números decimais deverão ser somados com o numeral 1 (um), na sequência multiplicados um pelo outro, e, por fim, do resultado desta equação deverá ser subtraído 1 (um), para obter o valor. A saber:

$$IR = [(1 + IRS) * (1 + IRI) - 1]$$

12.14 - Para obter o valor em percentual, basta ser multiplicado por 100 (cem).

12.15 - Em nenhuma hipótese será concedido reajuste negativo.

12.16 - Mesmo quando o contrato estiver com a sinistralidade abaixo da considerada ideal (72%), necessariamente será aplicado o IRI (ÍNDICE DE REAJUSTE INFLACIONÁRIO).

12.17 - Caso o IRI (ÍNDICE DE REAJUSTE INFLACIONÁRIO) esteja com o percentual de zero ou negativo, será adotado o numeral 0 (zero) como IRI na composição do cálculo.

12.18 - Mesmo quando o contrato estiver com o IRI (ÍNDICE DE REAJUSTE INFLACIONÁRIO) de zero, quando houver sinistralidade acima da considerada ideal (72%), necessariamente será aplicado o IRS (ÍNDICE DE REAJUSTE POR SINISTRALIDADE) como IR - índice de reajuste.

12.19 - O IRS ou Índice de Reajuste por Sinistralidade será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma defasagem de 3 (três) meses em relação ao aniversário do contrato.

12.20 - Para fins de aplicação do 1º (primeiro) reajuste contratual, considerando não haver 12 (doze) meses fechados para apuração da SR - Sinistralidade Real, serão avaliados os primeiros 10 (dez) meses a contar do mês de vigência do contrato. O 2º (segundo) reajuste terá como base 12 (doze) meses sendo do 11º (décimo primeiro) ao 22º (vigésimo segundo) mês de contratualidade e nos demais anos, adicionando 12 (doze) meses ao último período avaliado.

D) PARA CONTRATOS COM MENOS DE 100 (CEM) VIDAS:

12.21 - Esse item fica disciplinado por estrita exigência dos normativos vigentes pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

- a) Quando o número de beneficiários do contrato for inferior a 100 (cem), o reajuste anual será apurado **considerando o agrupamento de todos os contratos coletivos da CREDENCIADA com menos de 100 (cem) beneficiários, segundo estabelecido em Resolução Normativa da ANS**. A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:

I - Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;

II - Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

- b) O índice de reajuste para o agrupamento obedecerá a seguinte composição: Para obtenção do percentual do **IR** (Índice de Reajuste) para os contratos com menos de 100 (cem) beneficiários será apurado pela composição do Índice **VMH** – Variação do Custo Médico Hospitalar positivo e específico da CREDENCIADA que será calculado anualmente, ou, no caso de sua extinção na forma da alínea “c”, inciso VI, **multiplicado** à variação positiva do **IRS** (Índice de Reajuste por



Sinistralidade) do agrupamento no último período de 01 fevereiro a 31 janeiro, caso a sinistralidade atinja o patamar de 72% (setenta e dois por cento) obedecendo a seguinte fórmula:

$$IR = [(1 + IRS) * (1 + IRI) - 1]$$

c) A metodologia de apuração do IRS e do IRI ocorrerá da seguinte forma:

IRS (ÍNDICE DE REAJUSTE POR SINISTRALIDADE):

I – O cálculo do IRS (Índice de Reajuste por Sinistralidade) será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 4 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do agrupamento demonstrado abaixo:

$$IRS = \left(\frac{SR}{SI} - 1 \right) * 100$$

Logo,

II - **SR:** é a sinistralidade ou índice de utilização real do agrupamento de contratos em percentual.

$$SR = \left(\frac{\text{Total de Despesas Assistenciais} - \text{Total de Coparticipações}}{\text{Total de Receitas Líquidas do Período}} \right) * 100$$

III - **SI:** É a Sinistralidade Ideal, definida como 72% (setenta e dois por cento).

IV- A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

IRI (ÍNDICE DE REAJUSTE INFLACIONÁRIO):

V – Para obtenção do IRI - Índice de Reajuste Inflacionário será apurado o índice VCMH – Variação do Custo Médico Hospitalar positivo e específico da **CRENCIADA**, que será calculado anualmente (por entidade idônea e independente) e será válido para os reajustes realizados de maio do mesmo ano até abril do ano subsequente.

VI – Na ausência do VCMH, se utilizará a variação positiva do IPCA Serviços de Saúde - Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou, por outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de 12 (doze) meses, considerando o mesmo período de apuração do IRS – Índice de Reajuste por Sinistralidade.

VII - Em nenhuma hipótese será concedido reajuste negativo.

