



EDITAL DE CREDENCIAMENTO

**PROCESSO ADMINISTRATIVO N.º 136 / 2025 – EDITAL VERSÃO II
INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO N.º 024 / 2025**

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

1. DA DEFINIÇÃO DO OBJETO

1.1. O presente Termo de Referência tem por objetivo receber propostas para o **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DE DIREITO PRIVADO QUE ATUEM NA ADMINISTRAÇÃO E/OU OPERAÇÃO 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. 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 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.

1.3. As condições constantes neste edital são as mínimas a serem respeitadas pela administradora / operadora de plano de saúde, podendo ser objeto de avaliação de proposta superior, desde que asseguradas as condições mínimas, e atendido o preço estipulado.

1.4. Da Duração do Contrato e Períodos de Carência

1.4.1. O contrato terá duração de 60 (sessenta) meses, podendo ser prorrogado até o prazo máximo decenal previsto no Artigo 107 da Lei Federal n.º 14.133/2021.

1.4.2. O Município de Pomerode divulgará e manterá à disposição do público, em sítio eletrônico oficial, o edital de credenciamento, de modo a permitir o cadastramento permanente de novos interessados, nos termos do Artigo 79, Parágrafo Único, Inciso I da Lei Federal n.º 14.133/2021.

1.4.3. Período de Carência:

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





1.4.4. 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 contratante;
- c) Até 30 (trinta) dias do início do vínculo de dependência com o titular, condicionado aos critérios do item 1.4.7.

1.4.5. O prazo de 30 (trinta) dias da vinculação do titular à CONTRATANTE será contado a partir do primeiro dia subsequente ao término do contrato de experiência com prazo determinado.

1.4.6. 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.

1.4.7. Na eventualidade da redução do número de beneficiários para menos de 30 (trinta), as novas inclusões ficam sujeitas ao cumprimento das carências dispostas no item 1.4.4.

1.4.8. 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.

1.4.9. Quando se tratar de inscrição de beneficiário proveniente de outro plano da OPERADORA, 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.

1.4.10. 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 OPERADORA;
- 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.

1.4.11. 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.

2 – DA FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO

2.1. As compras e contratações das entidades públicas seguem obrigatoriamente um regime regulamentado por Lei. O fundamento principal que reza por esta iniciativa é o Artigo 37, Inciso XXI da Constituição Federal de 1988, o qual determina que obras, serviços, compras e alienações devem ocorrer por meio de licitações.

2.2. Em se tratando das aquisições e contratações que possuem características específicas, as tornando impossíveis e/ou inviáveis de elaborarem licitações nos trâmites usuais, frustrando a realização adequada das funções estatais. Nesses casos, a Lei previu exceções à regra: a dispensa de licitação e inexigibilidade de licitação.

2.3. Os atos em que se verifica a inexigibilidade de licitação são atos que fogem ao princípio constitucional da obrigatoriedade de licitar, consagrando-se como exceções a este princípio. Assim, este tipo de ato





trata-se de ato discricionário, mas, devido a sua importância e necessidade extrema de idoneidade, se submete ao crivo de devida justificativa que o ateste.

2.4. Dessa maneira, o presente caso de inexigibilidade de licitação encontra fundamentação legal no Artigo 74, Inciso IV c/c Artigo 78, Inciso I c/c Artigo 79, II, todos da Lei Federal n.º 14.133/2021, que dispõe:

Artigo 74 - É inexigível a licitação quando inviável a competição, em especial nos casos de:

[...]

IV – Objetos que devam ou possam ser contratados por meio de credenciamento.

Artigo 78 - São procedimentos auxiliares das licitações e das contratações regidas por esta Lei:

I - Credenciamento.

Artigo 79 - O credenciamento poderá ser usado nas seguintes hipóteses de contratação:

[...]

II - com seleção a critério de terceiros: caso em que a seleção do contratado está a cargo do beneficiário direto da prestação.

2.5. Além da referência legal acima, outros diplomas legais fundamentam esta contratação:

- Lei Federal n.º 9.656, de 03 de Junho de 1998;
- Atos Normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Lei Ordinária Municipal n.º 3.012, de 18 de Outubro de 2018;
- Lei Ordinária Municipal n.º 3.040, de 11 de Abril de 2019;
- Normas posteriores que eventualmente venham a substituir as supra relacionadas.

2.6. Assim, justifica-se que o Município de Pomerode, por meio dos órgãos de administração direta e indireta, tem o objetivo de garantir às instituições públicas condições legais para a promoção e proteção à saúde que atendam, não somente ao servidor, mas também seus dependentes: filhos, cônjuge ou em convívio pela união estável, o que vem a fortalecer o princípio de valorização da dignidade da pessoa humana e proporcionar a todos uma melhor qualidade de vida. Ademais, com o advento da Constituição Federal de 1988, deu-se relevância e destaque as ideias de prevenção e manutenção da saúde do servidor.

2.7. Portanto, por meio do presente credenciamento, pretende-se garantir um Plano de Assistência à Saúde para os servidores do Município de Pomerode, Fundos, Fundação e Autarquia que venha a revelar-se numa ferramenta de fortalecimento das políticas de valorização do servidor.