VIII - Mesmo quando o agrupamento de contratos estiver com a sinistralidade abaixo da considerada ideal (72%), necessariamente será aplicado o IRI (ÍNDICE DE REAJUSTE INFLACIONÁRIO).

IX - Caso o IRI (ÍNDICE DE REAJUSTE INFLACIONÁRIO) esteja com o percentual de zero ou negativo, será adotado o numeral 0 (zero) como IRI na composição do cálculo.

X - Mesmo quando o contrato estiver com o IRI (ÍNDICE DE REAJUSTE INFLACIONÁRIO) de zero, quando houver sinistralidade acima da considerada ideal (72%), necessariamente será aplicado apenas o IRS (ÍNDICE DE REAJUSTE POR SINISTRALIDADE) como IR - índice de reajuste.



d) A **CREDENCIADA** divulgará o índice de reajuste apurado no portal corporativo até o 1º dia útil do mês de maio de cada ano, bem como a relação dos contratos agrupados. O índice apurado será aplicado no período de maio do ano corrente até abril do ano seguinte, na data de aniversário de cada contrato.

E) REGRAS GERAIS:

12.22 - Só será aplicado um único reajuste contratual a cada 12 (doze) meses, ressalvados os reajustes por mudança de faixa etária.

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

12.24 - O percentual de reajuste aplicado às contraprestações pecuniárias será comunicado a Agência Nacional de Saúde Suplementar conforme determina a legislação competente.

12.25 - O **MUNICÍPIO** poderá acompanhar as despesas e demais informações deste contrato, a qualquer tempo, através do seu acesso restrito no portal da **CREDENCIADA**.

12.26 - Independentemente da data de ingresso de novos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral no mês de aniversário de vigência do contrato.

12.27 - A **CREDENCIADA** publicará, 30 dias antes da data prevista para a aplicação do reajuste, um extrato pormenorizado, ou prévia deste, contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste acima previsto. As referidas informações serão disponibilizadas no Portal de Informações da Pessoa Jurídica **MUNICÍPIO** com acesso restrito, mediante login e senha informados na contratação deste plano.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – FAIXAS ETÁRIAS

13.1 - As mensalidades dos beneficiários ativos e dos inscritos na condição de demitidos sem justa causa ou aposentados serão automaticamente reajustadas quando estes completarem a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao do seu aniversário, de acordo com os percentuais abaixo indicados:

ANEXO ÚNICO Decreto Municipal n.º 4.574/2025	
FAIXA DE IDADE DO BENEFICIÁRIO	COPARTICIPAÇÃO DO MUNICÍPIO EM REAIS (R\$)
0-18	R\$ 81,80
19-23	R\$ 95,28
24-28	R\$ 120,90
29-33	R\$ 145,31
34-38	R\$ 158,91
39-43	R\$ 166,34
44-48	R\$ 186,13
49-53	R\$ 205,12
54-58	R\$ 274,49
ACIMA DE 59	R\$ 441,03

13.2 - O cálculo das variações por faixa etária observa os parâmetros definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, sendo que o valor fixado para a última faixa etária não é superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária e, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não é superior a variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DESCONTOS

14.3 - O presente contrato de assistência à saúde não contempla nenhuma modalidade de desconto, pois,



trata-se de produto com valores pré-estabelecidos na Proposta de Contratação e demais reflexos nos moldes das cláusulas antecedentes.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

I – MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE PARA EX-EMPREGADOS

15.1 - No caso de **rescisão** ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou por ocasião da aposentadoria do titular, é assegurado a este o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) Tenha contribuído financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da perda do vínculo;
- b) Opte pela manutenção do plano no prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data da comunicação do direito ao benefício, que deverá ser formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria;
- c) Assuma o pagamento integral da mensalidade e coparticipação, correspondente ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária com as devidas atualizações.

15.2 - Entende-se como contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da mensalidade de seu plano oferecido pela **MUNICÍPIO**. Não é considerada contribuição a coparticipação paga única e exclusivamente em procedimentos como fator moderador na utilização dos serviços de assistência médica, bem como os valores relativos à mensalidade do plano de seus dependentes.

15.3 - O tempo de permanência do beneficiário no plano de saúde na condição de ex-empregado será de:

- a) Os demitidos ou exonerados sem justa causa, terão direito a um terço do tempo de contribuição nos planos de saúde em pré-pagamento, contratados pelo **MUNICÍPIO**, mesmo que em **CRENCIADAS** diferentes, sem interrupção, observando-se o mínimo de 6 (seis) e máximo de 24 (vinte e quatro) meses;
- b) Os aposentados com rescisão do contrato de trabalho que tenham contribuído por 10 (dez) anos ou mais nos planos de saúde em pré-pagamento contratados pelo **MUNICÍPIO**, mesmo que em **CRENCIADAS** diferentes, sem interrupção, terão o direito de permanecer de forma vitalícia. Para aqueles que tenham contribuído por menos de 10 (dez) anos nos planos de saúde em pré-pagamento contratados pelo **MUNICÍPIO**, mesmo que em **CRENCIADAS** diferentes, sem interrupção, será garantido 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

15.4 - A manutenção no plano é extensiva aos dependentes que estiverem inscritos no plano na ocasião da rescisão do contrato de trabalho do titular, não impedindo que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-empregado, individualmente ou com parte do seu grupo familiar, resguardada a garantia de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado. Em caso de morte do titular é assegurado o direito de manutenção de seus dependentes.

15.5 - O benefício descrito nesta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho.

15.6 - O beneficiário titular e seus dependentes perderão automaticamente o benefício:

- a) Pelo decurso dos prazos previstos para manutenção do plano na condição de demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado;
- b) Em caso de admissão em novo emprego. Entende-se como novo emprego: novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão; ou
- c) No cancelamento pelo empregador, do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados;



- d) Por solicitação do beneficiário titular, de acordo com as diretrizes previstas em resolução específica e vigente sobre o tema.

15.7 - Ao empregado aposentado que continuar trabalhando na mesma empresa e vem a se desligar da empresa é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998. O direito a manutenção do plano será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento em que se desligar do empregador.

15.8 - É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, aposentado e aos seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade de carências, nesta **CRENCIADA** ou em outra, nos moldes da legislação em vigor.

II - ABSORÇÃO DE CARÊNCIAS EM CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO

15.9 - Em caso de cancelamento deste contrato, se a **CRENCIADA** comercializar plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, este será disponibilizado para os beneficiários inscritos, descontada as carências já cumpridas neste contrato, **pelo valor de tabela de vendas vigente na data da opção.**

15.10 - É de responsabilidade do **MUNICÍPIO** comunicar aos beneficiários o disposto nesta cláusula, em tempo hábil para fazer a sua **opção** pelo plano individual ou familiar, **no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento deste contrato.**

15.11 - Os beneficiários terão direito ao exercício da portabilidade de carências da **CRENCIADA** ou em outra, nos moldes da legislação em vigor.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1 - Além da hipótese de rescisão contratual, será excluído do contrato o beneficiário titular, juntamente com seus dependentes, quando:

- a) Por solicitação formal do **MUNICÍPIO**;
- b) Por solicitação do beneficiário titular, respeitada as diretrizes da resolução específica e vigente sobre o tema;
- c) Por perda dos vínculos do titular com o **MUNICÍPIO**, ou de dependência, ressalvados os casos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98;
- d) Por fraude;
- e) Se tratar de demitido ou aposentado vinculado ao contrato na condição prevista nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 e ocorrer o atraso no pagamento das contraprestações por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, desde que comprovadamente notificado até o 50º (quingüésimo) dia de inadimplência, por um dos seguintes meios: via postal, e-mail, ligação telefônica gravada, aplicativos que permitam a troca de mensagens criptografadas ou mensagem de texto para telefones celulares (SMS), carta com aviso de recebimento (AR) dos correios ou preposto da **CRENCIADA**, bem como, outros canais de contato nos termos da legislação vigente. Para a notificação por inadimplência, serão utilizadas as informações cadastradas no banco de dados da **CRENCIADA**, fornecidas pelo **MUNICÍPIO** ou pela pessoa natural a ser notificada.

16.2 - É garantido aos beneficiários rescindidos em decorrência da extinção do vínculo do titular com o **MUNICÍPIO**, da perda da condição de dependência, ou do óbito do titular, o exercício da portabilidade de carências nos termos da legislação vigente, conforme comunicação da **CRENCIADA**.

16.3 - Terminado o prazo estabelecido para manutenção dos beneficiários na condição de ex-empregado, os titulares e respectivos dependentes, inscritos nesta condição, serão excluídos do contrato, mediante aviso prévio. Estes poderão exercer a portabilidade de carências nos termos da legislação vigente, conforme comunicação da **CRENCIADA**.

16.4 - Caberá ao **MUNICÍPIO** solicitar a exclusão dos beneficiários por ela inscritos nos moldes exigidos



pela **CRENCIADA**.