3. DA DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO

3.1. Uma solução é o conjunto de todos os elementos (bens, serviços e outros) necessários para, de forma integrada, gerar os resultados que atendam à necessidade que ocasionou a contratação. Assim, é importante apresentar a solução como um todo para assegurar, em todas as contratações relacionadas a uma mesma solução, o pleno entendimento acerca do objeto e da finalidade da contratação pelos potenciais fornecedores, conforme segue nos próximos itens.

3.2. Após análise das alternativas de mercado, a solução escolhida para atender à necessidade da administração municipal é a contratação por meio de credenciamento de empresa especializada para fornecimento 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.

3.3. A solução que se pretende implementar, por meio do procedimento de credenciamento, visa a garantir a disponibilização contínua e abrangente de serviços de plano de saúde e assistência médica para os beneficiários da Administração. Esta solução completa engloba todos os elementos (bens, serviços e outros) que, de forma integrada, produzirão os resultados desejados para atender à necessidade da Administração e de seus usuários.

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/>





3.4. A escolha do credenciamento como mecanismo auxiliar de contratação para este objeto específico se justifica pela natureza não exclusiva e paralela dos serviços de saúde. Em vez de selecionar um único fornecedor por meio de disputa licitatória, a Administração busca permitir que uma gama de prestadores de serviços qualificados se credencie. Isso é essencial para atender adequadamente ao interesse público, especialmente em serviços como os médicos, a qual é vantajoso dispor de uma rede ampla de prestadores para garantir a liberdade de escolha do beneficiário e a diversidade de especialidades e coberturas.

3.5. Assim, a solução como um todo consistirá na formação de um rol de empresas credenciadas aptas a oferecer serviços de plano de saúde e assistência médica, que inclui desde a oferta de diferentes modalidades de planos até a prestação direta de serviços de assistência médica, com cobertura para os procedimentos e especialidades essenciais à saúde dos beneficiários. O processo de credenciamento, que é um chamamento público, permitirá que todos os interessados que preencham os requisitos necessários se qualifiquem para prestar os serviços quando convocados.

4. DOS REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

4.1. Os requisitos são os elementos necessários (indispensáveis e relevantes) ao objeto a ser contratado, para que atenda adequadamente à necessidade da Administração. Podem ser contemplados requisitos de: desempenho, qualidade, funcionalidade, adequação a exigências legais e infralegais, incluindo normas técnicas e critérios de sustentabilidade ambiental, manutenção e garantia, entre outros.

4.2. REQUISITOS DE HABILITAÇÃO

4.2.1. Deverá constar no Processo Administrativo os documentos de comprovação de que a contratada preenche todos os requisitos de habilitação jurídica, econômico-financeira e de qualificação técnica necessários, nos termos da Lei Federal n.º 14.133/2021, conforme indicado no edital de credenciamento.

4.3. REQUISITOS DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

- a)** Atestado(s) de Capacidade Técnica, expedido em nome da Operadora ou Administradora de Plano de Saúde, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadora, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde – ANS, com atendimento de 600 (seiscentas) vidas em um único plano ou de mesmo grupo;
- b)** Comprovação de que a Operadora ou Administradora de Plano de Saúde mantenha cadastrada na Agência Nacional de Saúde - ANS, na data da publicação do edital, no mínimo 1000 (mil) beneficiários;
- c)** Prova de registro / autorização expedido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, demonstrando que a Administradora de Plano de Saúde e a(s) operadora(s) a ela vinculada(s) está(ão) apta(s) a prestar os serviços;
 - c.1)** No caso de administradora de benefícios, deverá ser apresentada, junto aos documentos de habilitação, declaração emitida pela Operadora de Plano de Saúde, contendo autorização expressa para a oferta dos respectivos planos e serviços, conforme os termos estabelecidos neste Edital de Credenciamento. Nessa hipótese, toda a documentação referente à qualificação técnica também deverá ser apresentada em nome da operadora do plano de saúde indicada pela administradora de benefícios;
- d)** Comprovação por meio de livros ou catálogos de que dispõe de rede credenciada de atendimento para prestar os serviços de saúde, conforme exigências descritas no **Anexo I**;
- e)** Certificado de inscrição da operadora no Conselho Regional de Medicina do Estado sede da proponente, com indicação do respectivo responsável técnico, e comprovação de que o mesmo é profissional do quadro permanente da operadora, caracterizado por vínculo societário ou





empregatício, devidamente comprovado por contrato social ou estatuto atualizado, no primeiro caso; e, por ficha de registro de empregado devidamente autenticada, no segundo caso, ou por meio de comprovação de registro como responsável técnico junto à Agência Nacional de Saúde - ANS;

- f) Certificado de Registro de Produtos emitido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, indicando os que estão sendo oferecidos ao presente edital;
- g) Declaração de possuir atendimento telefônico regional e/ou estadual (Município de Pomerode/SC), para atender ao grupo beneficiário, sendo uma linha destinada a reclamações e informações e outra, distinta, para marcação de consultas, exames e procedimentos médicos, que deverão ser divulgadas amplamente em até 10 (dez) dias antes do início da prestação dos serviços;
- h) Declaração expressa da participante de que tem conhecimento e aceita integralmente os termos do Edital e que assume integral responsabilidade, na forma da lei, pela autenticidade e veracidade de todos os documentos e informações incluídos na sua documentação e em sua proposta detalhada.