16.5 - O beneficiário titular poderá solicitar sua exclusão, diretamente à **CRENCIADA**, conforme previsto em resolução específica e vigente sobre o tema, devendo para tanto comprovar documentalmente que requereu o pedido ao **MUNICÍPIO** há mais de 30 (trinta) dias para que haja o processamento do cancelamento imediato.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – RESCISÃO CONTRATUAL

I. Quando celebrado por Pessoa Jurídica

17.1 - A rescisão poderá ocorrer diante do atraso do pagamento das contraprestações por mais de 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, mediante comunicação prévia à MUNICÍPIO, através de notificação por um dos seguintes meios: via postal, ata de visita, e-mail, ligação telefônica gravada, aplicativos que permitam a troca de mensagens criptografadas ou mensagem de texto para telefones celulares (SMS), carta com aviso de recebimento (AR) dos correios ou preposto da CRENCIADA, bem como, outros canais de contato ou outros meios com comprovante de entrega, nos termos da legislação vigente. Permitida a purgação da mora, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

17.2 - O presente contrato poderá igualmente ser rescindido:

17.2.1 - Motivadamente – a qualquer tempo, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, quando:

- a) Qualquer das partes infringir cláusula do presente instrumento;
- b) Houver fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do **MUNICÍPIO**;
- c) A pessoa jurídica **MUNICÍPIO** encerrar suas atividades;
- d) Se o **MUNICÍPIO** não aceitar o reajuste proposto pela **CRENCIADA** em consonância com a Cláusula de Reajuste.

17.2.2 - Imotivadamente - após a vigência mínima de 12 (doze) meses por iniciativa de qualquer das partes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias. Caso a rescisão ocorra antes do término dos 12 (doze) meses de vigência deste contrato, a parte que solicitar a rescisão do contrato (**MUNICÍPIO** ou **CRENCIADA**), sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades restantes, sendo considerado o valor da última fatura emitida como parâmetro para o cálculo da multa.

II. Quando celebrado com Empresário Individual

17.3 - A rescisão poderá ocorrer diante do atraso do pagamento das contraprestações por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, mediante comunicação prévia ao MUNICÍPIO até 50° (quinquagésimo) dia de inadimplência, através de notificação por um dos seguintes meios: via postal, ata de visita, e-mail, ligação telefônica gravada, aplicativos que permitam a troca de mensagens criptografadas ou mensagem de texto para telefones celulares (SMS), carta com aviso de recebimento (AR) dos correios ou preposto da CRENCIADA, bem como, outros canais de contato ou outros meios com comprovante de entrega, nos termos da legislação vigente. Permitida a purgação da mora, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

17.4 - O contrato poderá igualmente ser rescindido, quando:

- a) Constatada a ilegitimidade do(a) **MUNICÍPIO**, o referido contrato será rescindido mediante notificação prévia, com 60 (sessenta) dias de antecedência. A notificação de rescisão mencionada será efetivada pela **CRENCIADA** se não for comprovada, no prazo de 60 (sessenta) dias, a regularidade da condição de Empresário Individual nos órgãos competentes e sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, de acordo com sua forma de constituição.



- b) Imotivadamente por iniciativa da **CRENCIADA** no mês de aniversário do contrato, mediante a comunicação prévia a **MUNICÍPIO**, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, contendo as razões da rescisão no ato da comunicação.
- c) Imotivadamente por parte do(a) **MUNICÍPIO**, a qualquer tempo, mediante comunicação formal à **CRENCIADA** com 60 dias de antecedência. Caso a rescisão ocorra antes do término dos 12 (doze) meses de vigência deste contrato, o(a) **MUNICÍPIO**, sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades restantes, sendo considerado o valor da última fatura emitida como parâmetro para o cálculo da multa.

17.5 - No caso de rescisão contratual, havendo beneficiários em período de internação, esta não será suspensa, porém a **CRENCIADA** não se responsabiliza pelas despesas ocorridas após a data de cancelamento, cabendo estas ao **MUNICÍPIO**.

17.6 - Durante o período de aviso prévio do contrato para rescisão, não serão admitidas inscrições de novos beneficiários.

17.7 - Para a notificação por inadimplência, serão utilizadas as informações cadastradas no banco de dados da **CRENCIADA**, fornecidas pelo **MUNICÍPIO** ou pela pessoa natural a ser notificada.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADO - LGPD

18.1. As partes deverão cumprir a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD), quanto a todos os dados pessoais a que tenham acesso em razão do certame ou do contrato administrativo que eventualmente venha a ser firmado, a partir da apresentação da proposta no procedimento de contratação, independentemente de declaração ou de aceitação expressa.

18.2. Os dados obtidos somente poderão ser utilizados para as finalidades que justificaram seu acesso e de acordo com a boa-fé e com os princípios do art. 6º da LGPD.

18.3. É vedado o compartilhamento com terceiros dos dados obtidos fora das hipóteses permitidas em Lei.

18.4. Terminado o tratamento dos dados nos termos do art. 15 da LGPD, é dever do contratado eliminá-los, com exceção das hipóteses do art. 16 da LGPD, incluindo aquelas em que houver necessidade de guarda de documentação para fins de comprovação do cumprimento de obrigações legais ou contratuais e somente enquanto não prescritas essas obrigações.

18.5. É dever do Contratado orientar e treinar seus empregados sobre os deveres, requisitos e responsabilidades decorrentes da LGPD.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

19.1 Os(As) licitantes ou contratados(as) que descumprirem total ou parcialmente as normas do processo licitatório, ficarão sujeitos às penalidades descritas na Lei Federal n.º 14.133/2021 e no Decreto Municipal n.º 4.508/2025.

19.2 Comete infração administrativa, nos termos da Lei Federal n.º 14.133/2021, a **CONTRATADA** que:

- a) Dar causa à inexecução parcial do contrato;
- b) Dar causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à Administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;
- c) Dar causa à inexecução total do contrato;
- d) Deixar de entregar a documentação exigida para o certame;
- e) Não manter a proposta, salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado;
- f) Não celebrar o contrato ou não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade de sua proposta;
- g) Ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da licitação sem motivo justificado;
- h) Apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante a licitação ou a execução do contrato;
- i) Fraudar a licitação ou praticar ato fraudulento na execução do contrato;
- j) Comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;
- k) Praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da licitação;



I) Praticar ato lesivo previsto no Artigo 5º da Lei Federal n.º 12.846/2023 – Lei Anticorrupção.

19.2.1. Considera-se comportamento inidôneo, entre outros, a declaração falsa quanto às condições de participação, quando do enquadramento como MEI / ME / EPP ou o conluio entre os licitantes, em qualquer momento da licitação, mesmo após o encerramento da etapa de lances.

19.3. A **CONTRATADA** que cometer qualquer das infrações discriminadas nos subitens anteriores ficará sujeita, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes sanções:

- I. **ADVERTÊNCIA POR ESCRITO**, quando do não cumprimento de quaisquer das obrigações contratuais consideradas faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretam prejuízos significativos;
- II. **MULTA MORATÓRIA** de 5% (cinco por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, ou, não sendo possível determinar este valor, sobre 1/12 do valor total do Contrato;
- III. **MULTA COMPENSATÓRIA** de 30% (trinta por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto, ou, não sendo possível determinar este valor, sobre o total do Contrato;
- IV. **RESCISÃO UNILATERAL DO CONTRATO**, sujeitando-se a **CONTRATADA** ao pagamento de indenização ao Município de Pomerode por perdas e danos;
- V. **INDENIZAÇÃO AO MUNICÍPIO DE POMERODE** da diferença de custo para contratação de outro licitante;
- VI. **SUSPENSÃO DE LICITAR E IMPEDIMENTO DE CONTRATAR** com o Município de Pomerode e seus órgãos descentralizados, pelo prazo de até 3 (três) anos;
- VII. **DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE PARA LICITAR OU CONTRATAR** com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida se for cumprida as seguintes exigências cumulativamente:
 - a) Reparação integral do dano causado à Administração Pública;
 - b) Pagamento da multa;
 - c) Transcurso do prazo mínimo de 1 (um) ano da aplicação da penalidade, no caso de impedimento de licitar e contratar, ou de 3 (três) anos da aplicação da penalidade, no caso de declaração de inidoneidade;
 - d) Cumprimento das condições de reabilitação definidas no ato punitivo;
 - e) Análise jurídica prévia, com posicionamento conclusivo quanto ao cumprimento dos requisitos definidos neste artigo.

19.4. A aplicação de multa de mora não impedirá que a Administração a converta em compensatória e promova a extinção unilateral do contrato com a aplicação cumulada de outras sanções previstas no Decreto Municipal n.º 4.508/2025.

19.5. As sanções administrativas poderão ser aplicadas cumulativamente, conforme disposto na legislação aplicável, no instrumento convocatório ou equivalente ou no instrumento contratual, hipótese em que serão concedidos os prazos para defesa e recurso aplicáveis à penalidade mais gravosa.

19.6. A Sanção de impedimento de licitar e contratar prevista no subitem "VI" também é aplicável em quaisquer das hipóteses previstas como infração administrativa.

19.7. As sanções previstas nos subitens "I", "IV", "V", "VI" e "VII" poderão ser aplicadas à **CONTRATADA** juntamente com as de multa, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados.

19.8. Também ficam sujeitas às penalidades do Artigo 156, Incisos III e IV da Lei Federal n.º 14.133/2021, as empresas ou profissionais que:

- a) Tenham sofrido condenação definitiva por praticar, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;
- b) Tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;
- c) Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.



19.9. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à **CONTRATADA**, observando-se o procedimento previsto na Lei Federal n.º 14.133/2021 e no Decreto Municipal n.º 4.508/2025, e subsidiariamente, a Lei Federal n.º 9.784/1999.