5. DO MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

5.1. O modelo de execução do objeto consiste em definir como o contrato será executado para produzir os resultados pretendidos, desde o seu início até o seu encerramento. Deve contemplar elementos como a descrição da dinâmica do contrato, prazo para início da execução, cronograma da execução, localidade da execução, descrição detalhada dos métodos ou rotinas de execução do trabalho e das etapas a serem executadas, tecnologias, metodologias e procedimentos a serem empregados, quantificação do volume de serviços demandados ou quantidade de bens a serem fornecidos, formas de transição contratual, dentre outros que a Administração Pública julgar necessários.

5.2. O objeto do presente termo será executado de acordo com toda a legislação indicada no **item 2.4 e no item 2.5** deste Termo de Referência.

5.3. O recebimento provisório ou definitivo do objeto não exclui a responsabilidade da contratada pelos prejuízos resultantes da incorreta execução do contrato.

5.4. Na contagem dos prazos, exclui-se o primeiro dia e inclui-se o dia final.

5.5. DO CUSTEIO

5.5.1. O Município de Pomerode proporcionará custeio parcial das mensalidades dos servidores, que integram o objeto da licitação na forma do Decreto Municipal n.º 4.574/2025 do Município de Pomerode/SC ou em norma posterior que venha a substituí-la, em proporção definida pelo dispositivo legal citado. O custeio das mensalidades dos dependentes ocorrerá integralmente por conta do servidor, bem como os valores referente a coparticipação.

5.5.2. Em todos os casos os respectivos valores serão retidos da folha de pagamento do servidor e repassados à operadora do plano de saúde.

5.6. DA NATUREZA DO CONTRATO

5.6.1. Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido no Inciso I do Artigo 1º da Lei Federal n.º 9.656/1998, de prestação de serviços continuada, a preço pré-estabelecido, com cobertura de custos de assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

5.6.2. A cobertura será dada para o tratamento das doenças definidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), limitada pelos procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento.





5.6.3. Os procedimentos deverão ser prestados por profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede própria ou credenciada pela operadora do plano de saúde.

5.6.4. O contrato deverá ser de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, conforme o disposto nos Artigos 458 a 461 do Código Civil Brasileiro e disposições do Código de Defesa do Consumidor.

5.7. DO TIPO DE CONTRATAÇÃO

5.7.1. Os contratos observarão o Regime de Contratação Coletivo Empresarial, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção à saúde prestada à população delimitada e vinculada estatutariamente ao Município de Pomerode, Fundos e Autarquia.

5.8. DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

5.8.1. Em atendimento ao que dispõe a Lei Ordinária Municipal n.º 3.012, de 18 de outubro de 2018 de Pomerode/SC, todos os servidores poderão possuir plano de saúde complementar.

5.8.2. A saber, todos os servidores do Município de Pomerode, Fundos e Autarquia que possuem vínculo empregatício (servidores ativos e inativos) poderão aderir ao plano, salvo somente quando forem dependentes de outros planos.

5.8.3. São considerados beneficiários do plano de saúde, os seguintes:

- I. Na qualidade de servidor (beneficiário titular): os ocupantes de cargo público, ativos e inativos da administração direta e indireta (fundo e autarquia);
- II. Na qualidade de dependentes do beneficiário titular, custeados integralmente por estes, os seguintes: 1) Cônjuge ou companheiro(a) com união estável sem concorrência com o cônjuge; 2) Filhos (inclusive com paternidade reconhecida judicial ou extrajudicialmente), enteados ou pessoa sob guarda, solteiros até 35 anos incompletos; 3) Tutelados ou curatelados do beneficiário titular por força de decisão judicial.

5.8.4. Uma vez optado por um plano o servidor deverá permanecer pelo período mínimo de 12 (doze) meses para poder optar por outro plano de outra empresa credenciada.

5.8.5. Eventual mudança de plano sujeita o servidor ao período de carência, conforme regras estabelecidas no presente Termo de Referência.

5.9. DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

5.9.1. O plano de saúde deverá ter área à seguinte abrangência geográfica mínima: o Município de Pomerode e sua região de saúde nos termos do Decreto Federal n.º 7.508/2011, que regulamenta a Lei Federal n.º 8.080/1990, que define como o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, englobando os Municípios de Gaspar e Blumenau.

5.9.2. Os atendimentos de urgência / emergência deverão ter área geográfica de abrangência nacional, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico, ressalvado o plano ambulatorial.

5.10. DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO NA INTERNAÇÃO

5.10.1. Nos casos de internação o plano deverá ofertar acomodação no mínimo em quarto coletivo (enfermaria), sendo que, não havendo disponibilidade para tal, a operadora deverá ofertar acomodação em padrão superior sem que haja qualquer ônus ao beneficiário, até que lhe seja disponibilizada a internação em quarto coletivo.





5.10.2. O Município de Pomerode, em atendimento à Lei Ordinária Municipal n.º 3.012, de 18 de Outubro de 2018, efetuará o pagamento de percentual que lhe compete tomando como base a acomodação em enfermaria.

5.10.3. Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada 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 operadora do plano de saúde.

5.11. DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

5.11.1. 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.

5.11.2. 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 OPERADORA, por médicos cooperados, profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe, observados os limites de carência estabelecidos neste Termo de Referência.

5.11.3. 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.

5.11.4. 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 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 OPERADORA, 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 OPERADORA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela OPERADORA; 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 Agência Nacional de Saúde Suplementar - 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 OPERADORA.
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 OPERADORA de planos privados de assistência a saúde do beneficiário receptor;
- 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.

5.11.5. 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.

5.11.6. 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.

5.11.7. 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 OPERADORA, vinculados a este produto.

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

5.11.9. 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.

5.11.10. O atendimento eletivo solicitado será assegurado pela OPERADORA 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.

5.11.11. 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.

5.11.12. As alterações nas coberturas obrigatórias, notadamente quanto às inclusões e exclusões de procedimentos e eventos em saúde, serão comunicadas aos beneficiários, além de poderem ser consultadas no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pois precedem de publicidade legal.

5.12. DOS PROCEDIMENTOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA

5.12.1. 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:

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/>





1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:
 - a) Emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - b) 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
 - c) 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 espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tum, 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 OPERADORA.
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 OPERADORA.

5.12.2. 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.

5.12.3. 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 OPERADORA.

5.12.4. 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, a CONTRATANTE pagará o valor integral despendido pela OPERADORA, incluindo as despesas administrativas e judiciais de honorários e custas processuais.

5.13. DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, REMOÇÃO E REEMBOLSO

5.13.1. Dos Serviços de Urgência e Emergência:

5.13.1.1. Entende-se por:

- a) **Emergência:** os atendimentos que implicarem em 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.

5.13.1.2. Os beneficiários inscritos pelo Município de Pomerode, Fundos e Autarquia terão direito, após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário no plano, a cobertura dos procedimentos de urgência e emergência, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.

5.13.1.3. Os beneficiários inscritos pelo Município de Pomerode, Fundos e Autarquia deverão ter direito, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela operadora do plano de saúde, dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano, ao reembolso das despesas com assistência à saúde (nos limites das obrigações contratuais), efetuadas pelos beneficiários titulares ou dependentes.

5.13.1.3.1. O titular ou dependente deve entregar à operadora do plano no prazo máximo de 01 (um) ano da data do atendimento ou da alta a documentação original relativa às despesas





efetuadas (recibo do pagamento, além de declaração do médico assistente de que se tratava de uma situação de urgência ou emergência). A operadora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual reembolso do valor.

5.13.1.4. O serviço de urgência/emergência terá cobertura em todo território nacional.

5.13.1.5. 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 OPERADORA cessará a partir da internação, ainda que ela se efetive dentro do período de 12 horas e assegurará a remoção nas condições previstas no item abaixo.

5.13.2. DA REMOÇÃO:

5.13.2.1. A OPERADORA 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 OPERADORA 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 OPERADORA 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.

5.13.2.2. 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 OPERADORA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

5.13.2.3. 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 CONTRATANTE e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a OPERADORA desse ônus.

5.13.2.4. A OPERADORA 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:

5.13.2.4.1. 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 OPERADORA, para um hospital da rede da OPERADORA vinculada a este contrato;





- b) De hospital ou pronto atendimento da rede da OPERADORA vinculada a este contrato, para outro hospital da rede da OPERADORA 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.

5.13.2.4.2. 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 OPERADORA, para um hospital da rede da OPERADORA 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.

Observação 01: 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 OPERADORA vinculada a este contrato, para estabelecimento não pertencente a rede da OPERADORA vinculada a este contrato.

Observação 02: 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 OPERADORA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

5.13.3. DO REEMBOLSO:

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

5.13.3.1.1. 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 OPERADORA ou credenciada a este plano de saúde. (Nos valores e limites contratuais).

5.13.3.1.2. 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 OPERADORA.

5.13.3.2. A solicitação de reembolso deverá ser formalizada pela CONTRATANTE ou beneficiário, junto a OPERADORA, no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta.

5.13.3.3. 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 OPERADORA na solicitação de serviço ou atendimento realizado pelo beneficiário ou responsável).

5.13.3.4. 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 OPERADORA junto a sua rede, deduzidos os valores relativos a coparticipação.

5.14. DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

5.14.1. 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.

5.14.2. 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 OPERADORA ou por outro médico de sua escolha, devendo neste caso, o beneficiário assumir o ônus financeiro da entrevista qualificada.

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

5.14.4. A OPERADORA 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 OPERADORA solicitará a abertura do processo administrativo perante a ANS, podendo utilizar-se de qualquer documento para comprovar a omissão de doença ou lesão preexistente.

5.14.5. Comprovada a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente, a OPERADORA 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.

5.14.6. 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.

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

5.14.8. Se na contratação ou adesão ao plano, tiver sido constatada a existência de doença ou lesão preexistente do beneficiário e a OPERADORA 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.

5.14.9. 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:

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/>





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

5.14.10. O prazo de 30 (trinta) dias da vinculação do titular à CONTRATANTE será contado a partir do primeiro dia subsequente ao término do contrato de experiência com prazo determinado.

5.14.11. 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.

5.14.12. 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.

5.14.13. 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.

5.15. DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

5.15.1. Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela OPERADORA, 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.

5.15.1.1. DA COPARTICIPAÇÃO

5.15.1.2. É a participação financeira na despesa assistencial, a título de fator moderador, a ser paga pela CONTRATANTE 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 operadora.</p> <p>Limite: R\$ por serviço ou quantidade realizada.</p>

5.15.1.3. 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.





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

5.15.1.5. 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.

5.15.1.6. 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.

5.15.1.7. A inadimplência dos valores apurados a títulos de coparticipação, sujeitará o CONTRATANTE às mesmas penalidades impostas à inadimplência das mensalidades.

5.15.1.8. DA HABILITAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

5.15.1.9. A OPERADORA fornecerá à CONTRATANTE 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.

5.15.1.10. Em caso de exclusão de beneficiários ou cancelamento deste contrato, é obrigação da CONTRATANTE devolver à OPERADORA os respectivos cartões individuais de identificação, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.

5.16. DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

5.16.1. Os serviços contratados serão prestados da seguinte forma:

5.16.1.1. Consultas Médicas: Os beneficiários são atendidos pelos médicos cooperados, indicados na relação divulgada pela OPERADORA, com agendamento prévio. As consultas de urgência e emergência na rede própria e credenciada serão prestadas pelo médico plantonista.

5.16.1.2. 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 OPERADORA, 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.

5.16.1.3. Sessões de psicoterapia: são realizadas pelos profissionais cooperados, credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da OPERADORA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da OPERADORA, 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.

5.16.1.4. atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: são realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da OPERADORA, 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 OPERADORA, e na indisponibilidade deste, da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, previamente autorizada pela OPERADORA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência), nos moldes dos normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.





5.16.1.5. Exames complementares e serviços auxiliares: o atendimento será executado nos prestadores que integram a rede prestadora da OPERADORA, 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 OPERADORA, e na indisponibilidade deste, da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião-dentista previamente autorizada pela OPERADORA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência), nos moldes dos normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

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

5.16.1.7. 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 OPERADORA, mediante apresentação do número da Requisição de Autorização emitida pelo médico solicitante através do sistema eletrônico da OPERADORA e de Receituário Médico, e agendamento prévio realizado pela Central de Agendamentos da OPERADORA, nos moldes dos normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

5.16.1.8. Terapia imunobiológica endovenosa, intramuscular ou subcutânea para tratamento de doenças previstas no ROL de Procedimentos da ANS: a OPERADORA 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 OPERADORA e de Receituário Médico com informações pertinentes da condição da doença atual e progressa, nos moldes dos normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

5.16.1.9. Fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para Colostomia, Ileostomia e Urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina: ocorrerá nos locais informados pela OPERADORA, 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 OPERADORA e do Protocolo de Utilização, preenchido pelo médico assistente, nos moldes dos normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

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

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

5.16.4. Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis, contados a partir da data da internação, para providenciar a autorização, sob pena da OPERADORA não se responsabilizar por qualquer despesa.

5.16.5. 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 OPERADORA, 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.





5.16.6. 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 OPERADORA, observadas as regras abaixo:

- a) O atendimento solicitado será assegurado pela OPERADORA 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 OPERADORA 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 OPERADORA.

5.16.7. A OPERADORA garantirá a liberação dos procedimentos em prazo suficiente a atender os normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

5.16.8. Os beneficiários com 60 (sessenta) anos ou mais, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos têm prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

5.16.9. As alterações na rede hospitalar observarão o Artigo 17 da Lei Federal n.º 9.656/1998, com a comunicação prévia nos casos de substituição ou autorização da ANS nos casos de redimensionamento por redução.

5.16.10. Condições diferenciadas de atendimento:

- a) A OPERADORA 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 OPERADORA 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 OPERADORA 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 OPERADORA 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 OPERADORA 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 OPERADORA 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 OPERADORA, justificando inclusive a negativa do atendimento quando for o caso.
5. O parecer do desempatador será acatado pela OPERADORA desde que o procedimento indicado no parecer conclusivo da junta esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos e Saúde da ANS vigentes à época do evento. Caso o profissional assistente não concorde com o parecer conclusivo da junta, a OPERADORA garantirá o profissional apto a realizar o procedimento.
6. É de responsabilidade da OPERADORA 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.

5.16.11. 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.

5.17. DO RECEBIMENTO DO OBJETO DO CREDENCIAMENTO

5.17.1. Fica definido que os serviços serão recebidos:

5.17.1.1. PROVISORIAMENTE, mediante recibo, para efeito de posterior verificação da conformidade do objeto com as especificações, devendo ser feito por pessoa credenciada pela CONTRATANTE.

5.17.1.2. DEFINITIVAMENTE, sendo expedido termo de recebimento definitivo, após verificação da qualidade e da quantidade do objeto, certificando-se de que todas as condições estabelecidas foram atendidas e, conseqüente aceitação das notas fiscais pelo gestor da contratação, devendo haver rejeição no caso de desconformidade.

5.17.2. Os bens e serviços serão recebidos definitivamente no prazo de 05 dias úteis, contados do recebimento provisório, após a verificação da qualidade e quantidade dos materiais e instalações e conseqüente aceitação mediante termo circunstanciado.

5.17.3. Na hipótese de a verificação a que se refere o subitem anterior não ser procedida dentro do prazo fixado, reputar-se-á como realizada, consumando-se o recebimento definitivo no dia do esgotamento do prazo.

5.17.4. O recebimento provisório ou definitivo do objeto não exclui a responsabilidade da CONTRATADA pelos prejuízos resultantes da incorreta execução do contrato.

5.17.5. Subcontratação: não será admitida a subcontratação ou terceirização do objeto licitado.

6. DO MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

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/>





6.1. O modelo de gestão do contrato, definido a partir do modelo de execução do objeto, descreve como a execução do objeto será acompanhada e fiscalizada pela organização contratante. Contempla os seguintes elementos: definição de quais atores da organização participarão das atividades de fiscalização e gestão do contrato, protocolos de comunicação entre contratante e contratada ao longo do contrato, procedimentos para a fiscalização técnica do contrato, procedimentos para a fiscalização administrativa do contrato, definição clara e detalhada das sanções administrativas, dentre outros elementos pertinentes.

6.2. A secretaria requisitante/demandante designará o Gestor do Contrato Administrativo e o Fiscal de Contrato por meio de portaria.

6.3. O Fiscal de Contrato será designado entre os agentes públicos vinculados ao setor requisitante ou a área técnica, para acompanhar e fiscalizar a prestação/entrega dos serviços/materiais, devendo anotar, em registro próprio, todas as ocorrências relacionadas com a entrega e determinar ao que for necessário à regularização de falhas observadas, nos termos do Decreto Municipal n.º 4.270/2023 e da Lei Federal n.º 14.133/2021.

6.4. A fiscalização é o mecanismo conferido à Administração Pública para assegurar que o objeto contratado será entregue na quantidade, qualidade e tempo devidos. Seu objetivo é aferir o cumprimento dos resultados previstos pela Administração para os serviços contratados, verificar a regularidade das obrigações previdenciárias, fiscais e trabalhistas, bem como prestar apoio à instrução processual e o encaminhamento da documentação pertinente ao setor de contratos para a formalização dos procedimentos relativos a repactuação, alteração, reequilíbrio, prorrogação, pagamento, eventual aplicação de sanções, extinção dos contratos, dentre outras, com vista a assegurar o cumprimento das cláusulas avençadas e a solução de problemas relativos ao objeto.

6.5. A função do Fiscal de Contrato é fiscalizar os aspectos operacionais e técnicos do contrato, de acordo com as atribuições indicadas no Artigo 16 do Decreto Municipal n.º 4.270/2023, em especial:

6.5.1. Esclarecer prontamente as dúvidas administrativas e técnicas, bem como divergências surgidas na execução do objeto contratado;

6.5.2. Expedir, através de notificações e/ou relatório de vistoria, qualquer ocorrência que impacte a execução contratual, solicitando a devida correção, no período máximo de 5 (cinco) dias úteis, nos casos em que não houver previsão contratual;

6.5.3. Proceder, conforme cronograma físico-financeiro, às medições do objeto executado e aprovar a planilha de medição emitida pela contratada ou conforme disposto em contrato;

6.5.4. Adotar as medidas preventivas de controle dos contratos, inclusive manifestar-se a respeito da suspensão da entrega de bens, da realização de serviços ou da execução de obras;

6.5.5. Conferir e certificar as faturas relativas às aquisições, serviços ou obras;

6.5.6. Proceder às avaliações dos serviços executados pela contratada;

6.5.7. Determinar, por todos os meios adequados, a observância das normas técnicas e legais, especificações e métodos de execução dos serviços exigíveis para a perfeita execução do objeto;

6.5.8. Exigir o uso correto dos equipamentos de proteção individual e coletiva de segurança do trabalho;

6.5.9. Determinar a retirada de qualquer empregado subordinado direta ou indiretamente à contratada, inclusive empregados de eventuais subcontratadas, ou as próprias subcontratadas, que, a seu critério, comprometam o bom andamento dos serviços;

6.5.10. Receber designação e manter contato com o preposto da contratada, e se for necessário, promover reuniões periódicas ou especiais para a resolução de problemas na entrega dos bens ou na execução dos serviços ou das obras;





6.5.11. Dar parecer técnico nos pedidos de alterações contratuais;

6.5.12. Verificar a correta aplicação dos materiais;

6.5.13. Requerer das empresas testes, exames e ensaios quando necessários, no sentido de promoção de controle de qualidade da execução das obras e serviços ou dos bens a serem adquiridos;

6.5.14. Propor ao gestor do contrato a abertura de procedimento administrativo para apuração de responsabilidade.

6.6. O fiscal deverá emitir relatório (com fotos, se for o caso) do antes e depois da prestação/entrega do serviço/material, para fins de comprovação da execução do contrato.

6.7. Todo e qualquer ônus decorrente da execução dos serviços licitados será de inteira responsabilidade da Contratada.

6.8. A fiscalização de que trata o item 6 (MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO) não exclui nem reduz a responsabilidade da CONTRATADA, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas ou vícios redibitórios, e, na ocorrência desta, não implica em corresponsabilidade da Administração ou de seus agentes e prepostos, em conformidade com o disposto no Artigo 119 da Lei Federal n.º 14.133/2021.

6.9. DA RESCISÃO CONTRATUAL

6.9.1. O atraso do pagamento das mensalidades superior a 30 (trinta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na rescisão do contrato firmado.

6.9.2. O contrato rescindir-se-á, também:

6.9.2.1. Imotivadamente, somente após a vigência mínima de 12 (doze) meses: Por iniciativa de qualquer das partes, mediante aviso prévio, por escrito de 30 (trinta) dias.

6.9.2.2. Motivadamente, a qualquer tempo, mediante aviso prévio, por escrito de 30 (trinta) dias:

- a) Se qualquer das partes infringir as cláusulas do instrumento contratual;
- b) Por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) titular/dependente;
- c) Se a pessoa jurídica contratante encerrar suas atividades.

7. DOS CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

7.1. Os valores a serem pagos mensalmente serão pré-estabelecidos por beneficiário inscrito e constarão na Proposta de Contratação, somada as coparticipações nos moldes do item Mecanismos de Regulação, podendo, à critério da OPERADORA, serem faturados em um único título indissociável.

7.2. A pessoa jurídica CONTRATANTE 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.

7.3. 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 CONTRATANTE no cadastro de restrição ao crédito.

7.4. Constatado o inadimplemento das contraprestações e coparticipações, a OPERADORA 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 a CONTRATANTE.





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

7.6. O extrato de coparticipação nos serviços prestados aos beneficiários estará disponível na área específica e restrita no portal da OPERADORA na internet.

7.7. Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à OPERADORA, para que não se sujeite a consequência da mora. A mesma responsabilidade cabe à CONTRATANTE que utiliza débito em conta corrente e este não ocorrer, independentemente do motivo.

7.8. 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.

7.9. 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, a CONTRATANTE pagará o valor integral despendido pela OPERADORA, incluindo as despesas administrativas e judiciais de honorários e custas processuais.

7.10. DO REAJUSTE

7.10.1. 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)

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

7.10.3. 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.

7.10.4. A SI (Sinistralidade Ideal) será de acordo a necessidade da OPERADORA 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.

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

7.10.6. 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)

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

7.10.8. Para obtenção deste percentual será apurado o índice VCMH – Variação do Custo Médico Hospitalar positivo e específico da OPERADORA, 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.

7.10.9. 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.

7.10.10. 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

7.10.11. 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 ao item 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.

7.10.12. 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).





7.10.13. 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:

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

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

7.10.15. Em nenhuma hipótese será concedido reajuste negativo.

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

7.10.17. 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.

7.10.18. 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.

7.10.19. 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.

7.10.20. 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

7.10.21. 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 OPERADORA 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:

I - Para obtenção do percentual do **IR** (Índice de Reajuste) para os contratos com menos de 100 (cem) beneficiários será apurado pela composição do Índice **VCMH** – Variação do Custo Médico Hospitalar positivo e específico da OPERADORA 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:

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

Logo,

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

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

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 OPERADORA, 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 OPERADORA 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





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

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

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

7.10.25. A CONTRATANTE poderá acompanhar as despesas e demais informações deste contrato, a qualquer tempo, através do seu acesso restrito no portal da OPERADORA.

7.10.26. Independentemente da data de ingresso de novas CONTRATANTES e/ou de beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral no mês de aniversário de vigência do contrato.

7.10.27. A OPERADORA 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 Contratante com acesso restrito, mediante login e senha informados na contratação deste plano.

7.11. DAS FAIXAS ETÁRIAS

7.11.1. O Município de Pomerode pagará à operadora por beneficiário inscrito, a título de mensalidade, os valores definidos no Anexo I da Lei Ordinária Municipal n.º 3.012/2018, alterada pela Lei Ordinária Municipal n.º 3.040/2019, sendo os mesmos valores atualizados conforme disposto no Anexo Único do Decreto Municipal n.º 4.574/2025 abaixo:

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

7.11.2. 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.

7.11.3. O 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.

7.11.4. As coparticipações estão previstas no item “5.15 – Dos Mecanismos de Regulação”.

8. DA FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

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/>





8.1. Os critérios de seleção são o meio de diferenciar as propostas apresentadas e fazer sobressair a proposta mais vantajosa para a Administração, respeitando o princípio da isonomia entre as licitantes.

8.2. O objeto do presente Termo de Referência está classificado como natureza comum, na qual há o fornecimento de serviços de plano de saúde e assistência médica, em sua forma contínua.

8.3. Não existe viabilidade de competição para o objeto definido, configurando-se a hipótese de se realizar um credenciamento por Inexigibilidade de licitação.

8.4. Para a presente contratação, será utilizado o Credenciamento por Inexigibilidade de Licitação, uma vez que se trata de fornecimento de serviço de plano de saúde e assistência médica, por ser mais vantajoso para a Administração Pública.

8.5. Os credenciados devem apresentar toda a documentação de Habilitação contida no Edital de Credenciamento, atentando-se para a qualificação técnica relativa ao objeto.

8.6. As propostas devem ser cadastradas na forma prevista no Edital de Credenciamento.

9. DAS ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

9.1. O Município de Pomerode pagará à operadora por beneficiário inscrito, a título de inscrição e mensalidade, os valores relacionados na proposta credenciada somadas às coparticipações previstas no item Mecanismos de Regulação.

9.2. O preço do plano será de acordo com a faixa etária do beneficiário, conforme relacionados na proposta credenciada e ressalvada as diferenças de valores entre as faixas etárias, não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser inclusos no contrato e aqueles já vinculados.

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

9.4. As mensalidades dos beneficiários serão automaticamente reajustadas quando estes completarem a idade limite da faixa etária a qual se encontra, ou seja, no mês subsequente ao do seu aniversário. Nesse caso, o novo valor da mensalidade será equivalente ao valor da faixa etária seguinte a qual se encontrava anteriormente.

9.5. O contrato com os credenciados terá como valor de referência, para fins de execução do contrato, o valor estimado equivalente à 60 contraprestações mensais, conforme o número de vidas (servidores ativos, inativos, bem como dependentes aderentes ao plano) e será revisto anualmente conforme o contingente de aderentes e não aderentes amealhados no período.

9.6. DA ESTIMATIVA DO NÚMERO DE USUÁRIOS

ESTIMATIVA DOS BENEFICIÁRIOS/DEPENDENTES DO MUNICÍPIO DE POMERODE	
FAIXA ETÁRIA (ANOS)	QUANTIDADE
0-18	120
19-23	14
24-28	13
29-33	21
34-38	45
39-43	73
44-48	62





49-53	66
54-58	55
ACIMA DE 59	92
TOTAL	561
Atualmente 561 Beneficiários/Dependentes do Município de Pomerode, Fundos e Autarquia possuem Plano de Saúde.	

SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE POMERODE	
FAIXA ETÁRIA (ANOS)	QUANTIDADE
0-18	2
19-23	51
24-28	76
29-33	120
34-38	185
39-43	237
44-48	237
49-53	170
54-58	108
ACIMA DE 59	90
TOTAL	1276
Atualmente o Município de Pomerode possui um total de 1276 servidores públicos.	

9.7. Assim, atendendo ao disposto no Artigo 23 e parágrafos da Lei Federal n.º 14.133/2021, bem como os Artigos 30 até 33 do Decreto Municipal n.º 4.270/2023, o Município de Pomerode procedeu à consulta de mercado para verificação dos preços e estimativa dos custos, concluindo que os valores da contraprestação estão de acordo com o mercado.

9.8. Os preços do fornecimento objeto deste contrato, vigentes na atual data, seguem a lógica da multiplicação do valor da coparticipação do município pelo número de beneficiários / dependentes de cada faixa etária, obtendo-se um valor total estimado conforme tabela abaixo:

ESTIMATIVA DO VALOR DE CONTRAPRESTAÇÃO		
COPARTICIPAÇÃO	BENEFICIÁRIOS/DEPENDENTES	VALORES POR FAIXA
R\$ 81,80	120	R\$ 9.816,00
R\$ 95,28	14	R\$ 1.333,92
R\$ 120,90	13	R\$ 1.571,70
R\$ 145,31	21	R\$ 3.051,51
R\$ 158,91	45	R\$ 7.150,95
R\$ 166,34	73	R\$ 12.142,82
R\$ 186,13	62	R\$ 11.540,06
R\$ 205,12	66	R\$ 13.537,92
R\$ 274,49	55	R\$ 15.096,95
R\$ 441,03	92	R\$ 40.574,76
ESTIMATIVA TOTAL MENSAL = R\$ 115.816,59 (cento e quinze mil oitocentos e dezesseis reais e cinquenta e nove centavos)		
ESTIMATIVA TOTAL PARA 60 MESES = R\$ 6.948.995,40 (seis milhões novecentos e quarenta e oito mil novecentos e noventa e cinco reais e quarenta centavos)		

9.9. Na tabela acima, apresentou-se a estimativa de custo para o plano mensal com valores de coparticipação, nos termos do Decreto Municipal n.º 4.574/2025 vigente. O contrato com os





credenciadores terá como valor de referência, para fins de execução do contrato, o valor estimado equivalente a 60 contraprestações mensais, conforme o número de vidas (beneficiários/dependentes) aderentes ao plano, sendo atualizado o valor anualmente até o cumprimento da vigência contratual de 60 (sessenta) meses.

10. DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

10.1. 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.

10.2. 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. As carteirinhas poderão ser disponibilizadas em meio eletrônico;
- 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.

11. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

11.1. Os recursos orçamentários necessários à realização do objeto de que trata o presente credenciamento, correrão por conta dos recursos do orçamento vigente, assim previstos:

DOTAÇÃO UTILIZADA					
Referência	Órgão	Unidade Orçamentária	Funcional	Modalidade 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 e Formação Empreendedora	003	0012.0122.0040.2110	33390	150010010000
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

12. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Eventuais dúvidas sobre a execução do contrato, durante o período de vigência contratual, serão esclarecidas pela Administração Municipal.

12.2. O conteúdo deste termo deverá ser juntado ao processo de licitação e vinculado ao instrumento convocatório respectivo, bem como a minuta do contrato; outras disposições correlatas poderão ser acrescentadas a licitação e ao contrato, para atender exigências legais específicas.

12.3. A empresa será responsável por eventuais danos provenientes de negligência, imperícia e/ou imprudência praticados por seus empregados, obrigando-se a substituí-los, ou a indenizar a Administração do prejuízo causado.

Pomerode / SC, 15 de Outubro de 2025.

DANIELA MULLER

Diretora de Recursos Humanos - MUNICÍPIO DE POMERODE

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/>