19.10 Conforme o art. 10 do Decreto Municipal n.º 4.508/2025, as multas de mora e/ou compensatórias aplicadas à **CONTRATANTE** seguirão de forma isolada e/ou combinada:

- a) Retenção dos pagamentos devidos pelo órgão ou entidade, inclusive pagamentos decorrentes de outros contratos firmados com o contratado;
- b) Descontado do valor da garantia prestada;
- c) Pago por meio de Documento de Arrecadação Municipal (DAM);
- d) Cobrado judicialmente.

19.11. A autoridade julgadora, mediante ato motivado e sob os critérios da razoabilidade e proporcionalidade, poderá agravar, abrandar ou isentar a aplicação das penalidades.

19.12. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade.

19.13. Nenhum pagamento será processado a Proponente penalizada sem que antes esta tenha pago ou lhe seja relevada a multa imposta.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA GESTÃO DO CONTRATO

20.1 - O presente instrumento contratual seguirá as regras da Gestão Contratual e Fiscalização contidas no Termo de Referência.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DISPOSIÇÕES GERAIS

21.1 - A inserção facultativa de mensagens na fatura de cobrança das mensalidades valerá como notificação do **MUNICÍPIO** para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

21.2 - Nos casos em que a legislação prevê a comunicação inequívoca de notificações, serão aceitos os seguintes meios como válidos:

- a) Notificação via postal, por meios próprios ou por edital; ou
- b) Correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura, destinado ao endereço eletrônico do beneficiário titular e/ou **MUNICÍPIO** cadastrado no banco de dados da **CRENCIADA**; ou
- c) Aplicativos que permitem a troca de mensagens criptografadas e a confirmação de recebimento e leitura pelo destinatário (Whatsapp, Messenger ou outro aplicativo que disponha de tal ferramenta), via número de celular beneficiário titular e/ou **MUNICÍPIO** cadastrado no banco de dados da **CRENCIADA**; ou
- d) Ligações gravadas, com confirmação de dados pelo interlocutor, via número de telefone beneficiário titular e/ou **MUNICÍPIO** cadastrado no banco de dados da **CRENCIADA**; ou
- e) Envio de torpedos (SMS) com aviso de leitura pelo destinatário, via número de celular beneficiário titular e/ou **MUNICÍPIO** cadastrado no banco de dados da **CRENCIADA**; ou
- f) Outros meios que comprovem a ciência inequívoca do beneficiário titular e/ou **MUNICÍPIO**.

I. DOCUMENTOS PERTINENTES AO PLANO DE SAÚDE

21.3 - Integram este contrato, para todos os fins de direito, quaisquer documentos entregues ao **MUNICÍPIO** que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde, tais como: Proposta de Contratação, Formulário Cadastral, Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde, Guia de Leitura Contratual, Carta de Orientação ao Beneficiário, Declaração de Saúde e Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária, quando cabível.

21.4 - O **MUNICÍPIO** declara, para fins de direito, especialmente em face das disposições da Lei 9656/98,

Município de Pomerode

Rua 15 de Novembro, n.º 525 - Centro | Pomerode / SC | CEP 89.107-000

Fone (47) 3387-7229

E-mail: licitacao@pomerode.sc.gov.br

<https://pomerode.atende.net/>



que recebeu o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, e, se compromete a entregar cópia do mesmo a todos os possíveis beneficiários titulares que manifestarem interesse no ingresso, enquanto vigente esta relação contratual com a **CREDCIADA**.

21.5 - A MUNICÍPIO se compromete a entregar o Guia de Leitura Contratual – GLC, o qual será entregue pela **CREDCIADA** juntamente com o cartão de identificação, a todos os beneficiários titulares que vierem a ingressar no plano de saúde, e, a disponibilizar, sempre que demandado pelo beneficiário titular, cópia do instrumento contratual contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.

21.6 - O MUNICÍPIO de natureza jurídica Empresário Individual deverá comprovar, independente de notificação, anualmente no mês de aniversário do presente contrato:

- a) Sua inscrição nos órgãos competentes;
- b) Sua regularidade cadastral junto à Receita Federal;
- c) A elegibilidade dos beneficiários conforme disposto na cláusula CONDIÇÕES DE ADMISSÃO;
- d) Outros documentos que vierem a ser exigidos pela legislação vigente.

21.7 - A CREDCIADA comunicará ao **MUNICÍPIO**, eventuais alterações publicadas em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar que modifiquem o instrumento jurídico originalmente firmado e se aplicam automaticamente aos contratos vigentes, sem determinação de formalização de aditamento contratual por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

21.8 - A CREDCIADA disponibilizará a Tabela de Referência de Coparticipação na área específica e restrita do **MUNICÍPIO**, sendo responsabilidade do **MUNICÍPIO** comunicar aos beneficiários acerca da mesma.

II. PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

21.9 - É a possibilidade de o beneficiário contratar ou aderir a um plano de saúde, dentro da mesma **CREDCIADA** ou outra **CREDCIADA**, sem cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária, **exceto** quando:

- a) Houver prazos remanescentes, descontados os períodos de permanência no plano origem; e/ou
- b) Quando a cobertura do plano destino for superior ao plano origem: carência integral para cobertura superior e análise de doença e lesão preexiste.

21.10 - Na portabilidade de carências, quando o beneficiário se encontrar ativo na **CREDCIADA** origem, caberá a este requerer a rescisão do contrato ou vínculo de beneficiário no plano origem, para que possa usufruir dos direitos assegurados no exercício da portabilidade de carências, nos termos da legislação vigente.

21.11 - Caberá ao beneficiário apresentar no prazo estabelecido pela **CREDCIADA** no formulário de adesão o comprovante do pedido de cancelamento do seu contrato ou vínculo do plano de saúde com a **CREDCIADA** origem.

21.12 - A não comprovação do cancelamento no prazo estabelecido, descaracteriza o exercício da portabilidade de carências, evidenciando uma nova inscrição no plano de saúde, ocasião na qual passará a ser devido o cumprimento integral dos períodos de carências, previstos na cláusula PERÍODOS DE CARÊNCIA, e a análise de doenças e lesões preexistentes com aplicação de Cobertura Parcial Temporária, previsto na cláusula DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES, quando cabível.

21.13 - A portabilidade de carências não poderá ser exercida nos casos em que o(s) beneficiário(s) estiver(em) em período de internação, exceto quando se tratar de portabilidade por perda de vínculo ou determinada pela ANS, nos termos da legislação em vigor.

III. DEFINIÇÕES PARA FINS DESSE CONTRATO

21.14 - Carência é um período pré-determinado no contrato, contado a partir da inclusão do beneficiário no plano durante o qual não poderá fazer uso dos procedimentos cobertos pelo plano.



21.15 - Coparticipação é o valor pecuniário cobrado do beneficiário, através da aplicação de percentual calculado sobre os procedimentos e eventos efetivamente prestados.

21.16 - Declaração de Saúde é o questionário a ser preenchido pelo beneficiário no momento de sua inclusão no plano para avaliar seu atual estado de saúde e declarar as doenças que saiba ser portador no momento da contratação.

21.17 - Entrevista Qualificada é a possibilidade de preencher a Declaração de Saúde com orientação médica.

21.18 - Órteses são dispositivos mecânicos aplicados sobre segmentos corporais, para oferecer-lhes apoio ou estabilidade, prevenir ou corrigir deformidades e permitir ou facilitar sua função, necessária durante o ato cirúrgico.

21.19 - Procedimentos ambulatoriais são aqueles que não demandam de nenhum tipo de regime de internação hospitalar.

21.20 - Próteses são as peças artificiais empregadas em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

21.21 - Acomodação Enfermaria é acomodação em quarto hospitalar coletivo.

IV. DISPOSIÇÕES FINAIS

21.22 - As partes ajustam que qualquer omissão ou tolerância das partes na exigência do fiel cumprimento dos termos e condições do presente contrato, ou no exercício de prerrogativas dele decorrentes, não constituirá novação ou renúncia, nem afetará o direito da parte de exercê-lo a qualquer tempo.

21.23 - As partes declaram subordinação na interpretação deste instrumento aos normativos editados pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

21.24 - É facultativa a saída individual de **MUNICÍPIO**, mediante assinatura de Termo Aditivo, dando ciência da rescisão aos beneficiários a ela vinculados, e demais itens lá mencionados.

21.25 - O presente contrato **terá como prazo inicial de vigência a data de XX de XXXX de XXX, retroagindo a esta data todos os direitos e obrigações estabelecidos entre as partes.** O mesmo será firmado via assinatura eletrônica, nos moldes do art. 10 da MP 2.200/01 em vigor no Brasil, e será disponibilizado digitalmente podendo gerar versão impressa do mesmo. As partes estão de acordo com as cláusulas aqui estabelecidas, e, por estar plenamente ciente dos termos, firmam o presente instrumento, juntamente com duas testemunhas.

V. SIGILO MÉDICO

21.26 - Compromete-se o(a) **MUNICÍPIO**, bem como a **CRENCIADA** a observar e atender a legislação relativa ao sigilo e confidencialidade. Todas as informações, sejam elas verbais, escritas ou eletrônicas estão submetidas ao sigilo e confidencialidade.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

22.1 – Das Obrigações do Município:

- a) Aplicar penalidades às credenciadas, quando for o caso;
- b) Prestar as informações necessárias à perfeita execução do contrato;
- c) Efetuar o pagamento à credenciada no prazo avençado, após a prestação dos serviços e entrega da Nota Fiscal ao setor competente;
- d) Notificar a credenciada, por escrito, da aplicação de qualquer sanção;
- e) Vistoriar, avaliar a execução dos serviços contratados, e solicitar a emissão de relatórios gerenciais através de agente previamente designado;
- f) Comunicar à **CONTRATADA**, imediatamente e por escrito, toda e qualquer irregularidade,



imprecisão ou desconformidade verificada na execução dos serviços, assinalando-lhe o prazo para que a regularize, sob pena de aplicação das sanções legais e contratuais previstas.

22.2 – DA(S) CREDENCIADA(S):

- a) Prestar o serviço deste credenciamento nas especificações contidas no Edital e demais anexos;
- b) Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência contratual e de acordo com a legislação vigente, ressalvado o plano ambulatorial;
- c) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do plano de Assistência à Saúde, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- d) Fornecer, gratuitamente de forma eletrônica, aos usuários do plano de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar e/ou Odontológica (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras);
- e) Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do Termo de Acordo;
- f) Possuir central de atendimento para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.
- g) As Operadoras dos Planos devem fornecer os arquivos para importação em Sistema ERP do Município (atende.net IPM Sistemas), que contenham as informações de Adesão ao Plano (1 arquivo), Coparticipação (1 arquivo) e Mensalidade dos titulares e dependentes, contendo valores individualizados por pessoa, CPF, contrato/carteirinha.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

23.1 - As despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta de recursos específicos consignados no orçamento geral do Município, nas dotações abaixo discriminadas:

Dotação Utilizada					
Ref.	Órgão	Unid. Orç.	Funcional	Modal. de Despesa	Vínculo
708	02-Gabinete do Prefeito	001	0004.0122.0020.2002	33390	150070000000
715	03-Procuradoria Geral do Município	001	0004.0122.0020.2003	33390	150070000000
729	04-Secretaria de Governo	001	0004.0122.0020.2004	33390	150070000000
742	05-Secretaria de Planejamento e Meio Ambiente	001	0004.0122.0030.2005	33390	150070000000
752	05-Secretaria de Planejamento e Meio Ambiente	002	0004.0122.0030.2061	33390	150070000000
801	06-Secretaria de Gestão Administrativa e Fazendária	001	0004.0122.0030.2006	33390	150070000000
830	07-Secretaria de Educação e Formação Empreendedora	001	0012.0365.0040.2015	33390	150010010000
857	07-Secretaria de Educação e Formação Empreendedora	002	0012.0361.0040.2010	33390	150010010000
882	07-Secretaria de Educação	003	0012.0122.0040.2110	33390	150010010000



	e Formação Empreendedora				
923	08-Secretaria de Obras	001	0026.0782.0070.2020	33390	150070000000
934	09-Secretaria de Desenvolvimento Rural	001	0020.0606.0100.2027	33390	150070000000
949	12-Secretaria de Turismo, Cultura e Desenvolvimento Econômico	001	0023.0695.0110.2053	33390	150070000000
968	12-Secretaria de Turismo, Cultura e Desenvolvimento Econômico	002	0013.0392.0130.2068	33390	150070000000
984	12-Secretaria de Turismo, Cultura e Desenvolvimento Econômico	005	0022.0661.0150.2149	33390	150070000000
1007	13-Secretaria de Desenvolvimento Social e Habitação	001	0008.0244.0140.2153	33390	150070000000
689	15-Serviço Autônomo Municipal de Água e Esgoto	001	0004.0122.0080.2056	33390	175370000000
673	16-Fundo de Aposentadoria e Pensão de Pomerode	001	0009.0272.0170.2055	33390	180270000000
1345	19-Fundo Municipal de Saúde	002	0010.0302.0060.2103	33390	250170000000
626	19-Fundo Municipal de Saúde	003	0010.0304.0060.2106	33390	150010020000
636	19-Fundo Municipal de Saúde	004	0010.0305.0060.2108	33390	150010020000
653	19-Fundo Municipal de Saúde	006	0010.0122.0060.2109	33390	150010020000
662	19-Fundo Municipal de Saúde	007	0010.0303.0060.2161	33390	150010020000
1081	32-Secretaria de Eventos, Esporte e Lazer	001	0027.0812.0090.2154	33390	150070000000

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – FORO

24.1 - Para as questões decorrentes deste Contrato, fica eleito o Foro da Comarca de Pomerode/SC, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por assim estarem de acordo, assinam o presente termo os representantes das partes **CONTRATANTES**, juntamente com as testemunhas abaixo.

Pomerode / SC, de de 2025.

AUTORIDADE COMPETENTE
Órgão
Contratante

REPRESENTANTE
Empresa
Contratada

Testemunhas: