MINUTA - EDITAL	
Pregão Eletrônico nº 17/2026	**Data de Abertura: 15/10/2026 às 14h** No sítio: www.gov.br/compras

OBJETO
Plano de assistência à saúde destinado aos servidores públicos ativos e inativos, pensionistas, vereadores e respectivos dependentes vinculados à Câmara Municipal de São José/SC
VALOR TOTAL MÁXIMO ACEITÁVEL
R$ 1.509.116,52 (um milhão, quinhentos e nove mil, cento e dezesseis reais e cinquenta e dois centavos).

REGISTRO DE PREÇO	VISTORIA	INSTRUMENTO CONTRATUAL	FORMA DE ADJUDICAÇÃO
NÃO	NÃO	CONTRATO	GLOBAL

LICIT. EXCLUSIVA ME/EPP?	RESERV. COTA ME/EPP?	AMOSTRA?
NÃO	NÃO	NÃO

PRAZO PARA ENVIO DA PROPOSTA/DOCUMENTAÇÃO INICIAL	PRAZO PARA ENVIO DA PROPOSTA FINAL, APÓS LANCES
A partir da publicação do Edital	Até 02 (duas) horas após convocação realizada pelo (a) Pregoeiro(a) no sistema.
PEDIDOS DE ESCLARECIMENTO	**IMPUGNAÇÕES**
Até 03 (três) dias úteis anteriores à data fixada para a abertura da sessão pública, para o e-mail: pregao@cmsj.sc.gov.br.	Até 03 (três) dias úteis anteriores à data fixada para a abertura da sessão pública, para o e-mail: pregao@cmsj.sc.gov.br ou presencialmente na sede da CMSJ.

OBSERVAÇÕES GERAIS
- Em caso de discordância existente entre as especificações dos itens descritas no Compras.gov.br e as especificações constantes deste Edital, prevalecerão as últimas, em especial as contidas no Termo de Referência.
Acompanhe as sessões públicas dos Pregões da CMSJ pelo endereço www.gov.br/compras, selecionando a opção "CONTRATAÇÕES", indicar "situação em andamento", informar o n° do Pregão/Compra e Cód. UASG "**928011**". O edital e outros anexos estão disponíveis para download no Compras.gov.br e no endereço https://camarasaojose.atende.net/transparencia/item/licitacoes-gerais#conteudo.
AVISO IMPORTANTE AOS LICITANTES A participação no presente certame implica plena ciência e aceitação das disposições da Lei nº 14.133/2021, especialmente quanto às sanções administrativas previstas em seu art. 155. O licitante que deixar de apresentar a documentação exigida, não mantiver a proposta, descumprir obrigações assumidas ou praticar atos que comprometam a regularidade do certame estará sujeito às sanções legais cabíveis, tais como advertência, multa, impedimento de licitar e contratar com a Administração e declaração de inidoneidade, sem prejuízo das demais cominações legais.

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 17/2026 **PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 1.077/2026**

A Câmara Municipal de São José/SC, por intermédio da Diretoria Geral, torna público que realizará licitação, na modalidade **PREGÃO ELETRÔNICO**, por meio do sistema eletrônico disponível no Portal de Compras do Governo Federal, com fundamento na Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, na Lei Complementar Federal nº 123, de 14 de dezembro de 2006, na Lei Municipal nº 6.601, de 26 de junho de 2026, e nas Resoluções da Câmara Municipal de São José nº 728 a 737, de 09 de outubro de 2023, bem como nas demais normas aplicáveis e nas condições estabelecidas neste Edital e seus anexos, adotando-se como critério de julgamento o MENOR PREÇO POR GRUPO.

Data da Sessão	15/10/2026
Horário	14h (Horário de Brasília)
Local	Portal de Compras do Governo Federal www.gov.br/compras
Código UASG	928011

No caso de não haver expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a abertura do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente de funcionamento da Câmara Municipal, se outra data não tiver sido definida pelo(a) Pregoeiro(a).

a) DO OBJETO

1.1 Constitui objeto da presente licitação a **contratação de plano de assistência à saúde destinado aos servidores públicos ativos e inativos, pensionistas, vereadores e respectivos dependentes vinculados à Câmara Municipal de São José/SC, compreendendo cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, consultas médicas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, internações hospitalares clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada pela operadora,** conforme especificações constantes do Termo de Referência (Anexo I) e demais anexos deste Edital.

1.2 A licitação será composta por 10 (dez) itens, correspondentes às faixas etárias previstas na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, reunidos em grupo único para fins de julgamento pelo menor preço global, em razão da interdependência econômica e atuarial dos itens que compõem o plano de assistência à saúde.

1.3 O critério de julgamento adotado será o **MENOR PREÇO GLOBAL**, observadas as exigências contidas neste Edital e em seus anexos.

1.4 Em caso de discordância existente entre as especificações dos itens descritas no Portal de Compras do Governo Federal (www.gov.br/compras) e as especificações constantes deste Edital, prevalecerão as do Edital.

b) DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

b.1. As despesas para atender a esta licitação estão programadas em dotação orçamentária própria, prevista no orçamento da CMSJ para o exercício de 2026, na seguinte classificação:

Unidade	Projeto/Atividade	Elemento de Despesa
01.001	2.001	3.3.90.39.05.00.00.00

2.2 Quando a vigência do instrumento contratual ultrapassar o exercício financeiro correspondente, as despesas decorrentes correrão à conta de dotações orçamentárias próprias consignadas nos exercícios subsequentes.

c) DA PARTICIPAÇÃO NA LICITAÇÃO

c.1. Poderão participar deste Pregão Eletrônico os interessados cujo ramo de atividade seja compatível com o objeto desta licitação e que estejam regularmente credenciados no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF.

3.1.1. Os interessados deverão atender às condições exigidas no cadastramento no Sicaf até o terceiro dia útil anterior à data prevista para recebimento das propostas.

c.2. O licitante responsabiliza-se exclusiva e formalmente pelas transações efetuadas em seu nome, assume como firmes e verdadeiras suas propostas e seus lances, inclusive os atos praticados diretamente ou por seu representante, excluída a responsabilidade do provedor do sistema ou do órgão ou entidade promotora da licitação por eventuais danos decorrentes de uso indevido das credenciais de acesso, ainda que por terceiros.

c.3. É de responsabilidade do cadastrado conferir a exatidão dos seus dados cadastrais nos Sistemas relacionados no item anterior e mantê-los atualizados junto aos órgãos responsáveis pela informação, devendo proceder, imediatamente, à correção ou à alteração dos registros tão logo identifique incorreção ou aqueles se tornem desatualizados.

c.4. A não observância do disposto no item anterior poderá ensejar inabilitação do licitante.

c.5. Não poderão participar desta licitação:

3.5.1 aquele que não atenda às condições deste Edital e seu(s) anexo(s);

3.5.2 autor do anteprojeto, do projeto básico ou do projeto executivo, pessoa física ou jurídica, quando a licitação versar sobre serviços ou fornecimento de bens a ele relacionados;

3.5.3 empresa, isoladamente ou em consórcio, responsável pela elaboração do projeto básico ou do projeto executivo, ou empresa da qual o autor do projeto seja dirigente, gerente, controlador, acionista ou detentor de mais de 5% (cinco por cento) do capital com direito a voto, responsável técnico ou subcontratado, quando a licitação versar sobre serviços ou fornecimento de bens a ela necessários;

3.5.4 pessoa física ou jurídica que se encontre, ao tempo da licitação, impossibilitada de participar da licitação em decorrência de sanção que lhe foi imposta;

3.5.5 aquele que mantenha vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente da Câmara Municipal de São José ou com agente público que desempenhe função na licitação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau;

3.5.6 empresas controladoras, controladas ou coligadas, nos termos da Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976, concorrendo entre si;

3.5.7 pessoa física ou jurídica que, nos 5 (cinco) anos anteriores à divulgação do edital, tenha sido condenada judicialmente, com trânsito em julgado, por exploração de

trabalho infantil, por submissão de trabalhadores a condições análogas às de escravo ou por contratação de adolescentes nos casos vedados pela legislação trabalhista;

3.5.8 agente público do órgão ou entidade licitante;

3.5.9 organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP, atuando nessa condição;

3.5.10 não poderá participar, direta ou indiretamente, da licitação ou da execução do contrato agente público do órgão ou entidade contratante, devendo ser observadas as situações que possam configurar conflito de interesses no exercício ou após o exercício do cargo ou emprego, nos termos da legislação que disciplina a matéria, conforme § 1º do art. 9º da Lei nº 14.133, de 2021.

3.6 O impedimento de que trata o item 3.5.4 será também aplicado ao licitante que atue em substituição a outra pessoa, física ou jurídica, com o intuito de burlar a efetividade da sanção a ela aplicada, inclusive a sua controladora, controlada ou coligada, desde que devidamente comprovado o ilícito ou a utilização fraudulenta da personalidade jurídica do licitante.

3.7 A critério da Administração e exclusivamente a seu serviço, o autor dos projetos e a empresa a que se referem os itens 3.5.2 e 3.5.3 poderão participar no apoio das atividades de planejamento da contratação, de execução da licitação ou de gestão do contrato, desde que sob supervisão exclusiva de agentes públicos do órgão ou entidade.

3.8 Equiparam-se aos autores do projeto as empresas integrantes do mesmo grupo econômico.

3.9 O disposto nos itens 3.5.2 e 3.5.3 não impede a licitação ou a contratação de serviço que inclua como encargo do contratado a elaboração do projeto básico e do projeto executivo, nas contratações integradas, e do projeto executivo, nos demais regimes de execução.

3.10 Em licitações e contratações realizadas no âmbito de projetos e programas parcialmente financiados por agência oficial de cooperação estrangeira ou por organismo financeiro internacional com recursos do financiamento ou da contrapartida nacional, não poderá participar pessoa física ou jurídica que integre o rol de pessoas sancionadas por essas entidades ou que seja declarada inidônea nos termos da Lei nº 14.133/2021.

3.11 A vedação de que trata o item 3.5.8 estende-se a terceiro que auxilie a condução da contratação na qualidade de integrante de equipe de apoio, profissional especializado ou funcionário ou representante de empresa que preste assessoria técnica.

d) DA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA E DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

d.1. Na presente licitação, a fase de habilitação sucederá as fases de apresentação de propostas e lances e de julgamento.

d.2. Os licitantes encaminharão, exclusivamente por meio do sistema eletrônico, a proposta com o preço ou o percentual de desconto, conforme o critério de julgamento adotado neste Edital, até a data e o horário estabelecidos para abertura da sessão pública.

d.3. Caso a fase de habilitação anteceda as fases de apresentação de propostas e lances, os licitantes encaminharão, na forma e no prazo estabelecidos no item anterior, simultaneamente os documentos de habilitação e a proposta com o preço ou o percentual de desconto, observado o disposto nos itens 8.1.1 deste Edital.

d.4. No cadastramento da proposta inicial, o licitante declarará, em campo próprio do sistema, que:

4.4.1. está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como de que a proposta apresentada compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos

de ajustamento de conduta vigentes na data de sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no instrumento convocatório;

4.4.2. não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7°, XXXIII, da Constituição;

4.4.3. não possui empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal;

4.4.4. cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.

d.5. O licitante organizado em cooperativa deverá declarar, ainda, em campo próprio do sistema eletrônico, que cumpre os requisitos estabelecidos no artigo 16 da Lei nº 14.133, de 2021.

d.6. O fornecedor enquadrado como microempresa, empresa de pequeno porte ou sociedade cooperativa deverá declarar, ainda, em campo próprio do sistema eletrônico, que cumpre os requisitos estabelecidos no artigo 3° da Lei Complementar nº 123, de 2006, estando apto a usufruir do tratamento favorecido estabelecido em seus arts. 42 a 49, observado o disposto nos §§ 1º ao 3º do art. 4º, da Lei n.º 14.133, de 2021.

d.7. A falsidade da declaração de que tratam os itens d.4 ou d.6 sujeitará o licitante às sanções previstas na Lei nº 14.133, de 2021, e neste Edital.

d.8. Os licitantes poderão retirar ou substituir a proposta ou, na hipótese de a fase de habilitação anteceder as fases de apresentação de propostas e lances e de julgamento, os documentos de habilitação anteriormente inseridos no sistema, até a abertura da sessão pública.

d.9. Não haverá ordem de classificação na etapa de apresentação da proposta e dos documentos de habilitação pelo licitante, o que ocorrerá somente após os procedimentos de abertura da sessão pública e da fase de envio de lances.

d.10. Serão disponibilizados para acesso público os documentos que compõem as propostas dos licitantes convocados para apresentação de propostas, após a fase de envio de lances.

d.11. Desde que disponibilizada a funcionalidade no sistema, o licitante poderá parametrizar o seu valor final mínimo ou o seu percentual de desconto máximo quando do cadastramento da proposta e obedecerá às seguintes regras:

4.11.1. a aplicação do intervalo mínimo de diferença de valores ou de percentuais entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação ao lance que cobrir a melhor oferta; e

4.11.2. os lances serão de envio automático pelo sistema, respeitado o valor final mínimo, caso estabelecido, e o intervalo de que trata o subitem acima.

d.12. O valor final mínimo ou o percentual de desconto final máximo parametrizado no sistema poderá ser alterado pelo fornecedor durante a fase de disputa, sendo vedado:

4.12.1. valor superior a lance já registrado pelo fornecedor no sistema, quando adotado o critério de julgamento por menor preço; e

4.12.2. percentual de desconto inferior a lance já registrado pelo fornecedor no sistema, quando adotado o critério de julgamento por maior desconto.

d.13. O valor final mínimo ou o percentual de desconto final máximo parametrizado na forma do item d.11 possuirá caráter sigiloso para os demais fornecedores e para o órgão ou entidade promotora da licitação, podendo ser disponibilizado estrita e permanentemente aos órgãos de controle externo e interno.

d.14. Caberá ao licitante interessado em participar da licitação acompanhar as operações no sistema eletrônico durante o processo licitatório e se responsabilizar pelo ônus decorrente da perda de negócios diante da inobservância de mensagens emitidas pela Administração ou de sua desconexão.

d.15. O licitante deverá comunicar imediatamente ao provedor do sistema qualquer acontecimento que possa comprometer o sigilo ou a segurança, para imediato bloqueio de acesso.
d.16. O licitante não poderá oferecer proposta em quantitativo inferior ao máximo previsto no edital.

e) DO PREENCHIMENTO DA PROPOSTA

e.1. Para participação na fase competitiva do certame, a licitante deverá registrar no sistema eletrônico os valores correspondentes aos itens que compõem o grupo, observadas as faixas etárias previstas neste Edital e no Termo de Referência.
e.2. Encerrada a fase de lances, a licitante provisoriamente classificada em primeiro lugar deverá apresentar a proposta comercial ajustada, conforme modelo constante do Anexo II, acompanhada de toda a documentação técnica exigida no Termo de Referência, inclusive dos documentos relativos à rede assistencial, abrangência geográfica, coparticipação e da Declaração de Conformidade Técnica do Produto Ofertado – Anexo IV, devendo constar da proposta comercial, quando aplicável, as informações relativas à metodologia de reajuste por agrupamento.
e.3. Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam ao licitante.
e.4. Nos valores propostos estarão inclusos todos os custos operacionais, encargos previdenciários, trabalhistas, tributários, comerciais e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente na execução do objeto.
e.5. Os preços ofertados, tanto na proposta inicial, quanto na etapa de lances, serão de exclusiva responsabilidade do licitante, não lhe assistindo o direito de pleitear qualquer alteração, sob alegação de erro, omissão ou qualquer outro pretexto.
e.6. Se o regime tributário da empresa implicar o recolhimento de tributos em percentuais variáveis, a cotação adequada será a que corresponde à média dos efetivos recolhimentos da empresa nos últimos doze meses.
e.7. Independentemente do percentual de tributo inserido na planilha, no pagamento serão retidos na fonte os percentuais estabelecidos na legislação vigente.
e.8. A apresentação da proposta implica a plena aceitação das condições estabelecidas neste Edital e seus anexos, especialmente do Termo de Referência, assumindo a licitante o compromisso de disponibilizar o plano de assistência à saúde e os serviços correlatos em conformidade com as coberturas, condições assistenciais, rede credenciada e demais requisitos exigidos para a execução contratual.
e.9. O prazo de validade da proposta não será inferior a 120 (cento e vinte) dias**,** a contar da data de sua apresentação.

f) DA ABERTURA DA SESSÃO, CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS E FORMULAÇÃO DE LANCES

f.1. A abertura da presente licitação dar-se-á automaticamente em sessão pública, por meio de sistema eletrônico, na data, horário e local indicados neste Edital.
f.2. Os licitantes poderão retirar ou substituir a proposta ou os documentos de habilitação, quando for o caso, anteriormente inseridos no sistema, até a abertura da sessão pública.
f.3. O sistema disponibilizará campo próprio para troca de mensagens entre o(a) Pregoeiro(a) e os licitantes.
f.4. Iniciada a etapa competitiva, os licitantes deverão encaminhar lances exclusivamente por meio de sistema eletrônico.
f.5. O lance deverá ser ofertado pelo valor unitário do item.

f.6. Os licitantes poderão oferecer lances sucessivos, observando o horário fixado para abertura da sessão e as regras estabelecidas no Edital.

f.7. O licitante somente poderá oferecer lance de valor inferior ou percentual de desconto superior ao último por ele ofertado e registrado pelo sistema.

f.8. O intervalo mínimo de diferença de valores ou percentuais entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação à proposta que cobrir a melhor oferta deverá ser **de R$ 200,00 (duzentos reais).**

f.9. O licitante poderá, uma única vez, excluir seu último lance ofertado, no intervalo de quinze segundos após o registro no sistema, na hipótese de lance inconsistente ou inexequível.

f.10. O procedimento seguirá de acordo com o modo de disputa “aberto”.

f.11. No modo de disputa “aberto”, os licitantes apresentarão lances públicos e sucessivos, com prorrogações automáticas.

a) A etapa de lances da sessão pública terá duração de 10 (dez) minutos e, após isso, será prorrogada automaticamente pelo sistema quando houver lance ofertado nos últimos dois minutos do período de duração da sessão pública.

b) A prorrogação automática da etapa de lances, de que trata o subitem anterior, será de 02 (dois) minutos e ocorrerá sucessivamente sempre que houver lances enviados nesse período de prorrogação, inclusive no caso de lances intermediários.

c) Não havendo novos lances na forma estabelecida nos itens anteriores, a sessão pública encerrar-se-á automaticamente, e o sistema ordenará e divulgará os lances conforme a ordem final de classificação.

d) Definida a melhor proposta, se a diferença em relação à proposta classificada em segundo lugar for de pelo menos 5% (cinco por cento), o(a) pregoeiro(a), auxiliado pela equipe de apoio, poderá admitir o reinício da disputa aberta, para a definição das demais colocações.

e) Após o reinício previsto no item supra, os licitantes serão convocados para apresentar lances intermediários.

f.12. Após o término dos prazos estabelecidos nos subitens anteriores, o sistema ordenará e divulgará os lances segundo a ordem crescente de valores.

f.13. Não serão aceitos dois ou mais lances de mesmo valor, prevalecendo aquele que for recebido e registrado em primeiro lugar.

f.14. Durante o transcurso da sessão pública, os licitantes serão informados, em tempo real, do valor do menor lance registrado, vedada a identificação do licitante.

f.15. No caso de desconexão com o(a) pregoeiro(a), no decorrer da etapa competitiva do Pregão, o sistema eletrônico poderá permanecer acessível aos licitantes para a recepção dos lances.

f.16. Quando a desconexão do sistema eletrônico para o(a) pregoeiro(a) persistir por tempo superior a 10 (dez) minutos, a sessão pública será suspensa e reiniciada somente após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da comunicação do fato pelo o(a) pregoeiro(a) aos participantes, no sítio eletrônico utilizado para divulgação.

f.17. Caso o licitante não apresente lances, concorrerá com o valor de sua proposta.

f.18. Em relação a itens não exclusivos para participação de microempresas e empresas de pequeno porte, uma vez encerrada a etapa de lances, será efetivada a verificação automática, junto à Receita Federal, do porte da entidade empresarial. O sistema identificará em coluna própria as microempresas e empresas de pequeno porte participantes, procedendo à comparação com os valores da primeira colocada, se esta for empresa de maior porte, assim como das demais classificadas, para o fim de aplicar-se o disposto nos arts. 44 e 45 da Lei Complementar nº 123, de 2006, regulamentada pelo Decreto nº 8.538, de 2015.

a) Nessas condições, as propostas de microempresas e empresas de pequeno porte que se encontrarem na faixa de até 5% (cinco por cento) acima da melhor proposta ou melhor lance serão consideradas empatadas com a primeira colocada.

b) A melhor classificada nos termos do subitem anterior terá o direito de encaminhar uma última oferta para desempate, obrigatoriamente em valor inferior ao da primeira colocada, no prazo de 5 (cinco) minutos controlados pelo sistema, contados após a comunicação automática para tanto.

c) Caso a microempresa ou a empresa de pequeno porte melhor classificada desista ou não se manifeste no prazo estabelecido, serão convocadas as demais licitantes microempresa e empresa de pequeno porte que se encontrem naquele intervalo de 5% (cinco por cento), na ordem de classificação, para o exercício do mesmo direito, no prazo estabelecido no subitem anterior.

d) No caso de equivalência dos valores apresentados pelas microempresas e empresas de pequeno porte que se encontrem nos intervalos estabelecidos nos subitens anteriores, será realizado sorteio entre elas para que se identifique aquela que primeiro poderá apresentar melhor oferta.

f.19. Só poderá haver empate entre propostas iguais (não seguidas de lances), ou entre lances finais da fase fechada do modo de disputa aberto e fechado.

a) Havendo eventual empate entre propostas ou lances, o critério de desempate será aquele previsto no art. 60 da Lei nº 14.133, de 2021, nesta ordem:

f.19.a.1. disputa final, hipótese em que os licitantes empatados poderão apresentar nova proposta em ato contínuo à classificação;

f.19.a.2. avaliação do desempenho contratual prévio dos licitantes, para a qual deverão preferencialmente ser utilizados registros cadastrais para efeito de atesto de cumprimento de obrigações previstos nesta Lei;

f.19.a.3. desenvolvimento pelo licitante de ações de equidade entre homens e mulheres no ambiente de trabalho, conforme regulamento;

f.19.a.4. desenvolvimento pelo licitante de programa de integridade, conforme orientações dos órgãos de controle.

b) Persistindo o empate, será assegurada preferência, sucessivamente, aos bens e serviços produzidos ou prestados por:

f.19.b.1. empresas estabelecidas no território do Estado ou do Distrito Federal do órgão ou entidade da Administração Pública estadual ou distrital licitante ou, no caso de licitação realizada por órgão ou entidade de Município, no território do Estado em que este se localize;

f.19.b.2. empresas brasileiras;

f.19.b.3. empresas que invistam em pesquisa e no desenvolvimento de tecnologia no País;

f.19.b.4. empresas que comprovem a prática de mitigação, nos termos da Lei nº 12.187, de 29 de dezembro de 2009.

f.20. Encerrada a etapa de envio de lances da sessão pública, na hipótese da proposta do primeiro colocado permanecer acima do preço máximo ou inferior ao desconto definido para a contratação, o(a) pregoeiro(a) poderá negociar condições mais vantajosas, após definido o resultado do julgamento.

6.20.1. A negociação poderá ser feita com os demais licitantes, segundo a ordem de classificação inicialmente estabelecida, quando o primeiro colocado, mesmo após a negociação, for desclassificado em razão de sua proposta permanecer acima do preço máximo definido pela Administração.

6.20.2. A negociação será realizada por meio do sistema, podendo ser acompanhada pelos demais licitantes.

6.20.3. O resultado da negociação será divulgado a todos os licitantes e anexado aos autos do processo licitatório.

6.20.4. O(a) pregoeiro(a) solicitará ao licitante mais bem classificado que, no prazo de 2 (duas) horas, envie a proposta adequada ao último lance ofertado após a negociação

realizada, acompanhada, se for o caso, dos documentos complementares, quando necessários à confirmação daqueles exigidos neste Edital e já apresentados.

6.20.5. É facultado ao(à) pregoeiro(a) prorrogar o prazo estabelecido, a partir de solicitação fundamentada feita no chat pelo licitante, antes de findo o prazo.

f.21. Após a negociação do preço, o(a) pregoeiro(a) iniciará a fase de aceitação e julgamento da proposta.

g) DA FASE DE JULGAMENTO

g.1. Encerrada a etapa de negociação, o(a) pregoeiro(a) verificará se o licitante provisoriamente classificado em primeiro lugar atende às condições de participação no certame, conforme previsto no art. 14 da Lei nº 14.133/2021, legislação correlata e no item c.5 do edital, especialmente quanto à existência de sanção que impeça a participação no certame ou a futura contratação, mediante a consulta aos seguintes cadastros:

7.1.1. SICAF;

7.1.2. Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS, mantido pela Controladoria-Geral da União (https://www.portaltransparencia.gov.br/sancoes/ceis); e

7.1.3. Cadastro Nacional de Empresas Punidas – CNEP, mantido pela Controladoria-Geral da União (https://www.portaltransparencia.gov.br/sancoes/cnep).

7.2. A consulta aos cadastros será realizada em nome da empresa licitante e também de seu sócio majoritário, por força da vedação de que trata o artigo 12 da Lei n° 8.429, de 1992.

7.3. Caso conste na Consulta de Situação do licitante a existência de Ocorrências Impeditivas Indiretas, o(a) pregoeiro(a) diligenciará para verificar se houve fraude por parte das empresas apontadas no Relatório de Ocorrências Impeditivas Indiretas.

7.3.1. A tentativa de burla será verificada por meio dos vínculos societários, linhas de fornecimento similares, dentre outros.

7.3.2. O licitante será convocado para manifestação previamente a uma eventual desclassificação.

7.3.3. Constatada a existência de sanção, o licitante será excluído do certame, por falta de condição de participação.

7.4. Na hipótese de inversão das fases de habilitação e julgamento, caso atendidas as condições de participação, será iniciado o procedimento de habilitação.

7.5. Caso o licitante provisoriamente classificado em primeiro lugar tenha se utilizado de algum tratamento favorecido às microempresas e empresas de pequeno porte (ME/EPP), o(a) pregoeiro(a) verificará se faz jus ao benefício, em conformidade com o item d.6 deste edital.

7.6. Verificadas as condições de participação e de utilização do tratamento favorecido, o(a) pregoeiro(a) examinará a proposta classificada em primeiro lugar quanto à adequação ao objeto e à compatibilidade do preço em relação ao máximo estipulado para contratação neste Edital e em seus anexos.

7.7. Será desclassificada a proposta vencedora que:

7.7.1. contiver vícios insanáveis;

7.7.2. não obedecer às especificações técnicas contidas no Termo de Referência;

7.7.3. apresentar preços inexequíveis ou permanecer acima do preço máximo definido para a contratação;

7.7.4. não tiverem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração;

7.7.5. apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus anexos, desde que insanável.

7.8. Se houver indícios de inexequibilidade da proposta de preço, ou em caso da necessidade de esclarecimentos complementares, poderão ser efetuadas diligências, para que a empresa comprove a exequibilidade da proposta.
7.9. Para fins de análise da proposta quanto ao cumprimento das especificações do objeto, poderá ser colhida a manifestação escrita da Unidade Requisitante ou da área técnica vinculada ao objeto.
7.10. A aceitabilidade da proposta dependerá da análise da documentação técnica apresentada pela licitante, inclusive da Declaração de Conformidade Técnica do Produto Ofertado, da relação da rede assistencial e dos demais documentos exigidos no Termo de Referência, destinados à comprovação:
I – da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto;
II – do atendimento da Área Mínima Exigida na Contratação;
III – da disponibilidade da Rede Assistencial Mínima;
IV – da disponibilidade, no Município de São José/SC, dos serviços integrantes da Rede Assistencial Local exigidos no item 7.3.3 do Termo de Referência;
V – das condições de cobertura e das demais exigências técnicas estabelecidas no Edital e em seus anexos.
7.11. Quando exigida amostra no Termo de Referência, o licitante classificado em primeiro lugar deverá apresentá-la, conforme disciplinado no Termo de Referência, sob pena de não aceitação da proposta.
7.12. Por meio de mensagem no sistema, será divulgado o local e horário de realização do procedimento para a avaliação das amostras, se for o caso, cuja presença será facultada a todos os interessados, incluindo os demais licitantes.

Os resultados das avaliações serão divulgados por meio de mensagem no sistema.

7.13. No caso de não haver entrega da amostra ou ocorrer atraso na entrega, sem justificativa aceita pelo(a) pregoeiro(a), ou havendo entrega de amostra fora das especificações previstas neste Edital, a proposta do licitante será recusada.
7.14. Se a(s) amostra(s) apresentada(s) pelo primeiro classificado não for(em) aceita(s), o(a) pregoeiro(a) analisará a aceitabilidade da proposta ou lance ofertado pelo segundo classificado. Seguir-se-á com a verificação da(s) amostra(s) e, assim, sucessivamente, até a verificação de amostra que atenda às especificações constantes no Termo de Referência.

8. DA HABILITAÇÃO

8.1. Os documentos previstos no Termo de Referência, necessários e suficientes para demonstrar a capacidade do licitante de realizar o objeto da licitação, serão exigidos para fins de habilitação, nos termos dos arts. 62 a 70 da Lei nº 14.133, de 2021.

8.1.1. A documentação exigida para fins de habilitação jurídica, fiscal, social e trabalhista e econômico-financeira, poderá ser substituída pelo registro cadastral no SICAF.

8.2. Quando permitida a participação de empresas estrangeiras que não funcionem no País, as exigências de habilitação serão atendidas mediante documentos equivalentes, inicialmente apresentados em tradução livre.
8.3. Na hipótese de o licitante vencedor ser empresa estrangeira que não funcione no País, para fins de assinatura do contrato, os documentos exigidos para a habilitação serão traduzidos por tradutor juramentado no País e apostilados nos termos do disposto no Decreto nº 8.660, de 29 de janeiro de 2016, ou de outro que venha a substituí-lo, ou consularizados pelos respectivos consulados ou embaixadas.

8.4. Quando permitida a participação de consórcio de empresas, a habilitação técnica, quando exigida, será feita por meio do somatório dos quantitativos de cada consorciado e, para efeito de habilitação econômico-financeira, quando exigida, será observado o somatório dos valores de cada consorciado.

8.5. Os documentos exigidos para habilitação poderão ser apresentados em formato digital, admitida a verificação de autenticidade por meio eletrônico.

8.6. Será verificado se o licitante apresentou no sistema, sob pena de inabilitação, a declaração de que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.

8.7. A habilitação será verificada por meio do Sicaf, nos documentos por ele abrangidos.

8.7.1. Somente haverá a necessidade de comprovação do preenchimento de requisitos mediante apresentação dos documentos originais não-digitais quando houver dúvida em relação à integridade do documento digital ou quando a lei expressamente o exigir.

8.8. É de responsabilidade do licitante conferir a exatidão dos seus dados cadastrais no Sicaf e mantê-los atualizados junto aos órgãos responsáveis pela informação, devendo proceder, imediatamente, à correção ou à alteração dos registros tão logo identifique incorreção ou aqueles se tornem desatualizados.

8.8.1. A não observância do disposto no item anterior poderá ensejar inabilitação do licitante.

8.9. A verificação pelo(a) pregoeiro(a), em sítios eletrônicos oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões constitui meio legal de prova, para fins de habilitação.

8.9.1. Os documentos exigidos para habilitação que não estejam contemplados no Sicaf serão enviados por meio do sistema, em formato digital, no prazo de 02 (duas) horas, prorrogável por igual período, contado da solicitação do(a) pregoeiro(a).

8.9.2. Na hipótese de a fase de habilitação anteceder a fase de apresentação de propostas e lances, os licitantes encaminharão, por meio do sistema, simultaneamente os documentos de habilitação e a proposta com o preço ou o percentual de desconto.

8.10. A verificação no Sicaf ou a exigência dos documentos nele não contidos somente será feita em relação ao licitante vencedor.

8.10.1. Os documentos relativos à regularidade fiscal que constem do Termo de Referência somente serão exigidos, em qualquer caso, em momento posterior ao julgamento das propostas, e apenas do licitante mais bem classificado.

8.10.2. Respeitada a exceção do subitem anterior, relativa à regularidade fiscal, quando a fase de habilitação anteceder as fases de apresentação de propostas e lances e de julgamento, a verificação ou exigência do presente subitem ocorrerá em relação a todos os licitantes.

8.11. Após a entrega dos documentos para habilitação, não será permitida a substituição ou a apresentação de novos documentos, salvo em sede de diligência, para (Lei 14.133/21, art. 64):

8.11.1. complementação de informações acerca dos documentos já apresentados pelos licitantes e desde que necessária para apurar fatos existentes à época da abertura do certame; e

8.11.2. atualização de documentos cuja validade tenha expirado após a data de recebimento das propostas;

8.12. Na análise dos documentos de habilitação, o pregoeiro(a) poderá sanar erros ou falhas, que não alterem a substância dos documentos e sua validade jurídica, mediante decisão fundamentada, registrada em ata e acessível a todos, atribuindo-lhes eficácia para fins de habilitação e classificação.

8.13. Na hipótese de o licitante não atender às exigências para habilitação, o(a) pregoeiro(a) examinará a proposta subsequente e assim sucessivamente, na ordem de classificação, até a apuração de uma proposta que atenda ao presente edital, observado o prazo disposto no subitem 8.9.1.

8.14. Somente serão disponibilizados para acesso público os documentos de habilitação do licitante classificado em primeiro lugar, após concluídos os procedimentos de habilitação.
8.15. A comprovação de regularidade fiscal e trabalhista das microempresas e das empresas de pequeno porte somente será exigida para efeito de contratação, e não como condição para participação na licitação (art. 4º do Decreto nº 8.538/2015).
8.16. Quando a fase de habilitação anteceder a de julgamento e já tiver sido encerrada, não caberá exclusão de licitante por motivo relacionado à habilitação, salvo em razão de fatos supervenientes ou só conhecidos após o julgamento.

9. DOS RECURSOS

9.1 A interposição de recurso referente ao julgamento das propostas, à habilitação ou inabilitação de licitantes, à anulação ou revogação da licitação, observará o disposto no art. 165 da Lei nº 14.133, de 2021.
9.2 O prazo recursal é de 3 (três) dias úteis, contados da data de intimação ou de lavratura da ata.
9.3 Quando o recurso apresentado impugnar o julgamento das propostas ou o ato de habilitação ou inabilitação do licitante:

9.3.1. a intenção de recorrer deverá ser manifestada imediatamente, sob pena de preclusão;
9.3.2. o prazo para a manifestação da intenção de recorrer não será inferior a 10 (dez) minutos.
9.3.3. o prazo para apresentação das razões recursais será iniciado na data de intimação ou de lavratura da ata de habilitação ou inabilitação;
9.3.4. na hipótese de adoção da inversão de fases prevista no § 1º do art. 17 da Lei nº 14.133, de 2021, o prazo para apresentação das razões recursais será iniciado na data de intimação da ata de julgamento.

9.4. Os recursos deverão ser encaminhados em campo próprio do sistema.
9.5. O recurso será dirigido à autoridade que tiver editado o ato ou proferido a decisão recorrida, a qual poderá reconsiderar sua decisão no prazo de 3 (três) dias úteis, ou, nesse mesmo prazo, encaminhar recurso para a autoridade superior, a qual deverá proferir sua decisão no prazo de até 10 (dez) dias úteis, contado do recebimento dos autos.
9.6. Os recursos interpostos fora do prazo não serão conhecidos.
9.7. O prazo para apresentação de contrarrazões ao recurso pelos demais licitantes será de 3 (três) dias úteis, contados da data da intimação pessoal ou da divulgação da interposição do recurso, assegurada a vista imediata dos elementos indispensáveis à defesa de seus interesses.
9.8. O recurso e o pedido de reconsideração terão efeito suspensivo do ato ou da decisão recorrida até que sobrevenha decisão final da autoridade competente.
9.9. O acolhimento do recurso invalida tão somente os atos insuscetíveis de aproveitamento.
9.10. Os autos do processo permanecerão com vista franqueada aos interessados na Câmara Municipal de São José.

10. DAS INFRAÇÕES ADMINISTRATIVAS E SANÇÕES

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

10.1.1. deixar de entregar a documentação exigida para o certame ou não entregar qualquer documento que tenha sido solicitado pelo(a) pregoeiro(a) durante o certame;

10.1.2. salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado, não mantiver a proposta, em especial quando:

10.1.2.1 não enviar a proposta adequada ao último lance ofertado ou após a negociação;

10.1.2.2 recusar-se a enviar o detalhamento da proposta quando exigível;

10.1.2.3 pedir para ser desclassificado quando encerrada a etapa competitiva; ou

10.1.2.4 deixar de apresentar amostra;

10.1.2.5 apresentar proposta ou amostra em desacordo com as especificações do edital;

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

10.1.3.1. recusar-se, sem justificativa, a assinar o contrato ou a ata de registro de preços, ou a aceitar ou retirar o instrumento equivalente no prazo estabelecido pela Administração;

10.1.4. apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante a licitação;

10.1.5. fraudar a licitação;

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

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

10.1.6.2. induzir deliberadamente a erro no julgamento;

10.1.6.3. apresentar amostra falsificada ou deteriorada;

10.1.7. praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da licitação;

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

10.2. Com fulcro na Lei nº 14.133, de 2021, a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos licitantes e/ou adjudicatários as seguintes sanções, sem prejuízo das responsabilidades civil e criminal:

10.2.1. advertência;

10.2.2. multa;

10.2.3. impedimento de licitar e contratar; e

10.2.4. declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida sua reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

10.3. Na aplicação das sanções serão considerados:

10.3.1. a natureza e a gravidade da infração cometida;

10.3.2. as peculiaridades do caso concreto;

10.3.3. as circunstâncias agravantes ou atenuantes;

10.3.4. os danos que dela provierem para a Administração Pública;

10.3.5. a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

10.4. A multa será aplicada no percentual de 0,5% a 30% sobre o valor estimado da contratação ou do contrato, conforme o caso, recolhida no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, a contar da comunicação oficial.

10.4.1. Para as infrações previstas nos itens 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3, a multa será de 0,5% a 15% do valor do contrato licitado.

10.4.2. Para as infrações previstas nos itens 10.1.4, 10.1.5, 10.1.6, 10.1.7 e 10.1.8, a multa será de 15% a 30% do valor do contrato licitado.

10.5. As sanções de advertência, impedimento de licitar e contratar e declaração de inidoneidade para licitar ou contratar poderão ser aplicadas, cumulativamente ou não, à penalidade de multa.

10.6. Na aplicação da sanção de multa será facultada a defesa do interessado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação.

10.7. A sanção de impedimento de licitar e contratar será aplicada ao responsável em decorrência das infrações administrativas relacionadas nos itens 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave, e impedirá o responsável de licitar e contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta do ente federativo a qual pertencer o órgão ou entidade, pelo prazo máximo de 3 (três) anos.
10.8. Poderá ser aplicada ao responsável a sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, em decorrência da prática das infrações dispostas nos itens 10.1.4, 10.1.5, 10.1.6, 10.1.7 e 10.1.8, bem como pelas infrações administrativas previstas nos itens 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3 que justifiquem a imposição de penalidade mais grave que a sanção de impedimento de licitar e contratar, cuja duração observará o prazo previsto no art. 156, §5º, da Lei n.º 14.133/2021.
10.9. A recusa injustificada do adjudicatário em assinar o contrato ou aceitar o instrumento equivalente no prazo estabelecido pela Administração, na hipótese prevista no item 10.1.3, caracterizará descumprimento total da obrigação assumida e o sujeitará às penalidades legalmente cabíveis.
10.10. A apuração de responsabilidade relacionadas às sanções de impedimento de licitar e contratar e de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar demandará a instauração de processo de responsabilização a ser conduzido nos termos de Resolução da Câmara Municipal de São José.
10.11. A aplicação das sanções previstas neste edital não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral dos danos causados.
10.12. O recurso administrativo interposto contra a aplicação das sanções previstas neste Edital terá efeito suspensivo automático, obstando a execução da penalidade e o seu registro cadastral até que sobrevenha a decisão final da autoridade competente.
10.13. Acolhida a impugnação, será definida e publicada nova data para a realização do certame.

11 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Será divulgada ata da sessão pública no sistema eletrônico.
11.2. Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário anteriormente estabelecido, desde que não haja comunicação em contrário, pelo(a) Pregoeiro(a).
11.3. Todas as referências de tempo no Edital, no aviso e durante a sessão pública observarão o horário de Brasília - DF.
11.4. A homologação do resultado desta licitação não implicará direito à contratação.
11.5. As normas disciplinadoras da licitação serão interpretadas em favor da competitividade e da seleção da proposta mais vantajosa, desde que não comprometam o interesse público, a isonomia, a finalidade e a segurança da contratação.
11.6. Os licitantes assumem todos os custos de preparação e apresentação de suas propostas e a Administração não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado do processo licitatório.
11.7. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus Anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente na Administração.
11.8. O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará o afastamento do licitante, desde que seja possível o aproveitamento do ato, observados os princípios da isonomia e do interesse público.

11.9. O Edital e seus anexos estão disponíveis, na íntegra, no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP) e endereço eletrônico www.cmsj.sc.gov.br.

12 ANEXOS

Anexo I: Termo de Referência;
Anexo II: Modelo da Proposta Comercial;
Anexo III: Modelo de Atestado de Capacidade Técnica;
Anexo IV: Modelo de Declaração de Conformidade Técnica do Produto Ofertado
Anexo V: Minuta do Contrato.

São José/SC, 25 de SETEMBRO de 2026.

_____

Márcia Aparecida de Lima
Diretora Geral

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

Unidade Requisitante
Coordenação De Recursos Humanos

1. OBJETO

Plano de assistência à saúde destinado aos servidores públicos ativos e inativos, pensionistas, vereadores e respectivos dependentes vinculados à Câmara Municipal de São José/SC

1.1. Especificações e quantidades

O Plano de assistência à saúde compreende a prestação de serviços de assistência suplementar à saúde, com cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, consultas médicas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, internações hospitalares clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada pela operadora.

As especificações, os requisitos técnicos, assistenciais, operacionais e de atendimento estabelecidos neste Termo de Referência foram definidos com base nas necessidades institucionais e assistenciais identificadas pela Câmara Municipal de São José, consideradas as características e a localização dos beneficiários, a necessidade de continuidade da assistência, a facilidade de acesso aos serviços de saúde e as peculiaridades da contratação.

As disposições deste Termo de Referência deverão ser interpretadas de forma sistemática e integrada com a Lei Municipal nº 6.601, de 26 de junho de 2026, especialmente quanto à definição do Plano de Referência, à elegibilidade dos beneficiários, ao custeio do benefício e ao patrocínio institucional, bem como com a Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com a Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, com as normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e com as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis.

Os requisitos específicos estabelecidos pela CONTRATANTE constituem condições de aceitação da proposta e de execução do contrato e deverão ser observados sem prejuízo das coberturas, garantias, direitos dos beneficiários e padrões mínimos previstos na legislação e na regulamentação da saúde suplementar. Tais requisitos não alteram, por si sós, a segmentação assistencial, a área geográfica de abrangência, a área de atuação ou as demais características do produto registradas perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Para fins deste Termo de Referência, consideram-se:

• Área geográfica de abrangência: classificação territorial do produto registrada perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que delimita o espaço geográfico em que a operadora fica obrigada a garantir as coberturas assistenciais contratadas, podendo ser municipal, grupo de municípios, estadual, grupo de estados ou nacional.

• Área de atuação do produto: identificação nominal dos municípios ou estados integrantes da área geográfica de abrangência em que a operadora deverá garantir as coberturas assistenciais do produto,

conforme as informações constantes de seu registro perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

• Área Mínima Exigida na Contratação: conjunto mínimo de municípios indicado neste Termo de Referência que deverá estar integralmente contemplado na área geográfica de abrangência e na área de atuação do produto ofertado como Plano de Referência. A exigência possui natureza contratual e não constitui modalidade de abrangência geográfica distinta das classificações estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sendo admitida a oferta de produto com abrangência territorial superior.

• Autorização: procedimento administrativo adotado pela operadora para análise e liberação de determinados procedimentos assistenciais, quando admitido pela legislação, pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS ou pelas condições do produto contratado, não podendo constituir restrição indevida ao acesso dos beneficiários aos serviços cobertos.

• Beneficiário dependente: aquele vinculado ao beneficiário titular, conforme as condições estabelecidas neste Termo de Referência, na Lei Municipal nº 6.601, de 26 de junho de 2026, e na regulamentação vigente.

• Beneficiário titular: pessoa enquadrada em uma das categorias previstas no item 4.1 deste Termo de Referência, observadas as respectivas condições de elegibilidade e as disposições da Lei Municipal nº 6.601/2026, da Lei Federal nº 9.656/1998 e da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

• Coparticipação: mecanismo de regulação financeira mediante o qual o beneficiário participa do custeio de procedimentos cobertos pelo Plano de Assistência à Saúde, observados os limites, critérios e condições estabelecidos neste Termo de Referência, na proposta comercial, no contrato, na Lei Municipal nº 6.601, de 26 de junho de 2026, e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

• Contraprestação pecuniária: valor mensal devido pela manutenção do Plano de Assistência à Saúde, correspondente à mensalidade do beneficiário, excluídos os valores decorrentes de coparticipação.

• Doença ou Lesão Preexistente (DLP): aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao Plano de Assistência à Saúde.

• Emergência: situação que implique risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

• Maternidade: estabelecimento hospitalar ou unidade hospitalar apta à realização de atendimentos obstétricos, acompanhamento da gestação, assistência ao parto e ao puerpério, dispondo da estrutura necessária ao atendimento materno e neonatal, observadas as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e da legislação sanitária vigente.

• Mecanismos de Regulação: conjunto de procedimentos administrativos, assistenciais e operacionais adotados pela operadora com a finalidade de disciplinar o acesso, a utilização e o acompanhamento dos serviços cobertos pelo Plano de Assistência à Saúde, compreendendo, entre outros, autorizações, auditorias, protocolos assistenciais, direcionamento da rede assistencial, coparticipação e demais instrumentos admitidos pela legislação e pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar

– ANS, observado que sua utilização não poderá impor restrições indevidas, barreiras administrativas desproporcionais ou comprometer o acesso oportuno dos beneficiários aos serviços contratados.

• Plano de Referência: para fins desta contratação, considera-se Plano de Referência, nos termos da Lei Municipal nº 6.601, de 26 de junho de 2026, o plano de assistência à saúde adotado pela Câmara Municipal de São José como referencial para o cálculo do patrocínio institucional, correspondente ao produto que atenda às especificações mínimas de cobertura, segmentação assistencial, padrão de acomodação, área geográfica de abrangência, área de atuação, rede assistencial e demais condições estabelecidas neste Termo de Referência. A denominação possui natureza administrativa e contratual e não se confunde com a segmentação assistencial "Referência" nem com o plano-referência previsto no art. 10 da Lei Federal nº 9.656/1998.

• Produto Adicional: Plano de Assistência à Saúde disponibilizado pela operadora de plano de assistência à saúde em padrão diverso ou superior ao Plano de Referência, cuja adesão é facultativa ao beneficiário e cujo custeio observará as condições previstas neste Edital, neste Termo de Referência, no contrato e na Lei Municipal nº 6.601, de 26 de junho de 2026.

• Produto ofertado: Plano de Assistência à Saúde registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e apresentado pela licitante em sua proposta comercial para atendimento das exigências deste Termo de Referência.

• Rede assistencial: conjunto de estabelecimentos e prestadores de serviços de saúde integrantes da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada da operadora de plano de assistência à saúde, disponibilizados aos beneficiários para a prestação dos serviços cobertos pelo produto ofertado.

• Rede Assistencial Mínima: conjunto mínimo de estabelecimentos, profissionais, serviços e recursos assistenciais cuja disponibilização aos beneficiários é exigida pela CONTRATANTE como requisito técnico-operacional desta contratação, nos municípios, nas condições e nos quantitativos estabelecidos neste Termo de Referência. Poderá ser constituída por rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, conforme expressamente admitido para cada exigência, e não se confunde com os parâmetros regulatórios gerais de suficiência da rede assistencial estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

• Rede Assistencial Local em São José: parcela da Rede Assistencial Mínima que deverá estar efetivamente disponível no Município de São José/SC, nos termos e para os serviços expressamente indicados neste Termo de Referência, constituindo requisito específico estabelecido pela CONTRATANTE para assegurar proximidade, facilidade de acesso, continuidade da assistência e redução dos deslocamentos dos beneficiários. A exigência não implica que toda a rede assistencial do produto esteja localizada no Município de São José/SC, nem altera a área geográfica de abrangência ou a área de atuação do produto registradas perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

• Reembolso: ressarcimento das despesas assistenciais realizadas pelo beneficiário nas hipóteses previstas na legislação, na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, neste Termo de Referência e no contrato, observados os critérios, os limites e os procedimentos aplicáveis, sem caracterizar sistema de acesso à livre escolha de prestadores.

• Remoção: transporte do beneficiário, quando comprovadamente necessário mediante indicação médica, para estabelecimento apto à continuidade do atendimento ou tratamento.

• Segmentação Assistencial: atributo do produto registrado perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS que identifica as modalidades de cobertura assistencial asseguradas aos beneficiários. Para esta contratação, o produto ofertado deverá possuir segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.

• Sistema de Intercâmbio: mecanismo operacional disponibilizado pela operadora que possibilita ao beneficiário a utilização de serviços assistenciais fora da área principal de cobertura do produto, por meio de rede própria, credenciada, contratada, referenciada ou conveniada, observadas as condições contratuais e a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

• Sinistralidade: relação entre as despesas assistenciais cobertas pelo plano e as receitas decorrentes das contraprestações pecuniárias, apurada na forma prevista neste Edital, neste Termo de Referência e no contrato.

• Telemedicina: modalidade de prestação de serviços de assistência à saúde realizada por meio de tecnologias da informação e comunicação, destinada à realização de atendimentos médicos remotos.

1. Do Tipo de Contratação

1.1. A contratação será operacionalizada por meio de plano privado coletivo empresarial com patrocinador, sendo destinado aos servidores públicos ativos e inativos, pensionistas, vereadores e respectivos dependentes vinculados à Câmara Municipal de São José, com adesão facultativa e participação contributiva dos beneficiários, observadas as condições previstas na Lei Municipal n° 6.601, de 26 de junho de 2026, na legislação federal aplicável, na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e neste Termo de Referência.

2. Da Segmentação Assistencial do Plano de Saúde

2.1. O produto ofertado deverá estar regularmente registrado perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, assegurando as coberturas correspondentes previstas na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nas demais normas regulatórias vigentes à época da prestação dos serviços.

3. Do Plano de Referência

3.1. Para fins desta contratação e da definição da participação financeira da Câmara Municipal de São José, considera-se Plano de Referência o produto disponibilizado pela operadora de plano de assistência à saúde que atenda às características mínimas estabelecidas neste Termo de Referência, servindo como parâmetro para formação de preços, comparação de propostas e cálculo do custeio institucional, nos termos da Lei Municipal nº 6.601, de 26 de junho de 2026.

3.2. O produto adotado como Plano de Referência deverá possuir as seguintes características mínimas:
I – segmentação assistencial registrada perante a ANS: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
II – padrão de acomodação em internação: enfermaria;
III – cobertura dos procedimentos e eventos em saúde exigidos para a segmentação contratada, observada a legislação e a regulamentação da ANS;

IV – área geográfica de abrangência e área de atuação que contemplem a Área Mínima Exigida na Contratação; e
V – rede assistencial compatível com as exigências deste Termo de Referência.

3.3. O produto ofertado como Plano de Referência deverá possuir área geográfica de abrangência e área de atuação regularmente registradas perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS que contemplem, no mínimo, os municípios de Biguaçu, Florianópolis, Garopaba, Governador Celso Ramos, Palhoça, Santo Amaro da Imperatriz, São José e Tijucas, admitida a oferta de produto com abrangência territorial superior, desde que atendidas as demais condições estabelecidas neste Termo de Referência.

3.4. Para fins de julgamento das propostas e formação do preço contratual, será considerado exclusivamente o Plano de Referência definido neste Termo de Referência.

3.5. Mediante solicitação da Câmara Municipal de São José, a operadora de plano de assistência à saúde poderá disponibilizar aos beneficiários titulares outras modalidades de planos de assistência à saúde por ela comercializadas, observadas as condições de elegibilidade, cobertura, abrangência geográfica, rede assistencial e padrão de acomodação de cada produto, devendo tais modalidades constar expressamente do contrato a ser celebrado, com a respectiva identificação dos produtos disponibilizados.

3.6. A disponibilização de outras modalidades de planos distintos do Plano de Referência não implicará alteração do critério de julgamento da licitação, do valor de custeio adotado pela Câmara Municipal ou das demais condições estabelecidas para o Plano de Referência, cabendo ao beneficiário titular arcar integralmente com eventual diferença de custo, na forma da Lei Municipal nº 6.601, de 26 de junho de 2026 e da regulamentação aplicável.

4. Dos beneficiários

4.1. Dos beneficiários titulares

4.1.1. São considerados beneficiários titulares, com inscrição facultativa no Plano de Assistência à Saúde, nos termos da Lei Municipal nº 6.601, de 26 de junho de 2026, aqueles vinculados à Câmara Municipal de São José pertencentes às seguintes categorias:

a) Servidores ocupantes de cargo efetivo;
b) Vereadores;
c) Pessoas investidas em cargo de provimento em comissão;
d) Inativos, desde que preenchidos os requisitos de tempo de contribuição e custeio integral previstos no art. 31 da Lei nº 9.656/1998 e na RN ANS nº 488/2022.

4.2. Dos beneficiários dependentes

4.2.1. Serão considerados beneficiários dependentes, no mínimo, aqueles admitidos pela Lei Municipal nº 6.601, de 26 de junho de 2026, pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e pelas condições previstas neste Termo de Referência.

4.2.1.1. Sem prejuízo de critérios mais benéficos previstos no contrato ou na política de elegibilidade da operadora contratada, poderão ser inscritos como dependentes:

a) Cônjuge ou companheiro(a), mediante apresentação de documentação comprobatória da união estável ou do vínculo conjugal, na forma admitida pela legislação aplicável;

b) filho e/ou enteado, desde que solteiro, e com até 33 anos incompletos, observadas as condições da regulamentação aplicável;

c) filho ou pessoa sob curatela com deficiência ou incapacidade permanente para o trabalho ou para a vida independente, sem limite de idade, mediante apresentação da documentação comprobatória exigida pela legislação aplicável;

d) Menor sob guarda ou tutela, mediante decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição.

4.2.2. A operadora poderá admitir condições de elegibilidade mais amplas, inclusive quanto ao limite etário de filhos e enteados, desde que previstas no contrato e aplicadas de forma uniforme aos beneficiários.

4.2.3. O enteado e o menor tutelado equiparam-se aos filhos, em idênticas condições, desde que não possuam recursos próprios e comprovem formalmente a sua dependência econômica do beneficiário titular.

4.2.4. A manutenção da condição de beneficiário dependente pressupõe a existência e permanência de beneficiário titular ao qual esteja vinculado, observadas as hipóteses legais e regulamentares de manutenção.

4.3. Inclusão de recém-nascidos e adotivos

4.3.1. É assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo, como dependente, sem cumprimento de novos períodos de carência, desde que requerida no prazo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, observadas as condições previstas na Lei nº 9.656/1998 e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

4.3.1.1 Caso o beneficiário titular ainda não tenha cumprido o prazo máximo de carência aplicável, a cobertura assistencial do recém-nascido observará o limite das carências já cumpridas pelo titular, na forma da regulamentação da ANS.

4.3.2. É assegurada a inscrição do filho adotivo menor de 12 (doze) anos, bem como do menor sob guarda, tutela ou com reconhecimento de paternidade, desde que requerida no prazo de 30 (trinta) dias da adoção, da concessão da guarda ou tutela ou do reconhecimento da paternidade, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular, observadas as condições previstas na legislação e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

4.3.3. A inclusão de recém-nascido ou filho adotivo após o prazo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da formalização da adoção sujeitar-se-á às regras normais de carência, declaração de saúde e, quando aplicável, cobertura parcial temporária, nos termos da regulamentação vigente.

4.4. Exclusão de beneficiários

4.4.1. Os beneficiários titulares serão excluídos do Plano de Assistência à Saúde nos seguintes casos:

a) pela perda da condição de beneficiário titular de quem depender, ressalvadas as hipóteses legais, regulamentares ou contratuais de manutenção da condição de beneficiário;

b) por inadimplência, quando aplicável, observados os requisitos, prazos, procedimentos e meios de notificação previstos na Resolução Normativa ANS nº 593/2023 e em suas alterações, ou em norma que venha a substituí-la.

c) por manifestarem, por escrito, a sua intenção.

4.4.2. Os beneficiários dependentes serão excluídos do Plano de Assistência à Saúde nos seguintes casos:

a) Automaticamente, pela perda da condição de beneficiário titular de quem depender;

b) Para os cônjuges, pela anulação do casamento ou pelo divórcio;

c) Para os companheiros, pela rescisão do contrato de união estável registrado em cartório ou pela dissolução judicial com trânsito em julgado;

d) Para os filhos e enteados, pela perda das condições de elegibilidade previstas no contrato do plano e na regulamentação aplicável;

e) Para o filho com deficiência que implique dependência econômica ou incapacidade para a vida independente, sem limite de idade, pela cessação dessa condição, devidamente comprovada;

f) Pela emancipação, pelo casamento e pelo falecimento;

g) Por solicitação escrita do beneficiário titular.

4.4.3. A inclusão, a suspensão e a exclusão dos beneficiários observarão a Lei Municipal nº 6.601/2026, a Lei Federal nº 9.656/1998, a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e as condições estabelecidas no Contrato, cabendo à CONTRATANTE solicitar à CONTRATADA as movimentações decorrentes da aquisição ou perda da condição de beneficiário titular ou dependente, ressalvadas as hipóteses em que a regulamentação autorize a atuação direta da operadora.

4.5. Manutenção da condição de beneficiários:

4.5.1. Nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei Federal nº 9.656/1998 e da regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, será assegurado ao beneficiário titular que tenha participado do plano durante o vínculo com a CONTRATANTE e contribuído para o seu custeio o direito de manutenção como beneficiário nas hipóteses de desligamento sem caráter sancionatório juridicamente aplicáveis, bem como ao aposentado, desde que:

a) manifeste sua opção no prazo de até 30 (trinta) dias após comunicação formal;

b) assuma integralmente o pagamento das mensalidades e demais encargos devidos, nos casos de desligamento sem caráter sancionatório.

4.5.1.1. O período de manutenção observará o tempo de efetiva contribuição do beneficiário para o plano, nos termos da Lei Federal nº 9.656/1998 e da regulamentação vigente da ANS, sendo assegurado:

a) nas hipóteses de desligamento sem caráter sancionatório juridicamente aplicáveis, o período correspondente a 1/3 (um terço) do tempo em que o beneficiário tenha efetivamente contribuído para o plano, garantido o mínimo de 6 (seis) e o máximo de 24 (vinte e quatro) meses;

b) no caso de aposentadoria, a manutenção por prazo indeterminado quando houver contribuição pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos e, quando o período de contribuição for inferior a 10 (dez) anos, a manutenção à razão de 1 (um) ano para cada ano de efetiva contribuição.

4.5.2. O direito de manutenção:

a) estende-se aos dependentes já inscritos, admitida manutenção integral ou parcial do grupo familiar;

b) permite a inclusão de novo cônjuge e filhos, nos termos da regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

c) assegura, em caso de falecimento do titular, a manutenção dos dependentes já inscritos pelo período correspondente ao direito de manutenção aplicável ao titular, observadas as condições previstas na legislação e regulamentação vigentes.

4.5.3. O benefício:

a) não afasta condições mais benéficas expressamente previstas em contrato ou regulamentação interna vigente;

b) será extinto com o decurso dos prazos legais, pela aquisição de novo vínculo profissional que possibilite o acesso a plano coletivo ou pelo cancelamento do plano coletivo, observadas as disposições da legislação e regulamentação vigentes;

c) assegura a portabilidade de carências durante o período de manutenção, nos termos da Resolução Normativa (RN) nº 438/2018 da ANS e suas eventuais atualizações.

4.5.4 Ao beneficiário aposentado que permanecer vinculado à Câmara Municipal após a aposentadoria e posteriormente vier a se desligar será assegurado o direito de manutenção da condição de beneficiário, observadas as condições previstas no art. 31 da Lei Federal nº 9.656/1998 e na regulamentação vigente da ANS.

4.5.5 Para fins de aquisição do direito de manutenção previsto nesta seção, não serão considerados como contribuição os valores relacionados aos dependentes ou agregados, nem os valores pagos a título de coparticipação ou franquia exclusivamente em razão da utilização dos serviços de assistência à saúde.

4.6. Na hipótese de cancelamento do plano coletivo, deverão ser observadas as alternativas de permanência, migração, portabilidade ou contratação previstas na legislação e na regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

4.6.1. A CONTRATADA deverá assegurar aos beneficiários o exercício individual da portabilidade de carências, quando preenchidos os requisitos previstos na Resolução Normativa ANS nº 438/2018, ou naquela que vier a substitui-la, disponibilizando, sem ônus, os documentos e informações necessários e abstendo-se de impedir ou dificultar injustificadamente o exercício desse direito.

4.6.2. No caso de cancelamento do benefício pela CONTRATANTE, a CONTRATADA deverá assegurar aos beneficiários a possibilidade de contratação de plano privado na modalidade individual ou familiar, sem necessidade de cumprimento de novos períodos de carência, quando comercializar produto dessa natureza e observadas as condições previstas na regulamentação vigente da ANS.

4.7. Para os servidores efetivos da Câmara Municipal de São José, já aposentados ou que irão se aposentar, aplicam-se as condições de permanência estabelecidas na Lei Municipal nº 6.601, de 26 de junho de 2026, sem prejuízo das condições mínimas previstas na legislação federal e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

5. Do quantitativo estimado de beneficiários para formação da proposta

5.1. A Câmara Municipal de São José possui atualmente aproximadamente 150 (cento e cinquenta) pessoas elegíveis à adesão ao Plano de Assistência à Saúde na condição de beneficiário titular, compreendendo servidores efetivos, ocupantes de cargos em comissão, vereadores, inativos e pensionistas, observadas as condições de elegibilidade previstas neste Termo de Referência.

5.1.1. Na data-base de setembro de 2026, encontravam-se inscritos no plano de assistência à saúde vigente 64 (sessenta e quatro) beneficiários titulares e 78 (setenta e oito) dependentes, totalizando

142 (cento e quarenta e dois) beneficiários.

5.1.2. O quantitativo atualmente inscrito não esgota o universo de potenciais beneficiários elegíveis ao plano, considerando a possibilidade de novas adesões de titulares e dependentes durante a vigência contratual, observadas as condições de elegibilidade e a adesão facultativa dos beneficiários.

5.2. Para fins de formação da proposta comercial, considera-se a seguinte distribuição estimada de beneficiários por faixa etária:

Faixa etária	Vidas
00 a 18 anos	27
19 a 23 anos	11
24 a 28 anos	9
29 a 33 anos	7
34 a 38 anos	14
39 a 43 anos	17
44 a 48 anos	21
49 a 53 anos	9
54 a 58 anos	15
59 ou + anos	12
Total	142

5.2.1. A distribuição entre beneficiários titulares e dependentes possui caráter meramente informativo e não implica diferenciação de valores de mensalidade, os quais deverão observar exclusivamente a faixa etária do beneficiário e as condições do plano ofertado.

5.3. As quantidades apresentadas constituem mera estimativa para fins de elaboração da proposta comercial e formação de preços, podendo sofrer alterações em razão da adesão facultativa dos beneficiários, admissões, desligamentos, inclusões ou exclusões de dependentes e demais alterações cadastrais ocorridas durante a vigência contratual.

5.4. Os quantitativos informados não representam garantia mínima de adesão, expectativa de crescimento da carteira ou compromisso de contratação da totalidade dos beneficiários estimados, servindo exclusivamente como parâmetro para o processo licitatório e para a avaliação das propostas.

5.5. Nos preços propostos deverão estar incluídos todos os tributos, taxas, encargos, despesas administrativas e demais custos diretos e indiretos necessários à execução integral do objeto contratual.

5.6. A adesão ao plano de assistência à saúde será facultativa, podendo o beneficiário titular aderir a outras modalidades de planos de assistência à saúde disponibilizadas pela operadora e expressamente previstas no contrato, hipótese em que arcará integralmente com a diferença correspondente, na forma da Lei Municipal nº 6.601, de 26 de junho de 2026, da regulamentação da Câmara Municipal e das condições contratuais aplicáveis.

6. Das Faixas Etárias

6.1. A estrutura de faixas etárias deverá observar o padrão definido pela Agência Nacional de Saúde

Suplementar – ANS e demais normas vigentes aplicáveis aos planos privados de assistência à saúde.

6.2. Os percentuais de variação entre as faixas etárias deverão observar, obrigatoriamente, os limites estabelecidos pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, especialmente:

a) o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

b) a variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas etárias não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas etárias.

6.3. A variação da contraprestação pecuniária em razão da mudança de faixa etária somente poderá ser aplicada a partir do mês subsequente àquele em que o beneficiário atingir a idade correspondente à nova faixa etária.

6.4. Os valores das mensalidades por faixa etária e os respectivos percentuais de variação deverão ser apresentados pela Licitante na forma estabelecida no capítulo deste Termo de Referência que dispõe sobre a proposta comercial, observadas as exigências da regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

6.5. A aplicação de reajustes por mudança de faixa etária deverá observar integralmente a legislação e a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

7. Das coberturas e procedimentos garantidos

7.1. Das Coberturas Assistenciais

7.1.1. O Plano de Assistência à Saúde deverá assegurar cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, observando integralmente a Lei Federal nº 9.656/1998, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas posteriores atualizações.

7.1.2. Deverão estar compreendidos na cobertura do plano todos os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória previstos na legislação e na regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, observadas as condições do produto contratado.

7.1.3. Sem prejuízo das demais coberturas obrigatórias previstas na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, deverão estar abrangidos pelo plano, dentre outros:

a) consultas médicas eletivas e de urgência e emergência em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) exames laboratoriais, serviços auxiliares de diagnóstico, terapias e demais procedimentos ambulatoriais;

c) internações hospitalares clínicas, cirúrgicas, obstétricas e psiquiátricas, inclusive em unidade de terapia intensiva, observadas as condições da legislação aplicável;

d) tratamentos ambulatoriais e hospitalares relacionados à oncologia, hemodiálise, diálise peritoneal, hemoterapia, radioterapia e quimioterapia;

e) órteses, próteses e materiais especiais vinculados ao ato cirúrgico coberto;

f) assistência obstétrica, incluindo pré-natal, parto, puerpério e cobertura assistencial ao recém-nascido, na forma da legislação vigente;

g) transplantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

h) atendimentos de urgência e emergência, remoções e reembolsos, observadas as condições contratuais e a regulamentação vigente;

i) acompanhante nos casos previstos em lei e na regulamentação aplicável;

j) continuidade assistencial nas hipóteses previstas pela regulamentação da Agência Nacional

de Saúde Suplementar - ANS.

7.1.4. A cobertura assistencial deverá ser prestada por meio da rede assistencial da operadora de plano de assistência à saúde, observadas as condições do produto registrado perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

7.1.5. Disponibilizar Ouvidoria aos beneficiários como canal de segunda instância para reanálise de demandas anteriormente submetidas aos canais regulares de atendimento, inclusive nos casos de negativa de cobertura, observados os procedimentos e prazos previstos na regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sem prejuízo dos canais de primeira instância, tais como SAC, atendimento presencial e canais eletrônicos.

7.2. Da Telemedicina

7.2.1. A disponibilização do serviço de telemedicina constitui um benefício complementar não obrigatório desta contratação, com a finalidade de ampliar e facilitar o acesso dos beneficiários aos serviços médicos, especialmente fora do horário regular de atendimento presencial.

7.2.1.1. A disponibilização de consultas eletivas por telemedicina não afasta a obrigação da CONTRATADA de manter rede assistencial presencial suficiente para atendimento em todas as especialidades exigidas neste Termo de Referência, vedada a substituição integral do atendimento presencial por atendimento exclusivamente remoto.

7.2.2. O serviço poderá ser disponibilizado por aplicativo, plataforma eletrônica, portal ou outro meio tecnológico adotado pela operadora de plano de assistência à saúde, observados os requisitos de segurança da informação, sigilo profissional e proteção de dados pessoais.

7.2.3. Quando clinicamente cabível e admitido pela legislação vigente, o profissional responsável pelo atendimento poderá emitir receitas, atestados, solicitações de exames, encaminhamentos e demais documentos eletrônicos necessários à continuidade da assistência.

7.2.4. A utilização da telemedicina constitui modalidade complementar de assistência e não poderá restringir, substituir ou dificultar o acesso do beneficiário ao atendimento presencial quando este for clinicamente indicado ou quando houver disponibilidade de atendimento presencial na rede assistencial exigida neste Termo de Referência.

7.2.5. A oferta de serviços por telemedicina não será considerada para fins de comprovação da rede assistencial mínima exigida neste Termo de Referência.

7.2.6. A disponibilização do serviço de telemedicina não poderá acarretar cobrança adicional à CONTRATANTE ou aos beneficiários além das condições de custeio e coparticipação previstas para o respectivo plano contratado.

7.2.7. Quando disponibilizar o serviço de telemedicina, a CONTRATADA deverá divulgar aos beneficiários, de forma clara e acessível, os canais de acesso, as modalidades de atendimento disponíveis, os horários de funcionamento e as orientações para sua utilização.

7.3. Da Rede Assistencial Mínima

7.3.1. Com o objetivo de assegurar a adequada prestação dos serviços assistenciais aos beneficiários, a operadora de plano de assistência à saúde deverá disponibilizar, na área geográfica de abrangência mínima estabelecida neste Termo de Referência, rede assistencial compatível com

as coberturas contratadas.

7.3.2. A rede assistencial deverá assegurar aos beneficiários a disponibilidade dos seguintes serviços:

a) hospital geral apto à realização de internações clínicas e cirúrgicas;
b) leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI Adulto;
c) leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI Pediátrica;
d) leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI Neonatal;
e) maternidade com atendimento obstétrico e centro cirúrgico em funcionamento;
f) pronto atendimento ou pronto-socorro com funcionamento ininterrupto para atendimento de urgência e emergência;
g) serviços de apoio diagnóstico e terapêutico compatíveis com as coberturas previstas no plano, incluindo análises clínicas e exames de imagem.

7.3.3. Além da rede assistencial exigida nos itens anteriores, a operadora de plano de assistência à saúde deverá disponibilizar, no Município de São José/SC, rede assistencial que contemple, no mínimo, os seguintes serviços:

a) 01 (um) estabelecimento de saúde apto à prestação de serviços de pronto atendimento 24h, consultas, procedimentos cirúrgicos e internações clínicas;
b) 01 (um) estabelecimento de saúde apto à realização de exames laboratoriais e dos principais exames de imagem compatíveis com a cobertura do produto ofertado, incluindo, no mínimo, radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética.

7.3.4. Os serviços previstos neste item deverão estar efetivamente disponíveis aos beneficiários da operadora de plano de assistência à saúde, não sendo admitida a indicação de prestadores cujos serviços sejam incompatíveis com a finalidade para a qual foram informados juntamente com a proposta comercial.

7.3.5 A disponibilização dos serviços assistenciais no Município de São José/SC, conforme previstos no item 7.3.3, constitui requisito técnico-operacional específico desta contratação, estabelecido pela CONTRATANTE em razão da localização de sua sede e da concentração dos beneficiários, com a finalidade de assegurar proximidade, facilidade de acesso, continuidade da assistência e redução de deslocamentos frequentes.

7.3.5.1. A exigência prevista neste item restringe-se aos serviços expressamente relacionados e não implica a obrigatoriedade de que toda a rede assistencial do produto esteja localizada no Município de São José/SC, nem altera a área geográfica de abrangência ou a área de atuação registradas perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

7.3.6. A comprovação da rede assistencial deverá ser apresentada juntamente com a proposta comercial, mediante relação dos estabelecimentos integrantes da rede assistencial, contendo, no mínimo:

a) razão social e CNPJ do estabelecimento;
b) município de localização;
c) identificação dos serviços e especialidades efetivamente disponibilizados aos beneficiários;
d) indicação dos serviços de pronto atendimento, internação clínica, internação cirúrgica, internação obstétrica, internação psiquiátrica, maternidade, centro cirúrgico, UTI Adulto, UTI Pediátrica, UTI Neonatal e exames de imagem.

7.3.7. A Câmara Municipal poderá promover diligências para verificação da efetiva disponibilidade dos serviços declarados, inclusive mediante consulta aos estabelecimentos indicados, sítios eletrônicos oficiais, contratos, declarações ou outros documentos que julgar pertinentes.

7.3.8. A constatação de que os serviços informados não se encontram efetivamente disponíveis aos beneficiários da operadora, ou que possuam restrições incompatíveis com as exigências deste Termo de Referência, ensejará a desclassificação da proposta ou adoção das medidas cabíveis previstas na legislação e no edital.

7.3.9. Durante toda a vigência contratual, eventual substituição, exclusão ou alteração dos estabelecimentos integrantes da rede assistencial deverá observar a legislação e a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, preservando, no mínimo, os requisitos de cobertura, capacidade assistencial e localização estabelecidos neste Termo de Referência.

8. Das Exclusões De Cobertura

8.1. Somente poderão ser excluídos da cobertura do Plano de Assistência à Saúde os procedimentos, tratamentos, materiais, medicamentos e eventos cuja exclusão seja expressamente admitida pela Lei Federal nº 9.656/1998 e pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

8.2. Observadas as coberturas assistenciais obrigatórias previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei Federal nº 9.656/1998, a segmentação assistencial, a área geográfica de abrangência e a área de atuação do produto, poderão ser excluídos da cobertura assistencial, nos termos do art. 10 da Lei Federal nº 9.656/1998 e da regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS:

I – Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
II – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III – Inseminação artificial;
IV – Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V – Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI – Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvadas as hipóteses de cobertura obrigatória previstas nas alíneas “c” do inciso I e “g” do inciso II do art. 12 da Lei Federal nº 9.656/1998 e na regulamentação vigente;
VII – Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
VIII – Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
IX – Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
X - Atendimentos realizados fora da área geográfica de abrangência e área de atuação do Plano contratado;
XI – Atendimentos durante período de carência; durante período de cobertura parcial temporária (CPT); que não conste expressamente no Rol da ANS e seus anexos; que não preencha as Diretrizes de Utilização (DUT), Diretrizes Clínicas (DC) ou Protocolo de Utilização (PROUT), previstos no Rol da ANS;
XII – Atendimentos realizado fora da rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada deste plano;
XI - Despesas extraordinárias de beneficiário ou acompanhante;
XII - Acomodação em padrão superior ao previsto em contrato; e
XIII – Outras coberturas cuja exclusão seja expressamente admitida pela regulamentação da ANS ou por legislação específica.

8.3. Não serão de responsabilidade da operadora de plano de assistência à saúde as despesas extraordinárias realizadas pelo beneficiário ou acompanhante durante a internação, tais como telefonia, alimentação não fornecida pelo estabelecimento de saúde, produtos de higiene pessoal, acomodações

diferenciadas não cobertas pelo plano ou quaisquer outros itens não relacionados diretamente ao tratamento assistencial coberto.

9. Doenças e lesões preexistentes

9.1. Considera-se Doença ou Lesão Preexistente – DLP aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou de sua adesão ao plano de assistência à saúde.

9.2. A identificação e o tratamento das doenças ou lesões preexistentes deverão observar a Lei Federal nº 9.656/1998, a Resolução Normativa ANS nº 558/2022, ou outra que venha a substituí-la, e as demais normas aplicáveis da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

9.3. Nas hipóteses em que seja admitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária – CPT ou agravo, o beneficiário ou seu representante legal deverá preencher a Declaração de Saúde no momento da adesão ao plano, informando as doenças ou lesões de que saiba ser portador ou sofredor.

9.3.1. A Declaração de Saúde deverá ser acompanhada da Carta de Orientação ao Beneficiário e observar o conteúdo, a forma e os procedimentos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

9.3.2. O beneficiário terá direito à orientação para o preenchimento da Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada realizada por médico pertencente à rede indicada pela CONTRATADA, sem qualquer ônus, podendo optar por profissional de sua livre escolha, hipótese em que assumirá o respectivo custo.

9.4. Constatada, mediante declaração do beneficiário, entrevista qualificada ou perícia, a existência de doença ou lesão preexistente que possa demandar procedimentos cirúrgicos, utilização de leitos de alta tecnologia ou Procedimentos de Alta Complexidade – PAC, a CONTRATADA poderá oferecer cobertura integral, sem qualquer acréscimo no valor da mensalidade.

9.4.1. Caso a CONTRATADA opte por não oferecer cobertura integral para a doença ou lesão preexistente declarada, deverá oferecer obrigatoriamente a Cobertura Parcial Temporária – CPT, sendo facultado o oferecimento de agravo como alternativa à CPT.

9.4.2. Caso a CONTRATADA não ofereça a CPT no momento da adesão do beneficiário, não poderá posteriormente alegar omissão de informação relativa à respectiva doença ou lesão preexistente nem aplicar CPT ou agravo.

9.5. Considera-se Cobertura Parcial Temporária – CPT a suspensão, por período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contado da contratação ou adesão ao plano, exclusivamente das coberturas a seguir, desde que diretamente relacionadas às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou por seu representante legal:

I – de Procedimentos de Alta Complexidade – PAC;
II – de leitos de alta tecnologia; e
III – de procedimentos cirúrgicos,

9.5.1. A aplicação da CPT não poderá restringir consultas, exames, procedimentos ou demais atendimentos não enquadrados nas hipóteses previstas no item 9.5.

9.5.2. Encerrado o prazo da CPT, a cobertura assistencial passará a ser integral, observadas a segmentação assistencial e as demais características do produto contratado.

9.6. Considera-se agravo o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária destinado a assegurar ao beneficiário cobertura integral para a doença ou lesão preexistente declarada, após o cumprimento das carências contratuais, de acordo com as condições ajustadas entre a CONTRATADA e o beneficiário e com a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

9.6.1. Eventual agravo dependerá da concordância expressa do beneficiário e será formalizado em instrumento individual específico, no qual deverão constar, no mínimo, seu valor ou percentual e o respectivo período de vigência, sem repercussão automática sobre a participação financeira da CONTRATANTE.

9.7. Nos contratos coletivos empresariais com 30 (trinta) ou mais beneficiários, não será permitida a aplicação de CPT ou agravo aos beneficiários que solicitarem sua inclusão no prazo de até 30 (trinta) dias:

I – da celebração do contrato coletivo; ou

II – da aquisição da condição de elegibilidade ou da vinculação à CONTRATANTE.

9.8. O beneficiário que solicitar sua inclusão após os prazos previstos no item 9.7 poderá ficar sujeito à análise de doenças ou lesões preexistentes e, quando cabível, à aplicação de CPT ou agravo, observada a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

9.9. Na hipótese de contrato coletivo empresarial com menos de 30 (trinta) beneficiários, os beneficiários poderão ficar sujeitos à análise de doenças ou lesões preexistentes, independentemente da data de adesão, observada a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

9.10. É vedada a alegação de omissão de informação sobre doença ou lesão preexistente quando a CONTRATADA tiver realizado exame ou perícia no beneficiário com a finalidade de avaliar sua admissão no plano.

9.11. Identificado indício de omissão de informação sobre doença ou lesão preexistente conhecida pelo beneficiário, a CONTRATADA deverá comunicá-lo formalmente, mediante documento que contenha a identificação da doença ou lesão alegada, os fundamentos da alegação, a documentação correspondente e as alternativas previstas na regulamentação aplicável.

9.11.1. A CONTRATADA poderá oferecer ao beneficiário:

I – CPT pelo período restante necessário para completar o limite máximo de 24 (vinte e quatro) meses contado da adesão;

II – agravo, acompanhado obrigatoriamente da opção de CPT; ou

III – quando não houver acordo ou nas demais hipóteses regulamentares, requerer a instauração de processo administrativo perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

9.11.2. O beneficiário deverá dispor do prazo previsto na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para responder à comunicação e apresentar os esclarecimentos e documentos que entender pertinentes.

9.12. Caberá à CONTRATADA comprovar que o beneficiário tinha conhecimento prévio da doença ou lesão não declarada.

9.13. Até o encerramento do processo administrativo perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, não será permitida, em razão da alegada omissão:

I – a negativa de cobertura assistencial;

II – a suspensão da assistência;

III – a exclusão do beneficiário; ou

IV – a rescisão unilateral do contrato.

9.14. A aplicação das regras previstas neste item não poderá afastar as demais hipóteses de isenção de CPT, agravo ou alegação de doença ou lesão preexistente previstas na legislação e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

10. Atendimento de urgência, emergência, remoção e reembolso

10.1. Preferencialmente, os beneficiários terão acesso a atendimento de urgência e emergência nas capitais dos Estados e no Distrito Federal, sem prejuízo de sua disponibilização em outras localidades, por meio de rede própria, credenciada, contratada, referenciada, sistema de intercâmbio ou mecanismo equivalente, observadas a área geográfica de abrangência, a área de atuação do produto e a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

10.1.1. A indisponibilidade de atendimento nas localidades referidas no item 10.1 não constituirá, isoladamente, motivo de desclassificação da proposta ou de aplicação de penalidade contratual, desde que assegurada a cobertura obrigatória nos termos da legislação e da regulamentação aplicáveis ao produto contratado.

10.1.2. A comprovação prevista no item anterior poderá ser realizada mediante apresentação da rede assistencial, relação de prestadores, instrumento de intercâmbio ou outro documento idôneo que demonstre a efetiva disponibilidade do atendimento.

10.2. Para fins deste Termo de Referência, considera-se:

I – urgência: os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

II – emergência: os casos que impliquem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao paciente, caracterizados em declaração do médico assistente, nos termos do art. 35-C da Lei Federal nº 9.656/1998.

10.3. O atendimento das situações de urgência e emergência observará a segmentação assistencial contratada e a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, devendo ser assegurada a remoção do beneficiário, quando necessária por indicação médica, para outra unidade integrante da rede assistencial apta à continuidade do atendimento ou para unidade do Sistema Único de Saúde – SUS, nas hipóteses em que não houver cobertura contratual para a continuidade do tratamento.

10.4. Após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do vínculo do beneficiário, será garantido o atendimento decorrente de acidente pessoal, sem restrições quanto à cobertura de urgência e emergência, observada a segmentação assistencial contratada e a regulamentação vigente.

10.5. Após o cumprimento dos períodos de carência aplicáveis, os atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação terão cobertura desde a admissão até a alta hospitalar, inclusive quando necessários à preservação da vida, dos órgãos e das funções do beneficiário.

10.6. Durante o cumprimento dos períodos de carência, os atendimentos de urgência e emergência relacionados ao processo gestacional terão cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, observadas as disposições da regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

10.7. Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária – CPT e o atendimento de urgência ou emergência resultar na necessidade de eventos cirúrgicos, utilização de leitos de alta tecnologia ou realização de procedimentos de alta complexidade relacionados à Doença ou Lesão Preexistente – DLP, será garantido o atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, observada a regulamentação vigente.

10.8. Quando o atendimento de urgência ou emergência ocorrer durante período de carência para internação, será garantido o atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, o que ocorrer primeiro.

10.9.A CONTRATADA deverá assegurar, quando necessária a remoção do beneficiário, ambulância compatível com a condição clínica do paciente e dotada dos recursos necessários à manutenção do quadro clínico durante o transporte, observada a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

10.10. A CONTRATADA deverá garantir a remoção do beneficiário para unidade de atendimento integrante da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência ou emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a insuficiência de recursos da unidade de atendimento inicial para a continuidade da assistência.

10.11. A CONTRATADA deverá garantir a remoção do beneficiário para unidade do Sistema Único de Saúde – SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nas seguintes hipóteses:
I – quando o beneficiário estiver cumprindo período de carência para internação;
II – quando houver Cobertura Parcial Temporária – CPT e o atendimento resultar na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados à Doença ou Lesão Preexistente – DLP.

10.11.1. Na hipótese de remoção para unidade do SUS:

I – quando a remoção não puder ser realizada em razão de risco de vida, a responsabilidade financeira pela continuidade da assistência será definida na forma prevista na regulamentação aplicável;

II – caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade pela remoção do beneficiário para unidade do SUS que disponha dos recursos necessários à continuidade do atendimento;

III – a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância dotada dos recursos necessários à manutenção da vida, cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário após a efetivação do registro na unidade do SUS;

IV – caso o beneficiário ou seus responsáveis optem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diversa daquela indicada para a remoção, a CONTRATADA ficará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro decorrentes dessa opção.

10.12. Os reembolsos eventualmente devidos em razão dos atendimentos previstos neste item observarão as condições estabelecidas no item 13 deste Termo de Referência.

11. Dos períodos de carência

11.1. Os períodos de carência eventualmente aplicáveis deverão observar os limites máximos previstos na legislação e regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, admitida a oferta de condições mais benéficas pela operadora de plano de assistência à saúde.

11.1.1. Observados os limites máximos admitidos pela regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, os períodos de carência poderão ser fixados no máximo nos seguintes limites:

a) Atendimento de Urgência e Emergência - carência de 24 (vinte e quatro) horas;
b) Consultas médicas, exames, terapias e procedimentos ambulatoriais – carência de até 30 (trinta) dias;
c) Parto a termo - carência de 300 (trezentos) dias;
d) Demais coberturas assistenciais - carência de 180 (cento e oitenta) dias.

11.1.2. Nas hipóteses em que houver aplicação de carência, a contagem do respectivo período para cada beneficiário, titular ou dependente, dar-se-á individualmente e de forma ininterrupta a partir da data de seu efetivo ingresso no plano, observada a regulamentação vigente da Agência Nacional

de Saúde Suplementar – ANS.

11.2. Nos contratos com número igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, será assegurada a isenção de carência e de cobertura parcial temporária aos beneficiários titulares e respectivos dependentes elegíveis que formalizarem sua adesão ao plano no prazo de até 30 (trinta) dias contados:

a) da data de início da vigência do contrato; ou

b) da data em que adquirirem a condição de elegibilidade ao plano em razão do vínculo com a Câmara Municipal de São José.

11.3. A inclusão de beneficiários dependentes observará os critérios de elegibilidade previstos neste Termo de Referência, na Lei Municipal nº 6.601/2026 e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

11.4. Decorrido o prazo previsto no item 11.2, o beneficiário ficará sujeito ao cumprimento dos períodos de carência e às demais condições contratuais aplicáveis, observada a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

12. Dos mecanismos de regulação

12.1. Os mecanismos de regulação adotados pela operadora de plano de assistência à saúde deverão observar a legislação aplicável, a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, as disposições deste Termo de Referência e as condições constantes da proposta comercial e do contrato.

12.1.1. Os mecanismos de regulação deverão ser utilizados exclusivamente para fins de organização da assistência, promoção da qualidade do atendimento, utilização racional dos serviços e preservação do equilíbrio técnico-assistencial do plano, sendo vedada sua utilização como instrumento de restrição indevida ao acesso dos beneficiários aos serviços cobertos.

12.1.2. A operacionalização dos mecanismos de regulação deverá observar critérios de eficiência, razoabilidade, proporcionalidade, transparência e boa-fé, devendo privilegiar soluções que reduzam entraves administrativos e promovam maior agilidade no atendimento aos beneficiários.

12.1.3. A operadora de plano de assistência à saúde deverá disponibilizar canais eletrônicos destinados aos beneficiários e, igualmente, sistema, portal, aplicativo, webservice ou outro meio tecnológico equivalente destinado aos prestadores integrantes da rede assistencial para operacionalização dos mecanismos de regulação, de forma a facilitar a realização de solicitações, acompanhamentos e demais procedimentos administrativos relacionados à assistência.

12.1.4. Sempre que houver exigência de autorização, auditoria ou outro procedimento administrativo relacionado à utilização da cobertura assistencial, a operadora de plano de assistência à saúde deverá disponibilizar canais eletrônicos destinados aos beneficiários e aos prestadores integrantes da rede assistencial para solicitação, acompanhamento e consulta das demandas, sem prejuízo da manutenção do atendimento presencial e dos demais canais de atendimento exigidos neste Termo de Referência, observados os prazos previstos na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS .

12.1.5. A adoção de mecanismos de regulação não afasta o dever da operadora de plano de assistência à saúde de assegurar aos beneficiários o acesso oportuno aos serviços cobertos pelo plano, observados os prazos máximos de atendimento estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

12.2. Das Autorizações Prévias

12.2.1 O atendimento dos beneficiários junto à rede assistencial observará as condições de habilitação e acesso estabelecidas para o produto contratado, mediante utilização dos meios de identificação disponibilizados pela CONTRATADA e cumprimento das regras operacionais aplicáveis a cada tipo de serviço, vedada a imposição de exigências que constituam restrição indevida à cobertura assistencial.

12.2.2. A CONTRATADA deverá informar, de forma clara e acessível, as formas de acesso às consultas, exames, terapias, internações e demais serviços assistenciais, bem como identificar os procedimentos sujeitos à autorização prévia, observadas a legislação, a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e as características do produto contratado.

12.2.3. A relação dos procedimentos sujeitos à autorização prévia e a respectiva rotina para sua obtenção deverão constar do regulamento ou das condições gerais do produto, ser disponibilizadas aos beneficiários e à CONTRATANTE e permanecer acessíveis nos canais eletrônicos da operadora.

12.2.4. Nos procedimentos que exigirem autorização prévia, a CONTRATADA deverá disponibilizar canais eletrônicos para solicitação, acompanhamento e consulta, inclusive pelos prestadores integrantes da rede assistencial.

12.2.5. A resposta à solicitação de autorização prévia será fornecida no prazo máximo de 1 (um) dia útil, contado do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada situação de urgência, sem prejuízo da observância de prazo mais favorável previsto na regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

12.2.6. A exigência de autorização prévia não poderá ser aplicada de forma a impedir ou retardar indevidamente o atendimento de urgência ou emergência, que observará os procedimentos e prazos próprios estabelecidos na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

12.2.7. A CONTRATADA deverá aceitar as solicitações de serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais formuladas pelo médico assistente ou pelo cirurgião-dentista, ainda que o profissional solicitante não integre a rede própria, credenciada, contratada ou referenciada da CONTRATADA, observado que a realização dos procedimentos deverá ocorrer na rede assistencial do produto contratado, ressalvadas as hipóteses legais, regulamentares e contratualmente previstas de reembolso.

12.3. Da Coparticipação

12.3.1. Poderá haver incidência de coparticipação sobre consultas, exames, terapias, atendimentos ambulatoriais, insumos, internações hospitalares e demais procedimentos cobertos pelo plano, observadas as condições da proposta comercial apresentada pela Licitante, o contrato, a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e a Lei Municipal nº 6.601, de 26 de junho de 2026.

12.3.2. Para procedimentos ambulatoriais, o percentual de coparticipação não poderá exceder 50% (cinquenta por cento) do valor do procedimento constante da tabela de referência adotada pela Licitante, vigente à época da utilização do procedimento, observados os limites financeiros estabelecidos neste Termo de Referência.

12.3.3. O valor máximo de coparticipação por procedimento ou evento ambulatorial corresponderá ao valor máximo da contribuição mensal do beneficiário titular para custeio do plano de assistência à saúde, ou seja, R$ 210,00 (duzentos e dez reais), conforme previsto no art. 11, §1º, da Lei Municipal nº 6.601, de 26 de junho de 2026.

12.3.4. O valor máximo de coparticipação por evento de internação corresponderá ao dobro do valor máximo da contribuição mensal do beneficiário titular para custeio do plano de assistência à saúde, ou seja, R$ 420,00 (quatrocentos e vinte reais), conforme previsto no art. 11, §1º, da Lei Municipal nº 6.601, de 26 de junho de 2026.

12.3.5. Nas hipóteses de internação psiquiátrica, somente haverá incidência de coparticipação quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, a cada ano de contrato, incidindo a cobrança exclusivamente sobre o período que exceder esse limite, de acordo com os critérios e valores constantes na tabela de preços da CONTRATADA e observada a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

12.3.6. Os limites financeiros de coparticipação previstos nos itens 12.3.3 e 12.3.4 serão reajustados na mesma data-base e pelo mesmo índice aplicável às contraprestações pecuniárias do Contrato.

12.3.7. A Tabela de Referência utilizada para cálculo da coparticipação deverá acompanhar a proposta comercial e permanecer disponível para consulta da CONTRATANTE e dos beneficiários durante toda a vigência contratual, e o teto de cobrança será atualizado anualmente, na mesma data-base e pelo mesmo índice de reajuste aplicado às contraprestações pecuniárias do contrato.

12.3.8. A incidência da coparticipação deverá observar, cumulativamente:

I – o procedimento, evento ou grupo de procedimentos sujeito à coparticipação, conforme indicado na proposta comercial;

II – o valor do procedimento constante da Tabela de Referência adotada pela CONTRATADA;

III – o percentual, valor fixo ou critério de coparticipação previsto na proposta comercial; e

IV – os limites financeiros estabelecidos neste Termo de Referência.

12.3.9. Os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência terão acréscimo de 30% (trinta por cento) sobre os valores constantes da Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA nas seguintes hipóteses:

a) quando realizados no período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte;

b) em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados;

c) quando o ato médico for iniciado em período normal e concluído no período de urgência/emergência, aplicar-se-á o acréscimo de 30% quando mais da metade do procedimento for realizada no horário sujeito ao acréscimo.

12.3.9.1. A cobrança da coparticipação será realizada por procedimento efetivamente executado, e não por amostra, de modo que, quando uma mesma amostra possibilitar a realização de mais de um exame ou procedimento, a coparticipação será calculada considerando os exames ou procedimentos efetivamente realizados.

12.3.10. Os limites financeiros de coparticipação estabelecidos neste Termo de Referência aplicam-se individualmente a cada procedimento ou evento assistencial, não constituindo limite mensal global, ressalvada condição mais benéfica ao beneficiário prevista na proposta comercial.

12.3.11. A licitante deverá apresentar, juntamente com a proposta comercial:

a) a tabela, referência técnica ou metodologia utilizada para cálculo da coparticipação;

b) os percentuais, valores fixos ou critérios de coparticipação aplicáveis;

c) a indicação de eventuais procedimentos, eventos ou grupos de procedimentos sujeitos a percentuais, valores fixos ou critérios diferenciados de coparticipação; e

d) Tabela de Referência utilizada.

12.3.12. A tabela, metodologia e critérios de coparticipação informados na proposta comercial integrarão o contrato para todos os fins.

12.3.13. A metodologia de cálculo da coparticipação deverá possibilitar à CONTRATANTE a conferência dos valores faturados, mediante a disponibilização dos elementos utilizados para apuração da cobrança.

13. Do Reembolso

13.1. A CONTRATADA deverá analisar e efetuar os reembolsos devidos nas hipóteses previstas na legislação, na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, neste Termo de Referência e no contrato, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado da apresentação completa da documentação exigida.

13.1.1. A CONTRATADA deverá disponibilizar previamente aos beneficiários a relação dos documentos necessários e assegurar prazo não inferior a 1 (um) ano para apresentação do pedido, quando aplicável.

13.1.2. As hipóteses de reembolso previstas neste item não caracterizam sistema de acesso à livre escolha de prestadores.

14. Carteira de identificação

14.1. A operadora de plano de assistência à saúde deverá disponibilizar aos beneficiários titulares e dependentes carteira de identificação individual, preferencialmente em formato digital, por meio de aplicativo, portal eletrônico ou outro meio equivalente que permita o acesso aos serviços da rede assistencial.

14.2. A carteira de identificação deverá conter, no mínimo, as seguintes informações: nome completo do beneficiário, número de inscrição, nome da operadora, tipo de plano, abrangência geográfica, padrão de acomodação contratado, quando aplicável, e informações que permitam o acesso aos canais oficiais de atendimento da operadora de plano de assistência à saúde.

14.3. A disponibilização da carteira de identificação digital deverá ocorrer no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados da efetivação da adesão do beneficiário ao plano, sem prejuízo do atendimento mediante outros meios de identificação, especialmente em situações de urgência e emergência.

14.4. A emissão da carteira física de identificação será facultativa e poderá ser solicitada pelo beneficiário titular, não podendo implicar qualquer ônus na emissão da primeira via.

14.5. A segunda via da carteira digital deverá ser disponibilizada sem ônus adicional. A emissão de segunda via da carteira física poderá ser cobrada, desde que o valor esteja previamente informado na proposta comercial e seja comunicado ao beneficiário.

14.6. Em caso de perda, extravio ou uso indevido da carteira de identificação, o beneficiário deverá

comunicar a operadora de plano de assistência à saúde logo que tomar conhecimento do fato, para fins de bloqueio, substituição ou adoção das providências cabíveis.

14.7. A ausência momentânea da carteira de identificação não poderá impedir o atendimento do beneficiário, especialmente nos casos de urgência e emergência, desde que seja possível sua identificação por outros meios.

15. Da Rede Assistencial e das Condições de Atendimento

15.1. Os serviços abrangidos pelo Plano de Assistência à Saúde serão prestados por profissionais, estabelecimentos e prestadores integrantes da rede assistencial da operadora de plano de assistência à saúde, observadas as condições do produto contratado, a legislação aplicável e a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

15.2. Os atendimentos assistenciais deverão ser prestados em condições compatíveis com as necessidades clínicas do beneficiário, observadas as coberturas contratadas, a rede assistencial disponibilizada, os prazos máximos de atendimento estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e as disposições deste Termo de Referência.

15.3. Os atendimentos de urgência e emergência independem de autorização prévia, devendo a operadora de plano de assistência à saúde assegurar o atendimento através de rede própria, credenciada, referenciada ou por sistema de intercâmbio.

15.4. Os serviços assistenciais serão prestados, preferencialmente, pelos profissionais, estabelecimentos e prestadores integrantes da rede assistencial disponibilizada pela CONTRATADA, observadas as hipóteses de reembolso, urgência, emergência, intercâmbio e demais situações previstas na legislação, regulamentação aplicável e nas condições do produto contratado.

15.5. A substituição, exclusão ou redimensionamento da rede hospitalar deverá observar integralmente o disposto na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, preservando a suficiência da rede mínima exigida neste Termo de Referência.

15.6. Na hipótese de substituição de entidade hospitalar durante período de internação do beneficiário, a CONTRATADA deverá assegurar a continuidade da assistência até a alta hospitalar, sem ônus adicional ao beneficiário, observadas as condições previstas na legislação e regulamentação aplicáveis.

15.7. Havendo divergência quanto à indicação do profissional assistente para realização de procedimento, utilização de órteses, próteses, materiais especiais, terapias ou demais tratamentos cobertos, poderá ser adotado o mecanismo de junta médica ou odontológica, nos termos da regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

15.8. A junta médica ou odontológica será composta pelo profissional assistente solicitante, por profissional indicado pela CONTRATADA e por terceiro profissional desempatador escolhido de comum acordo entre as partes, observadas as regras previstas na regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, cabendo à operadora de plano de assistência à saúde o custeio dos honorários do profissional desempatador.

15.9. A disponibilização de atendimento por telemedicina não afasta a obrigação da CONTRATADA de manter rede assistencial presencial suficiente para atendimento aos beneficiários, observado o disposto neste Termo de Referência.

16. Do Prazo De Vigência

16.1. A contratação possui natureza continuada, por se tratar de serviço essencial destinado à assistência à saúde dos beneficiários, cuja interrupção poderá comprometer a continuidade do atendimento e a adequada execução das atividades institucionais da Câmara Municipal de São José.

16.2. O prazo de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado sucessivamente, respeitado o limite máximo de 10 (dez) anos previsto para os serviços contínuos na Lei Federal nº 14.133/2021, desde que demonstradas a vantajosidade da contratação, a manutenção das condições de habilitação da CONTRATADA, a adequada execução contratual e observadas as disposições da Lei Federal nº 14.133/2021.

16.3. Para fins de avaliação da vantajosidade da prorrogação contratual, a CONTRATANTE poderá exigir da operadora de plano de assistência à saúde o relatório de sinistralidade do contrato, memória de cálculo, demonstrativos financeiros e demais informações necessárias à análise da sustentabilidade econômico-financeira da contratação.

17. Do Reajuste e Do Reequilíbrio Econômico-Financeiro

17.1. Nenhum reajuste poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária decorrentes de mudança de faixa etária, migração ou adaptação do contrato à Lei Federal nº 9.656/1998.

17.2. Após o interregno mínimo de 12 (doze) meses, os preços poderão ser reajustados pela variação acumulada, nos últimos 12 (doze) meses, do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, Grupo Saúde e Cuidados Pessoais, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, tendo como data-base a data da proposta comercial definitiva da CONTRATADA (...../...../.....), ou por outro índice oficial que venha a substituí-lo.

17.2.1. O reajuste será calculado e aplicado pela Câmara Municipal de São José, após o cumprimento do interregno mínimo de 12 (doze) meses, com base na variação acumulada do índice previsto neste item.

17.2.2. A Câmara Municipal de São José comunicará formalmente à CONTRATADA o percentual de reajuste apurado, o período considerado no cálculo e a competência a partir da qual os novos valores deverão ser faturados.

17.2.3. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas mensalidades serão submetidos ao reajuste na data única de aplicação.

17.2.4. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados entre beneficiários vinculados ao mesmo produto no âmbito do futuro Contrato.

17.3. Para fins de cumprimento da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, considera-se reajuste qualquer variação positiva no valor da contraprestação pecuniária, sem prejuízo da distinção entre reajuste contratual e restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro estabelecida pela Lei Federal nº 14.133/2021.

17.4. Eventual pedido de restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro deverá ser instruído com documentos que comprovem o fato superveniente, seu nexo de causalidade com a execução contratual e

o impacto efetivo nos custos da contratação, observado o disposto na Lei Federal nº 14.133/2021.

17.5. O pedido deverá ser acompanhado de memória de cálculo detalhada, documentos contábeis, demonstrativos financeiros, relatórios técnicos e demais elementos necessários à demonstração do efetivo desequilíbrio econômico-financeiro alegado.

17.6. A Administração analisará o pedido de restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da apresentação da documentação completa, podendo o prazo ser suspenso durante a realização de diligências ou solicitação de documentos complementares.

17.7. O restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro não se confunde com o reajuste financeiro anual nem com o reajuste por sinistralidade.

17.8. O reconhecimento do direito ao restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro dependerá da comprovação da ocorrência dos pressupostos legais e contratuais aplicáveis, da efetiva repercussão econômica do evento e de sua relação com a execução contratual.

17.9. Reconhecida a necessidade de recomposição do equilíbrio econômico-financeiro, a Administração poderá, observada a legislação aplicável e a disponibilidade orçamentária e financeira, avaliar e adotar a medida juridicamente adequada para restabelecer a equação econômico-financeira do Contrato, inclusive mediante:

I – revisão dos valores de contribuição pagos pelos beneficiários para custeio das mensalidades;
II – aporte financeiro complementar, quando juridicamente admissível; ou
III – outra forma juridicamente admitida que preserve a equação econômico-financeira do Contrato.

17.10 Do reajuste por agrupamento de contratos

17.10.1. Na hipótese de o contrato se enquadrar nos critérios de agrupamento de contratos coletivos previstos na Resolução Normativa ANS nº 565/2022, ou em norma que venha a substituí-la, o reajuste anual observará a metodologia de agrupamento aplicável à CONTRATADA e ao produto contratado.

17.10.2 Para fins de definição da aplicabilidade do agrupamento, será observada a quantidade de beneficiários estabelecida pela regulamentação da ANS, admitindo-se quantitativo superior quando adotado pela CONTRATADA, desde que:

I – o quantitativo seja expressamente informado na proposta comercial definitiva;
II – conste expressamente do Contrato;
III – seja aplicado de forma objetiva e uniforme aos contratos integrantes do respectivo agrupamento; e
IV – eventual alteração posterior somente ocorra mediante aditamento contratual, observada a regulamentação vigente da ANS.

17.10.3 A proposta comercial definitiva deverá conter os critérios e a metodologia utilizada para cálculo do reajuste por agrupamento, indicando, no mínimo:

I – a quantidade de beneficiários considerada para inclusão dos contratos no agrupamento;
II – a fórmula ou outro meio utilizado para apuração do percentual de reajuste;
III – os componentes, variáveis e critérios considerados no cálculo;

IV – o critério e o período de apuração da quantidade de beneficiários para fins de enquadramento no agrupamento;
V – o período considerado para cálculo do reajuste;
VI – o período de aplicação do percentual apurado;
VII – a existência ou não de subagrupamentos por tipo de cobertura e, quando existentes, os respectivos critérios; e
VIII – os demais elementos necessários à compreensão, conferência e reprodução do cálculo pela CONTRATANTE.

17.10.4. A metodologia apresentada pela CONTRATADA integrará o Contrato para todos os fins e não poderá ser substituída ou alterada unilateralmente durante sua vigência.

17.10.5. Uma vez caracterizado o enquadramento do Contrato no agrupamento, será aplicado o percentual único calculado para o respectivo agrupamento ou subagrupamento, conforme a metodologia previamente estabelecida, vedada sua alteração unilateral durante a vigência contratual, observado o disposto na regulamentação vigente da ANS.

17.10.6. Ressalvada a hipótese de formação de subagrupamentos admitida pela regulamentação da ANS, deverá ser calculado percentual único de reajuste para os contratos integrantes do mesmo agrupamento, vedada a aplicação de percentuais distintos entre contratos submetidos ao mesmo critério de agrupamento.

17.10.7. Caso a CONTRATADA adote o desmembramento em subagrupamentos por tipo de cobertura, o Contrato será enquadrado no subagrupamento correspondente à segmentação assistencial do produto contratado, observadas as categorias previstas na regulamentação vigente da ANS.

17.10.8. O percentual calculado para o agrupamento será aplicado na data e no período de aplicação definidos pela regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, observada a periodicidade mínima legal.

17.10.9. A CONTRATADA deverá comprovar, previamente à aplicação do reajuste:
I – o enquadramento do Contrato no agrupamento ou subagrupamento correspondente;
II – a quantidade de beneficiários considerada para fins de enquadramento;
III – o percentual de reajuste calculado;
IV – a metodologia e a memória de cálculo correspondentes; e
V – a divulgação do percentual em seu endereço eletrônico, nos termos e prazos estabelecidos pela regulamentação da ANS.

17.10.10. O reajuste por agrupamento dependerá de formalização administrativa pela CONTRATANTE, destinada à verificação do enquadramento do Contrato, da observância da metodologia contratualmente estabelecida e da correspondência entre o percentual aplicado e aquele divulgado pela CONTRATADA para o respectivo agrupamento.

17.10.11. Quando aplicável o reajuste por agrupamento, o percentual correspondente constituirá o reajuste anual do Contrato para o respectivo período, não sendo admitida a aplicação cumulativa de outro reajuste anual destinado à mesma finalidade, ressalvadas as variações expressamente admitidas pela legislação e pela regulamentação da ANS.

17.10.12. Caso o Contrato não se enquadre nos critérios de agrupamento na data de apuração

prevista na regulamentação aplicável, serão observadas as demais regras de reajuste estabelecidas no Termo de Referência e no Contrato.

18. Do reajuste por sinistralidade

18.1 O contrato poderá ser submetido a reajuste por sinistralidade, de forma complementar ao reajuste anual aplicável ao contrato, observadas as regras previstas no item 17 deste Termo de Referência, quando verificada a superação da sinistralidade-meta estabelecida neste instrumento.

18.1.1 Para fins desta cláusula, o nível de sinistralidade será apurado pela proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, consideradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, conforme a seguinte fórmula:

Sinistralidade (%) = (Despesas Assistenciais ÷ Receitas Diretas do Plano) × 100.

18.1.2 Para fins de apuração e análise do reajuste por sinistralidade, será considerada como parâmetro técnico de referência a sinistralidade-meta de 75% (setenta e cinco por cento).

18.1.3 A CONTRATADA deverá apresentar requerimento formal de reajuste por sinistralidade, acompanhado, no mínimo, de:

I – memória de cálculo detalhada;

II – relatório de sinistralidade;

III – identificação do período de apuração;

IV – discriminação das despesas assistenciais contabilizadas;

V – discriminação das receitas diretas consideradas;

VI – critérios de inclusão e exclusão dos valores utilizados no cálculo;

VII – demonstrativos contábeis, financeiros e atuariais pertinentes; e

VIII – demais documentos necessários à verificação dos dados apresentados.

18.2 O pedido de reajuste por sinistralidade dependerá de análise administrativa em processo próprio, destinada à verificação da metodologia utilizada, dos dados apresentados, da efetiva superação da sinistralidade-meta e da compatibilidade do percentual requerido com as condições contratuais e regulatórias aplicáveis.

18.3 Reconhecida a necessidade de reajuste por sinistralidade, o respectivo percentual será formalizado por instrumento próprio e aplicado de forma complementar ao reajuste anual aplicável ao contrato, observadas as regras de reajuste previstas neste Termo de Referência e vedada a duplicidade de recomposição fundada nos mesmos componentes econômico-atuariais.

18.4 Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, eventual reajuste por sinistralidade será aplicado de forma uniforme aos beneficiários vinculados ao mesmo produto no âmbito deste contrato.

18.5 Quando juridicamente cabível e devidamente fundamentado no processo administrativo, os efeitos financeiros do reajuste por sinistralidade poderão retroagir à data em que restarem configurados os pressupostos para sua aplicação, observadas as condições legais, contratuais e orçamentárias pertinentes.

18.6 A Administração poderá, observada a legislação aplicável e a disponibilidade orçamentária e financeira, adotar a medida juridicamente adequada para restabelecer a equação econômico-financeira do contrato, inclusive mediante:

I – revisão dos valores de contribuição pagos pelos beneficiários para custeio das mensalidades;

II – aporte financeiro complementar; ou

III – outra forma juridicamente admitida que preserve a equação econômico-financeira do contrato.

19. Da Implantação e Orientação Operacional

19.1. Após a assinatura do contrato, a CONTRATADA deverá prestar orientação inicial aos servidores designados pela CONTRATANTE para gestão e acompanhamento do Plano de Assistência à Saúde.

19.2. A orientação deverá abranger, no mínimo:

a) procedimentos para inclusão, exclusão e alteração cadastral de beneficiários;

b) utilização dos sistemas, portais, aplicativos ou demais ferramentas disponibilizadas pela operadora de plano de assistência à saúde;

c) procedimentos para emissão de carteiras de identificação;

d) faturamento, coparticipação e demais informações necessárias à gestão contratual;

e) canais de atendimento disponibilizados à CONTRATANTE e aos beneficiários;

f) disponibilização de manual operacional ou material orientativo destinado aos beneficiários e aos gestores do contrato.

19.3. A orientação poderá ser realizada presencialmente ou por meio remoto, mediante acordo entre as partes.

19.4. Sempre que houver alteração relevante nos procedimentos operacionais ou solicitação fundamentada da CONTRATANTE, a CONTRATADA deverá prestar orientações complementares aos servidores responsáveis pela gestão do contrato.

19.5. Todos os custos relacionados às orientações previstas neste item deverão estar incluídos nos valores contratados, vedada qualquer cobrança adicional.

19.6. Sempre que solicitado pela CONTRATANTE, a CONTRATADA deverá participar de reuniões técnicas destinadas ao acompanhamento da execução contratual, sem ônus adicional.

20. Do Pagamento

20.1. Os valores devidos pela cobertura assistencial serão estabelecidos na modalidade de preço preestabelecido, mediante mensalidades fixadas por beneficiário, produto e faixa etária.

20.2. O pagamento total das contraprestações pecuniárias devidas à CONTRATADA será efetuado pela CONTRATANTE, na qualidade de pessoa jurídica contratante, ressalvadas as hipóteses previstas nos arts. 30 e 31 da Lei Federal nº 9.656/1998, as operadoras na modalidade de autogestão ou entes da administração pública direta ou indireta.

20.2.1. A responsabilidade pela cobrança, retenção e desconto das contribuições e coparticipações devidas pelos beneficiários será exclusivamente da CONTRATANTE, não podendo a CONTRATADA realizar cobrança direta aos beneficiários vinculados ao contrato coletivo, ressalvadas as hipóteses legalmente previstas de manutenção da condição de beneficiário após o encerramento do vínculo com a CONTRATANTE.

20.2.2. Nas hipóteses em que o beneficiário assumir diretamente o pagamento das mensalidades à CONTRATADA, a cobrança, a notificação por inadimplência, a suspensão da cobertura e a eventual exclusão deverão observar a Resolução Normativa ANS nº 593/2023, ou outra que venha a substitui-la, devendo a CONTRATADA comunicar à CONTRATANTE as exclusões realizadas para atualização cadastral.

20.2.2.1 A notificação da inadimplência até o quinquagésimo dia do não pagamento, será realizada pelos seguintes meios:

a) Correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura;

b) Mensagem de texto para telefones celulares (SMS) ou via aplicativo de mensagens com criptografia de ponta a ponta, que somente será válida se o destinatário responder a notificação confirmando a sua ciência;

c) Ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), para o telefone cadastrado no banco de dados da Contratada, fornecidas pelo CONTRATANTE ou pela pessoa natural a ser notificada, com confirmação de dados pelo interlocutor;

d) Carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios a ser guardado pela CONTRATADA, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada; ou preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada;

e) Área restrita da página institucional da operadora na Internet e/ou por meio de aplicativo da operadora para dispositivos móveis, desde que a notificação somente seja acessível por meio de login e senha pessoais;

f) Outros que vierem a ser incorporados pela regulamentação em vigor.

20.3. O faturamento deverá ser realizado com base na relação de beneficiários ativos na data de fechamento definida contratualmente, contemplando:

a) as mensalidades correspondentes aos beneficiários inscritos;

b) os valores de coparticipação efetivamente devidos no período;

c) as inclusões, exclusões e demais movimentações cadastrais ocorridas no período de faturamento.

20.4. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre beneficiários já vinculados ao contrato e aqueles posteriormente incluídos, sendo admitidas apenas as variações decorrentes de critérios objetivos previstos na legislação e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, tais como faixa etária, reajustes contratuais ou alteração de cobertura.

20.5. O pagamento será efetuado mediante apresentação da Nota Fiscal/Fatura e dos documentos de faturamento correspondentes, por meio de crédito bancário, no prazo de até 30 (trinta) dias corridos contados do recebimento e atesto pelo fiscal do contrato.

20.6. A Nota Fiscal/Fatura deverá ser emitida com o mesmo CNPJ e razão social da CONTRATADA constante da contratação e será submetida à conferência do fiscal do contrato, que verificará a conformidade do faturamento com as condições contratuais.

20.7. Constatadas inconsistências, divergências cadastrais, erros de faturamento ou ausência de documentos necessários à liquidação da despesa, o prazo para pagamento ficará suspenso até a regularização pela CONTRATADA.

20.8. A CONTRATADA deverá encaminhar, juntamente com a fatura mensal, relatório detalhado contendo, no mínimo:

a) a relação dos beneficiários ativos;
b) as inclusões e exclusões ocorridas no período;
c) os valores das mensalidades por beneficiário;
d) os valores de coparticipação por beneficiário;
e) a discriminação dos eventos assistenciais que deram origem às coparticipações, limitada às informações estritamente necessárias à conferência do faturamento e à realização dos descontos, observados o sigilo das informações de saúde e a LGPD;
f) demais informações necessárias à conferência do faturamento e à realização dos descontos em folha pela CONTRATANTE;
g) relatório de sinistralidade, quando solicitado pela CONTRATANTE.

20.9. Em caso de atraso no pagamento imputável à CONTRATANTE, incidirão sobre o valor do débito juros de mora de 1% ao mês, calculados proporcionalmente à razão de 0,033333% ao dia, e multa de 2%, observada a legislação aplicável.

20.10. Os valores faturados deverão observar rigorosamente os preços contratados, as regras de coparticipação previstas neste Termo de Referência, os reajustes regularmente aplicados e as movimentações cadastrais efetivamente ocorridas no período de referência.

20.11. A CONTRATANTE poderá realizar auditoria administrativa sobre os documentos de faturamento apresentados pela CONTRATADA, podendo solicitar esclarecimentos, documentos complementares ou retificações sempre que identificar inconsistências, sem prejuízo da suspensão do prazo para pagamento.

21. Da Proposta Comercial

21.1. Para fins de formulação da proposta e julgamento da licitação, a licitante deverá apresentar os valores correspondentes ao Plano de Referência definido pela Câmara Municipal de São José, com as características mínimas e demais condições estabelecidas neste Termo de Referência.

21.2. O Plano de Referência constitui o parâmetro adotado pela Administração para fins de comparação das propostas, julgamento da licitação, formação do preço estimado da contratação e custeio do benefício previsto na Lei Municipal nº 6.601, de 26 de junho de 2026.

21.3. A proposta inicial deverá ser apresentada pelo valor global correspondente aos 12 (doze) meses de vigência contratual, calculado com base nos quantitativos estimados de beneficiários e em sua distribuição por faixa etária.

21.3.1. Durante a etapa competitiva, os lances serão formulados exclusivamente pelo valor global da contratação, não sendo exigida, durante a disputa, a atualização simultânea dos valores unitários por faixa etária.

21.3.2. O valor global máximo aceitável para a proposta é de R$ 1.509.116,52 (um milhão, quinhentos e nove mil, cento e dezesseis reais e cinquenta e dois centavos), correspondente ao período estimado de 12 (doze) meses.

21.3.3. Será desclassificada a proposta que, após a negociação, quando cabível, permanecer com valor global superior ao máximo estabelecido no item 21.3.2.

21.3.4. O julgamento das propostas será realizado pelo critério de menor preço global, observados os requisitos de habilitação, as especificações técnicas, a exequibilidade da proposta e as demais condições estabelecidas neste Termo de Referência e no Edital.

21.4. Para a formação do valor global estimado da contratação, a Administração considerou os quantitativos atuais de beneficiários e os valores unitários mensais estimados por faixa etária constantes da tabela abaixo:

Faixa etária	Quantidade estimada	Valor unitário mensal estimado por beneficiário (R$)	Valor mensal estimado por faixa (R$)	Valor anual estimado por faixa (R$)
00 a 18 anos	27	375,13	10.128,51	121.542,12
19 a 23 anos	11	468,91	5.158,01	61.896,12
24 a 28 anos	9	582,96	5.246,64	62.959,68
29 a 33 anos	7	654,70	4.582,90	54.994,80
34 a 38 anos	14	700,53	9.807,42	117.689,04
39 a 43 anos	17	807,98	13.735,66	164.827,92
44 a 48 anos	21	971,41	20.399,61	244.795,32
49 a 53 anos	9	1.126,29	10.136,61	121.639,32
54 a 58 anos	15	1.388,73	20.830,95	249.971,40
59 anos ou mais	12	2.144,45	25.733,40	308.800,80
Total	142	—	125.759,71	1.509.116,52

21.4.1. Os valores unitários mensais por beneficiário constantes da tabela possuem caráter exclusivamente estimativo e foram utilizados pela Administração para a formação do valor global estimado da contratação, não constituindo limites máximos individualizados por faixa etária.

21.4.2. A licitante não estará obrigada a reproduzir, em sua proposta, a distribuição dos valores unitários estimados pela Administração, podendo estabelecer os valores correspondentes a cada faixa etária de acordo com a formação comercial do produto ofertado, desde que observados o valor global máximo aceitável e as demais condições estabelecidas neste Termo de Referência.

21.5. Encerrada a etapa de lances e concluída a negociação, a licitante provisoriamente classificada em primeiro lugar deverá apresentar proposta comercial definitiva, ajustada ao valor global final ofertado, conforme o modelo constante do Anexo II.

21.5.1. A proposta comercial definitiva deverá apresentar inicialmente o valor global correspondente aos 12 (doze) meses de vigência contratual e, na sequência, sua decomposição em valores unitários mensais por beneficiário e por faixa etária, observados os quantitativos estimados constantes do Anexo II.

21.5.2. O valor global da proposta comercial definitiva corresponderá ao somatório dos valores anuais de todas as faixas etárias, obtidos mediante a multiplicação dos valores unitários mensais ofertados pelos respectivos quantitativos estimados e por 12 (doze) meses.

21.5.3. Os valores unitários por faixa etária apresentados na proposta comercial definitiva poderão ser superiores ou inferiores aos respectivos valores estimados pela Administração, desde que o

valor global não ultrapasse o último lance ofertado ou o valor resultante da negociação.

21.5.4. Os valores unitários e os percentuais de variação entre as faixas etárias deverão observar os limites estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, inclusive quanto à relação entre os valores da primeira e da última faixa etária e às variações acumuladas entre as faixas.

21.5.5. O valor resultante da decomposição da proposta comercial definitiva deverá corresponder ao valor global final ofertado pela licitante, admitida diferença residual decorrente exclusivamente de arredondamento, desde que o resultado seja inferior ao valor final do lance.

21.5.6. Eventuais erros de cálculo, divergências na decomposição ou diferenças decorrentes de arredondamento poderão ser corrigidos mediante diligência, desde que não haja aumento do valor global final ofertado nem alteração das condições essenciais da proposta.

21.6. Os quantitativos informados neste Termo de Referência possuem caráter estimativo e destinam-se à elaboração e à decomposição das propostas, à formação dos preços e ao julgamento da licitação, não gerando à CONTRATANTE obrigação de manutenção de quantitativos mínimos, da distribuição etária estimada ou do número de beneficiários existente na data da licitação durante a execução contratual.

21.7. A proposta comercial definitiva deverá ser apresentada conforme o modelo constante do Anexo II, com o preenchimento integral dos quadros, tabelas, informações e declarações nele previstos.

21.7.1. Quando determinada informação não for aplicável ao produto ofertado, a licitante deverá registrar expressamente essa condição no campo correspondente, acompanhada da respectiva justificativa, quando necessária à compreensão da proposta.

21.8. A proposta comercial definitiva deverá ser acompanhada dos documentos necessários à comprovação do atendimento dos requisitos técnicos mínimos estabelecidos neste Termo de Referência.

21.8.1. Para fins de comprovação das características técnicas do produto e da rede assistencial, a licitante deverá apresentar, no mínimo:

a) identificação do produto ofertado, com indicação do respectivo número de registro perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

b) documentação apta a comprovar a área geográfica de abrangência e a área de atuação do produto ofertado, demonstrando o atendimento integral da Área Mínima Exigida na Contratação;

c) relação da rede assistencial vinculada ao produto ofertado, elaborada na forma e com as informações mínimas previstas no item 7.3.6 deste Termo de Referência;

d) documentação apta a comprovar que a rede assistencial vinculada ao produto ofertado atende às exigências previstas neste Termo de Referência, especialmente quanto à disponibilidade de Unidade de Terapia Intensiva – UTI adulto, pediátrica e neonatal, maternidade, pronto atendimento, procedimentos de alta complexidade e demais serviços assistenciais exigidos, inclusive quanto à integração à rede assistencial e à efetiva disponibilidade aos beneficiários, na data da apresentação da proposta, dos estabelecimentos indicados para atendimento ao disposto no item 7.3.3 deste Termo de Referência;

e) documentação apta a comprovar a disponibilidade de atendimento de urgência e emergência; e

f) Declaração de Conformidade Técnica do Produto Ofertado, conforme modelo constante do Anexo IV do Edital.

21.8.2. Para fins de comprovação das condições de coparticipação, deverão acompanhar a proposta a Tabela de Referência de Coparticipação, a metodologia de cálculo, os percentuais, os valores fixos e os critérios aplicáveis, inclusive quanto às internações hospitalares e psiquiátricas.

21.8.3. Quando aplicável o regime de agrupamento de contratos, deverão constar da proposta comercial definitiva os critérios e a metodologia previstos no item 17.10.3 deste Termo de Referência.

21.9. A rede assistencial apresentada deverá corresponder à rede efetivamente vigente na data de apresentação da proposta, vedada a indicação de prestadores sem vínculo ativo ou sem disponibilidade de atendimento aos beneficiários do produto ofertado na data da apresentação da proposta comercial.

21.10. Os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional (Real), admitindo-se até 2 (duas) casas decimais após a vírgula.

21.11. Os valores unitários por faixa etária, as metodologias, as tabelas, os critérios de coparticipação e as demais informações constantes da proposta vencedora integrarão o contrato e constituirão a base para o faturamento mensal, ressalvadas as alterações decorrentes de mudança de faixa etária, reajuste, revisão ou demais hipóteses expressamente previstas neste Termo de Referência, no contrato e na legislação aplicável.

21.12. A apresentação da proposta implica declaração da licitante de que o produto ofertado e as respectivas condições comerciais são compatíveis com os critérios, o índice, a periodicidade e a metodologia de reajuste estabelecidos neste Termo de Referência e na Minuta Contratual, não sendo admitida a aplicação unilateral de metodologia ou percentual diverso durante a execução do contrato.

21.13. Para fins desta contratação, o preço será determinado por beneficiário e por faixa etária, conforme os valores apresentados na proposta comercial definitiva da CONTRATADA, sendo o faturamento mensal calculado de acordo com os beneficiários efetivamente vinculados ao plano e sua respectiva distribuição etária.

21.13.1. A participação financeira da CONTRATANTE corresponderá à diferença entre o valor da mensalidade do Plano de Referência aplicável à respectiva faixa etária e a contribuição devida pelo beneficiário titular ou dependente, conforme previsto na Lei Municipal nº 6.601/2026.

1.2. Da natureza do objeto

(x) Não se enquadra como sendo bem de luxo, conforme estabelecido em Resolução.
(x) Os serviços, objeto desta contratação são caracterizados como comuns, com características e especificações usuais de mercado.

2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

Historicamente, a Câmara Municipal de São José esteve vinculada ao Plano de Assistência à Saúde disponibilizado aos servidores da Prefeitura Municipal de São José/SC, o que permitiu, ao longo dos anos, a oferta de assistência médica aos servidores do Poder Legislativo em condições semelhantes às disponibilizadas aos servidores do Poder Executivo.

Entretanto, considerando a autonomia administrativa, financeira e orçamentária da Câmara Municipal, bem como a necessidade de estabelecer regras próprias de custeio, gestão, fiscalização e acompanhamento contratual, mostra-se adequada a realização de contratação específica para atendimento das necessidades dos agentes públicos vinculados ao Poder Legislativo Municipal.

A contratação própria permitirá maior controle sobre as condições de cobertura assistencial, rede credenciada, mecanismos de regulação, critérios de coparticipação, custos envolvidos e demais aspectos relacionados à execução contratual, possibilitando à Administração adequar o benefício às características e necessidades de seu quadro funcional.

Ressalta-se, ainda, a necessidade de assegurar a continuidade da assistência à saúde aos beneficiários atualmente vinculados ao plano, evitando descontinuidade na cobertura assistencial e garantindo a manutenção do acesso a consultas, exames, terapias, procedimentos ambulatoriais, internações e demais serviços indispensáveis à promoção e preservação da saúde.

A disponibilização de plano de assistência à saúde constitui importante instrumento de valorização dos servidores públicos, vereadores, aposentados, pensionistas e respectivos dependentes, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, para a promoção da saúde física e mental, para a redução do absenteísmo e para o aumento da produtividade e do bem-estar no ambiente de trabalho.

Além disso, a oferta de assistência suplementar à saúde está alinhada às boas práticas de gestão de pessoas adotadas pela Administração Pública, fortalecendo as políticas de valorização institucional, retenção de talentos e promoção de condições adequadas para o desempenho das atividades públicas.

Dessa forma, a presente contratação busca garantir a continuidade e a qualidade da assistência à saúde disponibilizada aos beneficiários vinculados à Câmara Municipal de São José, observados os princípios da eficiência, da economicidade, da continuidade do serviço e da adequada gestão dos recursos públicos.

3. DOS PARÂMETROS DA LICITAÇÃO

3.1. Será adotado o Sistema de Registro de Preços – SRP?

(x) Não

3.2. Será adotado tratamento diferenciado a microempresas (ME) e empresas de pequeno porte (EPP), conforme o disposto no art. 48 da Lei Complementar nº 123/2006 (alterado pela Lei Complementar nº 147/2014):

(x) Valor referencial superior a R$ 80.000,00 de natureza divisível, porém não sendo aplicável tratamento diferenciado e simplificado para as microempresas e empresas de pequeno porte por não ser mais vantajoso para a administração pública.

Justificativa:

Não se mostra aplicável, no presente certame, a adoção de tratamento diferenciado e simplificado em favor de microempresas e empresas de pequeno porte, nos termos do art. 49, inciso III, da Lei Complementar nº 123/2006, por não se revelar vantajosa para a Administração Pública.

O objeto da contratação consiste na prestação de serviços continuados de assistência à saúde suplementar, atividade sujeita à regulamentação específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, exigindo autorização de funcionamento, registro dos produtos ofertados, capacidade econômico-financeira compatível, rede assistencial estruturada e atendimento de requisitos técnicos e regulatórios próprios do setor.

Além disso, a contratação pressupõe a disponibilização de ampla rede assistencial, cobertura assistencial compatível com as exigências do Termo de Referência, atendimento de urgência e emergência, mecanismos de regulação, processamento de coparticipações e demais obrigações inerentes à operação de plano privado de assistência à saúde, circunstâncias que restringem

significativamente a participação de empresas enquadradas como microempresas ou empresas de pequeno porte.

Dessa forma, a reserva de participação, a realização de licitação exclusiva ou a adoção de qualquer outro benefício previsto nos arts. 47 e 48 da Lei Complementar nº 123/2006 não se mostram aptas a ampliar a competitividade do certame, podendo, ao contrário, comprometer a obtenção da proposta mais vantajosa e a efetiva competição entre os agentes econômicos aptos a executar o objeto, razão pela qual se afasta sua aplicação neste procedimento.

3.3. Haverá necessidade de vistoria prévia (visita técnica)?
(x) Não será exigida vistoria.

3.4. Será admitida a participação de consórcios?
(x) Sim

3.5. Será admitida a participação de cooperativas?
(x) Sim

3.6. Será admitida a subcontratação?
(x) Não

3.7. Do agrupamento de itens em lotes
A aquisição/contratação se dará em lotes?
(x) Sim

Justificativa:

Os itens que compõem o lote correspondem às faixas etárias utilizadas para formação do preço do mesmo Plano de Assistência à Saúde, possuindo relação de interdependência técnica, econômica e atuarial.

A contratação por lote único mostra-se necessária para assegurar a adequada composição da carteira de beneficiários, a manutenção do equilíbrio atuarial do plano, a uniformidade das condições assistenciais e a gestão contratual do objeto.

A adjudicação por itens isolados inviabilizaria a execução do contrato, comprometendo a formação de preços, a sustentabilidade econômico-financeira da contratação e a própria prestação dos serviços de assistência à saúde, razão pela qual o julgamento será realizado pelo menor preço global do lote.

4. DOS CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO DA PROPOSTA

4.1. Serão exigidos documentos adicionais juntamente com a proposta de preços (para análise da área técnica e/ou Unidade Requisitante na fase de julgamento da proposta final de preços):
(x) Sim
Se sim, quais?

a) identificação do produto ofertado, com indicação do respectivo número de registro perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
b) documentação apta a comprovar a área de abrangência geográfica do produto ofertado, demonstrando o atendimento da abrangência mínima exigida neste Termo de Referência;
c) relação da rede assistencial vinculada ao produto ofertado, contendo a identificação dos estabelecimentos de saúde e dos serviços efetivamente disponibilizados aos beneficiários;
d) documentação apta a comprovar que a rede assistencial vinculada ao produto ofertado atende às exigências previstas neste Termo de Referência, especialmente quanto à disponibilidade de Unidade de Terapia Intensiva – UTI adulto, pediátrica e neonatal, maternidade, pronto atendimento, procedimentos de alta complexidade e demais serviços assistenciais exigidos;
e) documentação apta a comprovar a disponibilidade de atendimento de urgência e emergência;
f) documentação apta a comprovar que os estabelecimentos indicados para atendimento ao disposto no item 7.3.3 integram a rede assistencial vinculada ao produto ofertado e encontram-se disponíveis aos beneficiários na data da apresentação da proposta;
g) Declaração de Conformidade Técnica do Produto Ofertado, conforme modelo constante do Anexo IV deste Edital.

4.2. Será exigido amostra do(s) produto(s)/demonstração do(s) serviço(s):
(x) Não

4.3. Será exigida prova de conceito?
(x) Não

4.4. Será exigida carta de solidariedade?
(x) Não

4.5. Será exigida garantia de proposta?
(x) Não

5. DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO

Para fins de habilitação, deverá o licitante comprovar os seguintes requisitos:

5.1. Habilitação Jurídica

(x) Sociedade empresária, sociedade limitada unipessoal – SLU ou sociedade identificada como empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: inscrição do ato constitutivo, estatuto ou contrato social no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

(x) Sociedade empresária estrangeira: portaria de autorização de funcionamento no Brasil, publicada no Diário Oficial da União e arquivada na Junta Comercial da unidade federativa onde se localizar a filial, agência, sucursal ou estabelecimento, a qual será considerada como sua sede;

(x) Sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

(x) Filial, sucursal ou agência de sociedade simples ou empresária: inscrição do ato constitutivo da filial, sucursal ou agência da sociedade simples ou empresária, respectivamente, no Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz;

(x) Sociedade cooperativa: ata de fundação e estatuto social, com a ata da assembleia que o aprovou, devidamente arquivado na Junta Comercial ou inscrito no Registro Civil das Pessoas Jurídicas da respectiva sede, além do registro de que trata o art. 107 da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro 1971;

Os documentos apresentados deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva.

5.2. Habilitação fiscal, social e trabalhista

(x) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas ou no Cadastro de Pessoas Físicas, conforme o caso;

(x) Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social;

(x) Prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);

(x) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa;

(x) Prova de regularidade com a Fazenda Estadual e Municipal do domicílio ou sede do fornecedor, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre;

Caso o fornecedor seja considerado isento dos tributos relacionados ao objeto contratual, deverá comprovar tal condição mediante a apresentação de declaração da Fazenda respectiva do seu domicílio ou sede, ou outra equivalente, na forma da lei.

5.3. Qualificação econômico-financeira

(x) Certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor da sede do fornecedor - Lei nº 14.133/2021, art. 69, caput, inciso II);

(x) Índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), superiores a 1 (um), comprovados mediante a apresentação pelo licitante de balanço patrimonial, demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis dos 2 (dois) últimos exercícios sociais e obtidos pela aplicação das seguintes fórmulas:

Liquidez Geral (LG) = (Ativo Circulante + Realizável a Longo Prazo)/(Passivo Circulante + Passivo Não Circulante);

Solvência Geral (SG)= (Ativo Total)/(Passivo Circulante +Passivo não Circulante); e

Liquidez Corrente (LC) = (Ativo Circulante)/(Passivo Circulante).

Caso a empresa licitante apresente resultado inferior ou igual a 1 (um) em qualquer dos índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), será exigido para fins de habilitação capital mínimo OU patrimônio líquido mínimo de 10% do valor total estimado da contratação.

As empresas criadas no exercício financeiro da licitação deverão atender a todas as exigências da habilitação e poderão substituir os demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura. (Lei nº 14.133/2021, art. 65, §1º).

O balanço patrimonial, demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis limitar-se-ão ao último exercício no caso de a pessoa jurídica ter sido constituída há menos de 2 (dois) anos. (Lei nº 14.133/2021, art. 69, §6º)

O atendimento dos índices econômicos previstos neste item poderá ser atestado mediante declaração assinada por profissional habilitado da área contábil, apresentada pelo fornecedor.

Justificativa: Os índices estabelecidos atendem ao disposto no art. 69 da Lei 14.133/2021, pois permitem a comprovação da situação financeira da empresa de forma objetiva, foram estabelecidos observando valores usualmente adotados para a avaliação da situação financeira das empresas e não frustram ou restringem o caráter competitivo do certame, pois foram estabelecidos em patamares mínimos aceitáveis. Dessa forma, a utilização conjunta dos índices de liquidez corrente, liquidez geral e solvência geral é justificada por proporcionar uma análise completa da saúde financeira das empresas licitantes, tanto no curto quanto no longo prazo, assegurando a escolha de parceiros mais qualificados e financeiramente estáveis para a administração pública.

5.4. Qualificação técnica

(x) Comprovação de aptidão para o fornecimento de bens similares de complexidade tecnológica e operacional equivalente ou superior com o objeto desta contratação, ou com o item pertinente, por meio da apresentação de certidões ou atestados, por pessoas jurídicas de direito público ou privado, ou regularmente emitido(s) pelo conselho profissional competente, quando for o caso.
Para fins da comprovação de que trata este subitem, os atestados deverão dizer respeito a contratos executados com as seguintes características mínimas:

- disponibilização de plano privado de assistência à saúde com cobertura médico-hospitalar

Será admitida, para fins de comprovação de quantitativo mínimo, a apresentação e o somatório de diferentes atestados executados de forma concomitante.
Os atestados de capacidade técnica poderão ser apresentados em nome da matriz ou da filial do fornecedor.
O fornecedor disponibilizará todas as informações necessárias à comprovação da legitimidade dos atestados, apresentando, quando solicitado pela Administração, cópia do contrato que deu suporte

à contratação, endereço atual da contratante e local em que foi executado o objeto contratado, dentre outros documentos.

(x) Prova de atendimento aos requisitos previstos na Lei Federal nº 9.656/1998 e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS aplicável ao objeto da contratação.
Outras exigências de qualificação técnica:

a) comprovação de registro ativo da operadora junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
b) comprovação de autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
c) comprovação de que o produto ofertado encontra-se regularmente registrado perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e apto à comercialização na data da licitação;
d) comprovação de regularidade da operadora perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, mediante apresentação de documento ou consulta pública disponível no sítio eletrônico da Agência;

Caso admitida a participação de cooperativas, será exigida a seguinte documentação complementar:

(x) Os seguintes documentos para a comprovação da regularidade jurídica da cooperativa:
a) ata de fundação;
b) estatuto social com a ata da assembleia que o aprovou;
c) A última auditoria contábil-financeira da cooperativa, conforme dispõe o art. 112 da Lei n. 5.764, de 1971, ou uma declaração, sob as penas da lei, de que tal auditoria não foi exigida pelo órgão fiscalizador.

6. DA EXECUÇÃO DO OBJETO

6.1. Prazo de implantação

A CONTRATADA deverá promover a implantação do Plano de Assistência à Saúde no prazo máximo de até 30 (trinta) dias corridos, contados da assinatura do contrato, compreendendo todas as providências necessárias ao início da prestação dos serviços, inclusive cadastramento dos beneficiários, disponibilização dos meios de acesso ao plano e demais procedimentos operacionais necessários à sua efetiva utilização.
Considerar-se-á implantado o objeto após a disponibilização dos meios de utilização do plano aos beneficiários e o cumprimento das condições operacionais necessárias ao início da prestação dos serviços.
A execução contratual será acompanhada mensalmente pelo fiscal do contrato para fins de verificação da regular prestação dos serviços, liquidação da despesa e pagamento das respectivas faturas.

6.2. Local, horário e endereço de entrega

Os serviços serão prestados aos beneficiários da Câmara Municipal de São José por meio da rede assistencial da CONTRATADA, observadas as condições estabelecidas no Termo de Referência, no contrato e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
Os procedimentos administrativos relacionados à implantação e gestão do contrato serão realizados junto à Câmara Municipal de São José/SC, situada na Praça Arnoldo de Souza, nº 38, Centro, São José/SC, ou por meios eletrônicos disponibilizados pela CONTRATADA.

6.3. Bens perecíveis

(x) Não

6.4. Garantia de execução do contrato

Será exigida garantia de execução do contrato, nos moldes do Artigos 96 a 102 da Lei nº 14.133/21, em valor correspondente a 5 % do valor total do contrato?

(x) Não

6.5. Garantia do produto/serviço, manutenção e assistência técnica

(x) Assistência operacional

Especificar condições:

A CONTRATADA deverá disponibilizar durante toda a vigência contratual canais de atendimento destinados aos beneficiários e à CONTRATANTE, por meio telefônico, eletrônico ou digital, para esclarecimentos, orientações, informações sobre rede assistencial, autorizações, reembolsos, coparticipações, movimentação cadastral e demais assuntos relacionados à execução do contrato.
A CONTRATADA deverá disponibilizar canal específico para atendimento da unidade responsável pela gestão do contrato junto à Câmara Municipal de São José.

7. OBRIGAÇÕES ESPECÍFICAS DAS PARTES

7.1 Da contratada

Obriga-se a empresa vencedora:

a) Prestar os serviços de assistência à saúde durante toda a vigência contratual, observadas as condições previstas no Edital, Termo de Referência, contrato e regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

b) Executar os serviços de assistência à saúde em conformidade com a proposta apresentada, o Termo de Referência, o contrato e a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

c) Assegurar a adequada prestação dos serviços e o atendimento aos beneficiários.

d) Permanecer integralmente responsável pela execução contratual, não sendo admitida a transferência do contrato, sem prejuízo da utilização de rede própria, credenciada, contratada, referenciada ou sistema de intercâmbio, conforme regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

e) Manter, durante a vigência do contrato, todas as condições de habilitação e qualificações exigidas na licitação;

f) Responsabilizar-se por quaisquer danos ou prejuízos físicos ou materiais causados à Administração ou a terceiros, pelos seus prepostos, advindos de imperícia, negligência, imprudência ou desrespeito às normas de segurança, quando da execução do serviço;

g) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas, inclusive, despesa de natureza previdenciária, fiscal, trabalhista ou civil, bem como emolumentos, ônus ou encargos de qualquer espécie e origem, pertinentes à execução do objeto contratado;

h) Manter endereço eletrônico (e-mail) válido para fins de comunicação com a CONTRATANTE por todo o período de contratação, comunicando imediatamente em caso de alteração;

Da LGPD

i) Cumprir as obrigações relativas à proteção de dados pessoais previstas neste Termo de Referência e na legislação aplicável, adotando as medidas técnicas, administrativas, organizacionais e de segurança necessárias às operações de tratamento de dados pessoais realizadas sob sua responsabilidade.

Dos critérios e práticas de sustentabilidade

j) Adotar critérios e práticas de sustentabilidade durante a execução contratual, observando a legislação ambiental vigente e as normas técnicas aplicáveis.
k) Responder integralmente por eventuais danos ambientais decorrentes da execução contratual, devendo adotar, às suas expensas, as medidas corretivas cabíveis.

Das obrigações específicas
l) Comprovar sua regularidade perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sempre que solicitado pela CONTRATANTE;
m) Manter ativos, durante toda a vigência contratual, o registro da operadora e os registros dos produtos ofertados perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;.
n) Prestar orientação inicial e continuada à unidade responsável pela gestão do contrato quanto aos procedimentos de inclusão, exclusão e movimentação cadastral dos beneficiários;
o) Disponibilizar suporte técnico e operacional e canal específico de atendimento à Diretoria Administrativa e à unidade responsável pela gestão do benefício, destinado ao tratamento de demandas cadastrais, faturamento, coparticipação, reembolso e demais assuntos relacionados à execução contratual;
p) Designar representante responsável pelo atendimento institucional da CONTRATANTE, disponibilizando canais de contato para tratamento de questões operacionais, cadastrais, faturamento e demais demandas relacionadas à execução contratual;
q) Disponibilizar, sem ônus adicional, segunda via de demonstrativos, comprovantes, carteiras digitais e demais documentos necessários à utilização do plano;
r) garantir o atendimento integral das coberturas nos prazos previstos no artigo 3°, da RN ANS n°566/2022;
s) responder as solicitações não assistenciais no prazo de sete dias úteis, contado da data de seu registro;
t) responder imediatamente às solicitações de procedimentos ou serviços de cobertura assistencial de urgência e emergência, observadas as normas legais e infralegais em vigor;
u) responder às solicitações de procedimentos ou serviços de cobertura assistencial no prazo de até cinco dias úteis, a partir da data da solicitação, se não for possível fornecer resposta imediata;
v) responder às solicitações de procedimentos de alta complexidade - PAC ou de atendimentos em regime de internação eletiva em até dez dias úteis, a partir da data da solicitação;
w) responder dentro do prazo da RN n°566/2022, nos casos de solicitação de procedimentos ou serviços de cobertura assistencial em que os prazos máximos para garantia de atendimento, previstos na RN n° 566/2022, sejam inferiores aos prazos previstos no inciso II, art. 12, da RN n° 623/2024.
x) Disponibilizar a cada beneficiário, no momento de sua inclusão, o regulamento ou as condições gerais individualizadas do produto contratado, a proposta ou o termo de adesão, o guia de leitura contratual, o guia ou manual do beneficiário, a declaração de saúde, a carta de orientação ao beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, bem como os documentos e registros decorrentes de entrevista qualificada e/ou perícia médica, quando aplicáveis, e os demais documentos exigidos pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
y) Disponibilizar aos beneficiários canais de atendimento telefônico e eletrônico para esclarecimentos, autorizações, orientações sobre cobertura, rede assistencial, reembolso e demais serviços relacionados ao plano
z) Disponibilizar, no mínimo, uma unidade de atendimento presencial aos beneficiários em município integrante da área de abrangência mínima do produto ofertado;
aa) Ofertar, sem custo adicional, quando disponível, o serviço de telemedicina em regime de plantão para atendimento médico adulto e pediátrico, bem como, quando disponibilizadas pela operadora, consultas eletivas na modalidade remota, observado que nenhuma especialidade médica poderá ser ofertada exclusivamente por telemedicina, devendo permanecer assegurada a correspondente oferta de atendimento presencial;

bb) Disponibilizar aos beneficiários os meios de identificação previstos contratualmente, inclusive em formato digital, observados os prazos estabelecidos no Termo de Referência;

cc) Disponibilizar canal eletrônico específico destinado aos prestadores integrantes da rede assistencial para solicitação, acompanhamento e consulta das autorizações, sem prejuízo da possibilidade de utilização dos demais meios disponibilizados pela operadora;

dd) Disponibilizar aos beneficiários e aos prestadores integrantes da rede assistencial meios eletrônicos para solicitação, acompanhamento e consulta das autorizações, observadas as condições previstas no Termo de Referência;

ee) Informar de forma clara, atualizada e acessível as condições de habilitação e atendimento dos beneficiários junto à rede assistencial, as formas de acesso às consultas, exames, terapias, internações e demais serviços, bem como os documentos e meios de identificação necessários;

ff) Identificar, no regulamento ou nas condições gerais de cada produto, os procedimentos sujeitos à autorização prévia e a respectiva rotina para sua obtenção, disponibilizando essas informações aos beneficiários e à CONTRATANTE, inclusive por meio eletrônico;

gg) Responder às solicitações de autorização prévia no prazo máximo de 1 (um) dia útil, contado do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada situação de urgência, sem prejuízo da observância de prazo mais favorável previsto na regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

hh) Assegurar que a exigência de autorização prévia, auditoria ou outro mecanismo de regulação não constitua obstáculo injustificado ou restrição indevida ao acesso dos beneficiários aos serviços cobertos;

ii) Aceitar as solicitações de serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais formulados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, ainda que o profissional solicitante não integre a rede própria, credenciada, contratada ou referenciada da CONTRATADA, observada a regulamentação aplicável;

jj) Assegurar a realização de junta médica ou odontológica nas hipóteses de divergência técnico-assistencial, observados os procedimentos e as garantias estabelecidos na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

kk) Privilegiar mecanismos de autorização automática ou imediata para consultas, exames laboratoriais, exames de imagem e demais procedimentos ambulatoriais de rotina, sempre que inexistir necessidade de auditoria técnica ou médica;

ll) Apresentar fundamentação clara, objetiva e individualizada ao beneficiário e, quando solicitado, à CONTRATANTE, nas hipóteses de negativa total ou parcial de autorização ou de cobertura, indicando os fundamentos técnicos, contratuais, legais ou regulamentares que motivaram a decisão, observado o disposto na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

mm) Analisar e efetuar os reembolsos devidos nas hipóteses previstas na legislação, na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no Termo de Referência e neste Contrato, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado da apresentação completa da documentação exigida, devendo disponibilizar previamente aos beneficiários a relação dos documentos necessários e assegurar prazo não inferior a 1 (um) ano para apresentação do pedido, quando aplicável, observado que tais hipóteses de reembolso não caracterizam sistema de acesso à livre escolha de prestadores.

nn) Disponibilizar à CONTRATANTE, sempre que solicitado, os manuais operacionais, formulários, orientações e demais documentos necessários à adequada gestão do contrato e dos beneficiários;

oo) Processar as inclusões, exclusões e alterações cadastrais de beneficiários encaminhadas pela CONTRATANTE, observados os prazos previstos na legislação, na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e nas condições contratuais;

pp) Disponibilizar à CONTRATANTE, previamente à emissão da fatura mensal, relatório atualizado dos beneficiários ativos, das movimentações cadastrais processadas e dos respectivos valores, para conferência;

qq) Apresentar, juntamente com a fatura mensal, demonstrativo definitivo contendo a relação atualizada dos beneficiários vinculados ao contrato e os respectivos valores faturados.

rr) Manter, durante toda a vigência contratual, rede assistencial compatível com aquela apresentada na proposta comercial, admitidas as alterações autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, desde que preservado o atendimento das exigências mínimas previstas no Termo de Referência;

ss) Manter, durante toda a vigência contratual, a rede assistencial local exigida no Termo de Referência, observadas as condições mínimas estabelecidas para sua estrutura assistencial e disponibilidade aos beneficiários;

tt) Disponibilizar e manter atualizada, em meio eletrônico, a relação da rede assistencial vinculada ao produto ofertado, de forma acessível aos beneficiários e à CONTRATANTE;

uu) Comunicar previamente à CONTRATANTE e aos beneficiários afetados, nos prazos e condições estabelecidos pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, quaisquer alterações relevantes na rede assistencial, inclusive descredenciamentos, substituições, redimensionamentos, alterações da abrangência geográfica ou outras modificações capazes de impactar a assistência, preservadas as exigências mínimas estabelecidas no Termo de Referência;

vv) observar, no atendimento das solicitações apresentadas pelos beneficiários, os prazos, procedimentos e deveres de informação estabelecidos na Resolução Normativa ANS nº 623/2024, ou naquela que vier a substitui-la, assegurando:

I – Resposta imediata às solicitações relacionadas a procedimentos ou serviços de urgência e emergência;

II – Resposta conclusiva no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis para as solicitações de procedimentos ou serviços de cobertura assistencial em geral, quando não for possível fornecer resposta imediata;

III – Resposta conclusiva no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis para solicitações de procedimentos de alta complexidade – PAC ou de atendimento em regime de internação eletiva;

IV – Resposta conclusiva no prazo máximo de 7 (sete) dias úteis para as solicitações de natureza não assistencial;

V – Observância, em qualquer hipótese, do prazo inferior ou mais favorável previsto na Resolução Normativa ANS nº 566/2022, ou naquela que vier a substituí-la, para a efetiva garantia do atendimento; e

VI – Fornecimento de resposta clara, adequada, fundamentada e conclusiva, vedada a utilização, ao término do prazo aplicável, de respostas genéricas como “em análise”, “em processamento” ou “em auditoria”.

VII) Os prazos previstos nos incisos II e III referem-se ao fornecimento da resposta conclusiva ao beneficiário e não afastam nem ampliam os prazos máximos para a efetiva realização do atendimento estabelecidos na Resolução Normativa ANS nº 566/2022.

ww) Assegurar, durante toda a vigência contratual, a disponibilidade de atendimento de urgência e emergência, na forma prevista no Termo de Referência;

xx) Manter, durante toda a vigência contratual, a proporcionalidade e a estrutura de preços dos produtos adicionais apresentados na proposta comercial, aplicando aos referidos produtos os mesmos índices e critérios de reajuste adotados para o Plano de Referência, ressalvadas determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

yy) Aplicar a coparticipação exclusivamente de acordo com a metodologia, tabela de referência, percentuais, valores fixos e demais critérios constantes da proposta comercial vencedora, observados os limites financeiros previstos neste Termo de Referência, no contrato e na legislação aplicável, vedada sua alteração durante a execução contratual, ressalvados os reajustes expressamente previstos no Contrato e as hipóteses admitidas pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

zz) Disponibilizar à CONTRATANTE, juntamente com a fatura mensal, demonstrativo detalhado das coparticipações lançadas aos beneficiários, contendo, no mínimo, a identificação do beneficiário, a data de utilização, o evento assistencial que deu origem à cobrança, o valor de referência adotado, o percentual aplicado e o valor efetivamente cobrado, limitado o compartilhamento às informações estritamente necessárias à conferência do faturamento e à realização dos descontos, observados o sigilo das informações de saúde e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD;

aaa) Aplicar coparticipação nas internações psiquiátricas somente quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, a cada ano de contrato, limitando a cobrança ao período excedente e observando a metodologia, os valores, os limites e os demais critérios constantes do Termo de Referência, da proposta comercial e da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

bbb) Disponibilizar aos beneficiários, quando previsto na proposta comercial apresentada, as opções de planos em padrão de acomodação superior, observadas as condições contratuais e sem qualquer ônus adicional à CONTRATANTE além daquele previsto para o Plano de Referência;

ccc) Assegurar, quando preenchidos os requisitos previstos na legislação aplicável e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a manutenção da condição de beneficiário ao exonerado ou aposentado e aos respectivos dependentes, sem responsabilidade financeira da CONTRATANTE, ressalvadas as obrigações expressamente previstas na Lei Municipal nº 6.601/2026;

ddd) Assegurar aos aposentados, pensionistas e respectivos dependentes regularmente vinculados ao plano os direitos e condições de permanência previstos na Lei Municipal nº 6.601/2026, na legislação de saúde suplementar e neste Contrato.

eee) Disponibilizar à CONTRATANTE, quando solicitado, relatório de sinistralidade do contrato, acompanhado da memória de cálculo utilizada para sua apuração;

fff) Assegurar aos beneficiários o exercício individual da portabilidade de carências, quando preenchidos os requisitos previstos na Resolução Normativa ANS nº 438/2018, ou naquela que vier a substituí-la, inclusive nas hipóteses de término do vínculo, perda da condição de dependente, cancelamento do plano coletivo ou extinção do contrato, devendo:

I – Disponibilizar, sem ônus adicional, as informações, declarações, comprovantes e demais documentos necessários ao exercício da portabilidade;

II – Abster-se de impedir, restringir ou dificultar injustificadamente o exercício desse direito;

III – Disponibilizar os mesmos canais utilizados para contratação ou adesão aos beneficiários que pretendam ingressar no plano mediante portabilidade; e

IV – Quando atuar como operadora do plano de destino, analisar a solicitação no prazo máximo de 10 (dez) dias e apresentar resposta devidamente fundamentada, observada a regulamentação aplicável.

ggg) Observar, quando houver beneficiários responsáveis pelo pagamento direto das mensalidades, as regras de cobrança, notificação por inadimplência, suspensão da cobertura e exclusão previstas na Resolução Normativa ANS nº 593/2023, comunicando à CONTRATANTE as exclusões realizadas para fins de atualização cadastral.

7.2 Da contratante

Obriga-se a Administração/Contratante:

a) Designar gestor e fiscal do contrato para acompanhar e fiscalizar sua execução, observadas as disposições da legislação aplicável e da regulamentação interna vigente;

b) Fornecer à CONTRATADA as informações e documentos necessários à adequada execução contratual, especialmente aqueles relacionados à inclusão, exclusão e atualização cadastral de beneficiários;

c) Comunicar à CONTRATADA as admissões, exonerações, aposentadorias, falecimentos, alterações cadastrais e demais eventos que impliquem inclusão, exclusão ou alteração de beneficiários vinculados ao plano;

d) Encaminhar à CONTRATADA, nos prazos estabelecidos contratualmente, as solicitações de inclusão, exclusão e demais movimentações cadastrais de beneficiários;

e) Efetuar à CONTRATADA o pagamento integral das faturas mensais, compreendendo as mensalidades, as coparticipações e os demais valores regularmente devidos em razão da execução contratual, nos prazos e condições estabelecidos no Contrato;

f) Realizar os descontos em folha de pagamento, subsídio, proventos ou pensão relativos à contribuição dos beneficiários, às coparticipações e às diferenças decorrentes da opção por produto superior ao Plano de Referência, inclusive quanto aos dependentes vinculados ao titular, observadas a

Lei Municipal nº 6.601/2026 e as demais condições contratuais, sem prejuízo do pagamento integral da fatura à CONTRATADA;

g) Promover o acompanhamento e a fiscalização da execução contratual, comunicando à CONTRATADA as irregularidades verificadas e solicitando as medidas corretivas cabíveis;

h) Comunicar à CONTRATADA quaisquer ocorrências que possam impactar a execução contratual ou o atendimento aos beneficiários;

i) Conferir e validar as informações constantes das faturas, demonstrativos de coparticipação e demais documentos apresentados pela CONTRATADA para fins de liquidação da despesa;

j) Comunicar à CONTRATADAS eventuais divergências identificadas nos demonstrativos de faturamento, coparticipação ou cadastro de beneficiários;

k) Prestar os esclarecimentos e informações que venham a ser solicitados pela CONTRATADA e que sejam necessários à adequada execução do contrato;

l) Exigir o cumprimento das obrigações assumidas pela CONTRATADA, bem como das condições previstas no Edital, Termo de Referência, proposta comercial e contrato;

m) Aplicar as sanções administrativas cabíveis nas hipóteses de descumprimento contratual, assegurados o contraditório e a ampla defesa;

n) Observar, no tratamento dos dados pessoais recebidos da CONTRATADA, as disposições da Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), quando aplicável;

o) Praticar os demais atos necessários à adequada gestão e fiscalização do contrato.

8. DO CONTRATO

8.1. INSTRUMENTO CONTRATUAL

(x) Contrato

8.2. VIGÊNCIA

(x) O prazo de vigência da contratação é de 12 (doze) meses contados da assinatura do contrato, prorrogável por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei n° 14.133, de 2021.

8.3. GESTÃO E FISCALIZAÇÃO

Gestor:

Nome: Daniela de Souza Constante
Cargo: Diretora Administrativa
Matrícula:
E-mail: administracao@cmsj.sc.gov.br

Fiscal:

Nome: Lucas Peter Keunecke
Cargo: Analista de Administração Pública
Matrícula: 1200
E-mail: lucas@cmsj.sc.gov.br

9. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E PAGAMENTO

9.1 Prazos

Prazo de troca de bens rejeitados: Não se aplica.

Prazo de recebimento provisório do objeto: Até 10 (dez) dias úteis após a implantação do plano e disponibilização dos meios necessários à sua utilização pelos beneficiários.

Prazo de recebimento definitivo do objeto: Até 30 (trinta) dias corridos após o recebimento provisório, mediante verificação do cumprimento das condições de implantação previstas no contrato.

Prazo de pagamento: Até 30 (trinta) dias corridos, contados do recebimento da Nota Fiscal/Fatura devidamente atestada pelo fiscal do contrato, observadas as condições estabelecidas no Termo de Referência e no contrato.

10. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas correrão a conta da dotação:

Órgão/Unidade Orçamentária	Projeto/Atividade	Elemento da Despesa
0101	2.001	3.3.90.39.50

11. DO VALOR ESTIMADO

O valor máximo estimado para esta contratação é de **R$ 1.659.847,32 (um milhão, seiscentos e cinquenta e nove mil, oitocentos e quarenta e sete reais e trinta e dois centavos).**

12. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

13. INDICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO AUXÍLIO EM EVENTUAIS IMPUGNAÇÕES E/OU ESCLARECIMENTOS

Nome:

E-mail:

Telefone institucional:

ANEXO II - MODELO DA PROPOSTA COMERCIAL

- PREGÃO ELETRÔNICO Nº 17/2026

- OBJETO: Plano de assistência à saúde destinado aos servidores públicos ativos e inativos, pensionistas, vereadores e respectivos dependentes vinculados à Câmara Municipal de São José/SC.

- LICITANTE:

- Denominação Social:
- Endereço (Rua, número, bairro, cidade, estado e CEP):
- CNPJ:
- Telefone:
- Dados bancários:

- DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL PARA ASSINATURA DO CONTRATO:

- Nome:
- CPF:
- Cargo/Função na empresa:
- Telefone:
- E-mail para assinatura do contrato/ata (preferencialmente institucional):
- E-mail para assinatura da ordem de compra (preferencialmente institucional):

Apresenta esta licitante a proposta abaixo:

TABELA 1 – VALOR GLOBAL DA PROPOSTA

Descrição	**Valor global total para 12 meses (R$)**
Plano de Referência, conforme as especificações do Edital e do Termo de Referência	**R$ _____**

Valor global total da proposta por extenso:

TABELA 2 – DECOMPOSIÇÃO DO VALOR GLOBAL POR FAIXA ETÁRIA (Plano de Referência)

Faixa Etária	**Quantidade prevista de Beneficiários A**	**Valor Mensal por Beneficiário (R$) B**	**Valor Mensal por faixa (R$) C = A x B**	**Valor anual por faixa (R$) D = C x 12**
00 a 18 anos	27			
19 a 23 anos	11			
24 a 28 anos	9			
29 a 33 anos	7			
34 a 38 anos	14			
39 a 43 anos	17			

Faixa Etária	Quantidade prevista de Beneficiários A	Valor Mensal por Beneficiário (R$) B	Valor Mensal por faixa (R$) C = A x B	Valor anual por faixa (R$) D = C x 12
44 a 48 anos	21			
49 a 53 anos	9			
54 a 58 anos	15			
59 anos ou mais	12			
TOTAL MENSAL	**142**			
VALOR GLOBAL TOTAL (12 MESES)		(Soma da coluna D)		

Observações:

1) O valor global total informado na Tabela 1 deverá corresponder à soma dos valores anuais de todas as faixas etárias constantes da coluna D da Tabela 2.
2) O valor global total da proposta deverá corresponder ao último lance ofertado pela licitante ou ao valor resultante da negociação.
3) Os quantitativos de beneficiários possuem caráter estimativo e destinam-se à decomposição do valor global, à formação do preço e ao julgamento da proposta, não gerando à CONTRATANTE obrigação de manutenção de quantitativo mínimo, da distribuição etária indicada ou do número de beneficiários existente na data da licitação.
4) Os valores mensais por beneficiário serão definidos pela licitante de acordo com a formação comercial do produto ofertado, não estando limitados individualmente aos valores estimados por faixa etária pela Administração.
5) Os valores e os percentuais de variação entre as faixas etárias deverão observar integralmente as regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e pelo Termo de Referência.
6) Eventuais diferenças decorrentes de arredondamento poderão ser ajustadas, desde que não impliquem aumento do valor global correspondente ao último lance ofertado ou ao valor resultante da negociação.

TABELA 3 – VARIAÇÃO PERCENTUAL ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS

Faixa Etária	Valor Mensal por Beneficiário (R$)	Percentual de Variação em Relação à Faixa Anterior (%)
00 a 18 anos		
19 a 23 anos		
24 a 28 anos		
29 a 33 anos		
34 a 38 anos		
39 a 43 anos		

Faixa Etária	Valor Mensal por Beneficiário (R$)	Percentual de Variação em Relação à Faixa Anterior (%)
44 a 48 anos		
49 a 53 anos		
54 a 58 anos		
59 anos ou mais		

TABELA 4 – INFORMAÇÕES TÉCNICAS E COMERCIAIS DO PRODUTO OFERTADO

Informação	**Preenchimento pela licitante**
Razão social da operadora	
Número de registro da operadora na ANS	
Modalidade da operadora	
Nome comercial do produto ofertado como Plano de Referência	
Número de registro do produto na ANS	
Tipo de contratação	Coletivo empresarial
Segmentação assistencial	
Possui cobertura obstétrica?	( ) Sim ( ) Não
Área geográfica de abrangência registrada na ANS	
Área de atuação do produto	
O produto contempla integralmente os municípios que compõem a Área Mínima Exigida na Contratação?	( ) Sim ( ) Não
Padrão de acomodação	
Formação do preço	Preestabelecido
Possui coparticipação?	( ) Sim ( ) Não
Canal eletrônico para consulta da rede assistencial	
Endereço da unidade de atendimento presencial disponibilizada aos beneficiários	
Disponibiliza telemedicina, em caráter complementar e facultativo?	( ) Sim ( ) Não

TABELA 5 – INFORMAÇÕES SOBRE A REDE ASSISTENCIAL

Informação	**Preenchimento pela licitante**
A rede vinculada ao produto dispõe de hospital geral apto a internações clínicas e cirúrgicas?	( ) Sim ( ) Não
Dispõe de UTI Adulto?	( ) Sim ( ) Não
Dispõe de UTI Pediátrica?	( ) Sim ( ) Não
Dispõe de UTI Neonatal?	( ) Sim ( ) Não
Dispõe de maternidade com atendimento obstétrico e centro cirúrgico?	( ) Sim ( ) Não

Informação	Preenchimento pela licitante
Dispõe de pronto atendimento ou pronto-socorro para urgência e emergência?	( ) Sim ( ) Não
Dispõe dos serviços de apoio diagnóstico e exames de imagem exigidos no TR?	( ) Sim ( ) Não
Possui, no Município de São José/SC, estabelecimento apto ao atendimento previsto no item 7.3.3, "a", do TR?	( ) Sim ( ) Não
Possui, no Município de São José/SC, estabelecimento apto à realização dos exames previstos no item 7.3.3, "b", do TR?	( ) Sim ( ) Não
Forma de disponibilização da rede assistencial do produto ofertado	( ) rede própria ( ) rede credenciada ( ) rede contratada ( ) rede referenciada ( ) sistema de intercâmbio ( ) outro mecanismo admitido pela regulamentação da ANS: _____.
Forma de disponibilização do atendimento de urgência e emergência previsto no item 10 do Termo de Referência	( ) rede própria ( ) rede credenciada ( ) rede contratada ( ) rede referenciada ( ) sistema de intercâmbio ( ) outro mecanismo admitido pela regulamentação da ANS: _____.
Disponibiliza atendimento de urgência e emergência nas condições previstas no item 10 do TR?	( ) Sim ( ) Não

TABELA 6 – INFORMAÇÕES SOBRE A COPARTICIPAÇÃO

Informação	Preenchimento pela licitante
Percentuais, valores fixos ou demais critérios de coparticipação aplicáveis ao produto	
Tabela, referência técnica ou metodologia utilizada para cálculo da coparticipação	
Há procedimentos ou grupos de procedimentos submetidos a critérios diferenciados de coparticipação?	( ) Sim ( ) Não
Em caso positivo, indicar quais e os respectivos critérios	

Informação	Preenchimento pela licitante
A coparticipação observa o limite financeiro por procedimento/evento estabelecido no TR?	( ) Sim ( ) Não
A sistemática de cobrança considera cada exame ou procedimento efetivamente realizado, inclusive quando decorrente da mesma coleta ou amostra?	( ) Sim ( ) Não
É aplicado o acréscimo de 30% aos atos médicos realizados nas hipóteses previstas no item 12.3.9 do TR?	( ) Sim ( ) Não

TABELA 7 – INFORMAÇÕES SOBRE REAJUSTE POR AGRUPAMENTO DE CONTRATOS

Informação	Preenchimento pela licitante
O produto/contrato estará sujeito à metodologia de agrupamento de contratos coletivos?	( ) Sim ( ) Não
Quantitativo de beneficiários adotado pela operadora para enquadramento no agrupamento	
O quantitativo adotado é superior ao quantitativo mínimo previsto na regulamentação da ANS?	( ) Sim ( ) Não
Critério utilizado para definição desse quantitativo	
Critério e período de apuração da quantidade de beneficiários para enquadramento no agrupamento	
Fórmula ou outro meio utilizado para apuração do percentual de reajuste	
Componentes, variáveis e critérios considerados no cálculo	
Período considerado para cálculo do reajuste	
Período de aplicação do percentual apurado	
A operadora utiliza subagrupamentos por tipo de cobertura?	( ) Sim ( ) Não
Em caso positivo, indicar os subagrupamentos existentes e os respectivos critérios	

Informação	Preenchimento pela licitante
Subagrupamento no qual será enquadrado o produto ofertado nesta licitação, quando aplicável	
Outras informações necessárias à compreensão e reprodução da metodologia de cálculo	

A licitante disponibiliza produto(s) adicional(is) em padrão diverso ou superior ao Plano de Referência?

( ) Não

( ) Sim. Em caso positivo, preencher as informações abaixo.

TABELA 8 – INFORMAÇÕES SOBRE EVENTUAIS PRODUTOS ADICIONAIS

Informação	Produto Adicional 1	Produto Adicional 2
Nome comercial do produto		
Número de registro do produto na ANS		
Segmentação assistencial		
Área geográfica de abrangência		
Área de atuação do produto		
Padrão de acomodação		
Formação do preço		
Possui coparticipação?	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não
Critérios de coparticipação, se aplicável		
Possui rede assistencial distinta do Plano de Referência?	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não
Principais diferenças de cobertura, rede ou acomodação em relação ao Plano de Referência		
Mensalidades		
Valor mensal – 00 a 18 anos		
Percentual de variação em relação à faixa anterior		
Valor mensal – 19 a 23 anos		
Percentual de variação em relação à faixa anterior		
Valor mensal – 24 a 28 anos		
Percentual de variação em relação à faixa anterior		

Informação	Produto Adicional 1	Produto Adicional 2
Valor mensal – 29 a 33 anos		
Percentual de variação em relação à faixa anterior		
Valor mensal – 34 a 38 anos		
Percentual de variação em relação à faixa anterior		
Valor mensal – 39 a 43 anos		
Percentual de variação em relação à faixa anterior		
Valor mensal – 44 a 48 anos		
Percentual de variação em relação à faixa anterior		
Valor mensal – 49 a 53 anos		
Percentual de variação em relação à faixa anterior		
Valor mensal – 54 a 58 anos		
Percentual de variação em relação à faixa anterior		
Valor mensal – 59 anos ou mais		
Percentual de variação em relação à faixa anterior		

Os produtos adicionais informados nesta proposta não integram o critério de julgamento da licitação, constituindo opções facultativas aos beneficiários, e deverão observar as condições previstas no Termo de Referência, na Lei Municipal nº 6.601/2026 e no contrato.

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES

Informação	Preenchimento
Nome do responsável	
Cargo/Função	
Telefone	
E-mail	

- VALOR TOTAL GLOBAL (Por extenso):
- PRAZO DE VALIDADE DA PROPOSTA: 120 dias

Declaro que tenho pleno conhecimento e concordo integralmente com todas as condições, especificações e exigências estabelecidas no Edital e em seus anexos.

Declaro que cumpro o disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, não empregando menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menor de dezesseis anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos.

Declaro que cumpro as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.

Declaro que nos preços propostos estão incluídos todos os custos diretos e indiretos necessários à plena execução do objeto, inclusive tributos, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, fiscais, seguros e demais despesas incidentes, bem como quaisquer outros custos necessários ao cumprimento integral das obrigações assumidas.

Declaro que a composição das faixas etárias observa integralmente os limites estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e pelo Termo de Referência.

Declaro que a tabela de referência, a metodologia de cálculo, os percentuais, os valores fixos e os demais critérios de coparticipação apresentados integram a presente proposta comercial e serão observados durante toda a execução contratual, ressalvadas as hipóteses admitidas pela legislação e pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Declaro que as informações constantes desta proposta correspondem às características, condições comerciais, assistenciais e operacionais do produto efetivamente ofertado e que os dados relativos à rede assistencial, coparticipação, abrangência, área de atuação e metodologia de agrupamento encontram-se vigentes na data da apresentação da proposta.

....., ... de ..... de .....

_____

ASSINATURA DO
REPRESENTANTE LEGAL

ANEXO III - MODELO DE ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que a empresa **[nome da empresa prestadora dos serviços]**, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede à **[endereço completo]**, prestou à **[nome da contratante]**, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede à **[endereço completo]**, serviços de **operação e/ou gestão de plano privado coletivo de assistência à saúde**, atendendo aproximadamente _____ **beneficiários**, compreendendo titulares e dependentes.

Registramos que os serviços foram executados de forma satisfatória, em conformidade com as condições contratadas e com adequado desempenho técnico e operacional.

Para fins de identificação e eventual diligência, informamos ainda:
a) objeto contratado: _____;
b) número aproximado de beneficiários atendidos: _____;
c) valor do contrato ou da contratação: R$ _____;
d) número de uma ou mais Notas Fiscais/Faturas relacionadas à prestação dos serviços: _____;
e) número do contrato, instrumento equivalente ou outro documento de referência, quando houver: _____.

Declaramos, por fim, que a empresa cumpriu satisfatoriamente as obrigações assumidas, não havendo, até a presente data, registros que desabonem sua capacidade técnica e operacional para a execução de serviços dessa natureza.

....., ... de ..... de .....

Nome do responsável pela declaração:
Cargo/Função:
Telefone:
E-mail:

_____
Assinatura

ANEXO IV – MODELO DE DECLARAÇÃO CONFORMIDADE TÉCNICA DO PRODUTO OFERTADO

A [NOME DA OPERADORA], inscrita no CNPJ nº _____, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob nº _____, neste ato representada por [NOME DO REPRESENTANTE LEGAL], [cargo], portador(a) do CPF nº _____, DECLARA, sob as penas da lei, para fins de participação no presente processo licitatório, que:

I – a rede assistencial apresentada na proposta está regularmente vinculada ao produto ofertado;
II – os estabelecimentos de saúde integrantes da rede assistencial apresentada encontram-se efetivamente disponíveis aos beneficiários do produto ofertado, observadas as condições contratuais, legais e regulamentares aplicáveis;
III – a rede assistencial apresentada atende à abrangência geográfica mínima e aos requisitos técnicos e assistenciais estabelecidos neste Termo de Referência;
IV – as informações, documentos e relações de prestadores apresentados refletem a situação vigente na data da apresentação da proposta;
V – a operadora responsabiliza-se pela manutenção da cobertura assistencial contratada e da rede assistencial apresentada exigida neste Termo de Referência, durante toda a vigência contratual, observadas as hipóteses de alteração autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
VI – a operadora assegura a disponibilidade da rede assistencial necessária ao atendimento de urgência e emergência, observadas as condições do produto ofertado e a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
VII – o produto ofertado atende integralmente às condições mínimas de cobertura, abrangência geográfica, rede assistencial, atendimento de urgência e emergência e demais requisitos técnicos estabelecidos no Edital e no Termo de Referência.

Declara, ainda, que todas as informações, documentos, relações de prestadores, tabelas, metodologias e critérios apresentados juntamente com a proposta comercial correspondem ao produto efetivamente ofertado e encontram-se vigentes e disponíveis aos beneficiários na data da apresentação da proposta.

Por ser expressão da verdade, firma a presente declaração.

....., ... de ..... de .....

_____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL
(empresa, órgão ou entidade)

ANEXO V - MINUTA DO CONTRATO

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 1.077/2026
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 17/2026

CONTRATO Nº _____/2026.

CONTRATANTE: CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ, com sede na Praça Arnoldo de Souza, nº 38, Centro Histórico, São José/SC, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 83.708.248/0001-39, neste ato representada pelo seu Presidente, Sr. **Matson Luis Cé**.

CONTRATADA: ....., com sede ....., n.º ....., ..., ..., SC, CEP ....., inscrita no CNPJ/MF sob n.º ....., neste ato representada por ....., e-mail de contato ....., operadora de plano privado de assistência à saúde registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº _____, classificada na modalidade _____.

Este contrato, regido pela Lei Federal nº 14.133, de 01 de abril de 2021, Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, Resoluções nº 728 a 737, de 09 de outubro de 2023 e demais legislações aplicáveis, origina-se do processo licitatório modalidade Pregão Eletrônico n° 17/2026 e Processo Administrativo nº 1.077/2026, parte integrante deste instrumento, assim como todas as cláusulas e condições contidas nas peças que o compõem.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 Plano de assistência à saúde destinado aos servidores públicos ativos e inativos, pensionistas, vereadores e respectivos dependentes elegíveis vinculados à Câmara Municipal de São José/SC, observadas as condições específicas de elegibilidade previstas no Termo de Referência, conforme especificações constantes do Anexo I e demais anexos do Edital.

1.2 O objeto compreende a prestação continuada de serviços ou a cobertura de custos assistenciais, na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I do art. 1º da Lei Federal nº 9.656/1998, destinada à assistência médico-hospitalar, com cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, incluindo consultas médicas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e internações hospitalares clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada pela operadora.

1.3 O presente contrato é coletivo empresarial, com adesão facultativa pelos beneficiários, de natureza bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, regendo-se pelas disposições da Lei Federal nº 9.656/1998, do Código Civil, do Código de Defesa do Consumidor, das normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e pelas demais cláusulas e condições previstas neste instrumento.

1.4 A CONTRATADA garantirá o oferecimento de todos os procedimentos previstos na regulamentação de saúde suplementar, especialmente no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e na Resolução Normativa ANS nº 465, de 2021, ou naquela que vier eventualmente a substituí-la, vigentes à época do evento, para atendimento das coberturas previstas nos artigos 10, 10-A e 12 da Lei Federal nº 9.656, de 1998, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da

Organização Mundial de Saúde - OMS, limitada a referida cobertura assistencial ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, de acordo com a segmentação assistencial contratada, a área geográfica de abrangência e a área de atuação do produto.

1.5 O valor da mensalidade possui formação de preço do tipo preestabelecido, sendo fixado previamente e devido independentemente da utilização das coberturas assistenciais pelo beneficiário.

1.6 O produto contratado não contempla sistema de acesso à livre escolha de prestadores não integrantes da rede assistencial própria, credenciada, contratada, referenciada ou integrante de sistema de intercâmbio da CONTRATADA, ressalvadas as hipóteses legais, regulamentares e contratualmente previstas de reembolso.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

2.1 O crédito necessário ao atendimento das despesas da presente licitação correrá à conta do Orçamento para o exercício de 2026:

Unidade	Projeto/Atividade	Elemento de Despesa
0101	2.001	3.3.90.39.50.00.00.00

2.2 Para fins de identificação dos produtos e definição dos valores contratuais, consideram-se as informações e os valores constantes das tabelas abaixo:

2.2.1 Plano de Referência:

Produto	
Registro do Produto na ANS	
Tipo de contratação	Coletivo empresarial
Segmentação assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Área geográfica de abrangência	
Área de atuação	
Padrão de acomodação	Enfermaria
Formação do preço	
Serviços e coberturas adicionais	

Faixa Etária	Número de Beneficiários por faixa	Valor Mensal por Beneficiário (R$)	Valor Total por Faixa (R$)	Percentual de variação em relação à faixa anterior
00 a 18 anos				
19 a 23 anos				
24 a 28 anos				
29 a 33 anos				
34 a 38 anos				

Faixa Etária	Número de Beneficiários por faixa	Valor Mensal por Beneficiário (R$)	Valor Total por Faixa (R$)	Percentual de variação em relação à faixa anterior
39 a 43 anos				
44 a 48 anos				
49 a 53 anos				
54 a 58 anos				
59 anos ou mais				

2.2.1.1 Os valores constantes das tabelas previstas nesta cláusula correspondem exclusivamente às mensalidades dos respectivos produtos, não contemplando valores decorrentes de coparticipação, os quais serão cobrados e faturados separadamente, observadas as condições previstas no Edital, no Termo de Referência, na proposta comercial e neste Contrato.

2.2.1.2 Os percentuais de variação entre as faixas etárias corresponderão àqueles constantes da proposta comercial da CONTRATADA, observados os limites e critérios estabelecidos na legislação e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

2.2.1.3 O valor da última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa, e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

2.3 O valor global estimado deste contrato é de R$ XXXXX,XX (xxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx), correspondente ao quantitativo estimado de beneficiários constante do Edital e do Termo de Referência.

2.4 Os quantitativos utilizados para composição do valor global estimado possuem caráter meramente estimativo, não gerando à CONTRATANTE obrigação de manutenção de quantidade mínima de beneficiários durante a execução contratual.

2.5 A inclusão, a exclusão ou a alteração de beneficiários durante a vigência contratual não caracteriza, por si só, alteração contratual, sendo os valores faturados ajustados de acordo com as faixas etárias e as quantidades efetivamente vinculadas ao contrato em cada competência, sem prejuízo da formalização de eventual ajuste do valor global estimado, quando necessário.

2.6 Produtos adicionais disponibilizados aos beneficiários durante a execução contratual:

2.6.1 Plano xxxxxxxxxxxxx

2.6.1.1 Características:

Produto	
Registro do Produto na ANS	
Tipo de contratação	Coletivo empresarial
Segmentação assistencial	
Área geográfica de abrangência	
Área de atuação	
Padrão de acomodação	
Formação do preço	
Serviços e coberturas adicionais	

2.6.1.2 Valores

Faixa Etária	Valor Mensal por Beneficiário (R$)	Percentual de variação em relação à faixa anterior
00 a 18 anos		
19 a 23 anos		
24 a 28 anos		
29 a 33 anos		
34 a 38 anos		
39 a 43 anos		
44 a 48 anos		
49 a 53 anos		
54 a 58 anos		
59 anos ou mais		

2.6.2 Plano xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

2.6.2.1 Características:

Produto	
Registro do Produto na ANS	
Tipo de contratação	Coletivo empresarial
Segmentação assistencial	
Área geográfica de abrangência	
Área de atuação	
Padrão de acomodação	
Formação do preço	
Serviços e coberturas adicionais	

2.6.2.2 Valores:

Faixa Etária	Valor Mensal por Beneficiário (R$)	Percentual de variação em relação à faixa anterior
00 a 18 anos		
19 a 23 anos		
24 a 28 anos		
29 a 33 anos		
34 a 38 anos		
39 a 43 anos		
44 a 48 anos		
49 a 53 anos		

Faixa Etária	Valor Mensal por Beneficiário (R$)	Percentual de variação em relação à faixa anterior
54 a 58 anos		
59 anos ou mais		

2.6.3 Além do Plano de Referência, a CONTRATADA poderá disponibilizar aos beneficiários outros produtos superiores ao Plano de Referência, observadas as condições estabelecidas no Edital, no Termo de Referência e neste Contrato, bem como as normas aplicáveis da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

2.6.4 A opção por produto diverso do Plano de Referência constitui faculdade exclusiva do beneficiário, permanecendo a participação financeira da CONTRATANTE limitada ao valor do patrocínio calculado com base no Plano de Referência, nos termos do art. 12, II, da Lei Municipal nº 6.601, de 26 de junho de 2026, cabendo ao beneficiário titular, conforme disposto no art. 11, § 6º, da mesma Lei, o pagamento integral da diferença correspondente, inclusive em relação aos beneficiários dependentes a ele vinculados.

2.6.5 A adesão a produto superior ao Plano de Referência não implicará perda de direitos, garantias ou condições asseguradas aos beneficiários vinculados ao presente contrato, inclusive quanto às hipóteses de manutenção da condição de beneficiário previstas na legislação aplicável, observadas as características e coberturas do produto escolhido.

2.6.6 Os reajustes eventualmente aplicados aos produtos adicionais disponibilizados aos beneficiários deverão observar o mesmo índice, critério e periodicidade aplicáveis ao Plano de Referência contratado, ressalvadas hipóteses decorrentes de determinação legal, regulamentar ou normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

2.6.7 Os valores dos produtos adicionais disponibilizados aos beneficiários ficam registrados neste contrato e na proposta comercial da CONTRATADA, que integra o presente instrumento para todos os fins.

2.6.8 Para cada produto disponibilizado aos beneficiários, a CONTRATADA deverá fornecer regulamento ou condições gerais individualizadas, em conformidade com as características registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, contendo referência exclusiva ao respectivo produto e ao seu número de registro, vedada a indicação de produtos distintos em um mesmo regulamento.

2.6.9 Os percentuais de variação entre as faixas etárias corresponderão àqueles constantes da proposta comercial da CONTRATADA, observados os limites e critérios estabelecidos na legislação e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

2.6.10 O valor da última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa, e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO PAGAMENTO

3.1 O pagamento da totalidade das contraprestações pecuniárias devidas à CONTRATADA será de responsabilidade da CONTRATANTE, e compreenderá as mensalidades e as coparticipações decorrentes da execução contratual, ressalvadas as hipóteses previstas nos arts. 30 e 31 da Lei Federal nº 9.656/1998 e as demais situações em que, nos termos da legislação e da regulamentação aplicáveis, o pagamento seja realizado diretamente pelo beneficiário, promovendo posteriormente os descontos de responsabilidade dos beneficiários titulares em

folha de pagamento, subsídio, proventos ou pensão, conforme o vínculo, observadas as disposições da Lei Municipal nº 6.601/2026.

3.2 Os valores devidos pela cobertura assistencial serão estabelecidos na modalidade de preço preestabelecido, mediante mensalidades fixadas por beneficiário, produto e faixa etária, nos termos da proposta comercial da CONTRATADA e das tabelas constantes deste Contrato.

3.3 O valor mensal da fatura corresponderá à soma:

I – das mensalidades dos beneficiários regularmente vinculados ao contrato, consideradas as respectivas faixas etárias e os produtos aos quais estiverem inscritos; e

II – das coparticipações decorrentes da efetiva utilização dos serviços assistenciais, apuradas conforme as condições previstas no Termo de Referência, na proposta comercial e neste Contrato.

3.4 A participação financeira da CONTRATANTE será calculada, para cada beneficiário, pela diferença entre o valor da mensalidade do Plano de Referência correspondente à respectiva faixa etária e a contribuição devida pelo beneficiário titular ou dependente, observados os critérios estabelecidos nos arts. 11 e 12 da Lei Municipal nº 6.601/2026, guardando relação direta com o custo por faixa etária apresentado na proposta comercial da CONTRATADA.

3.5 Na hipótese de opção por produto superior ao Plano de Referência, a CONTRATANTE efetuará à CONTRATADA o pagamento integral do valor faturado e promoverá o desconto da diferença correspondente em folha de pagamento, subsídio, proventos ou pensão do beneficiário titular, inclusive quando a diferença decorrer da opção por produto superior para seus dependentes, nos termos do art. 11, § 6º, da Lei Municipal nº 6.601, de 26 de junho de 2026.

3.6 Não poderá haver distinção quanto ao valor da mensalidade entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato coletivo e aqueles a ele já vinculados, ressalvadas as variações decorrentes da faixa etária, do produto escolhido, dos reajustes regularmente aplicados e das demais hipóteses objetivamente previstas na legislação e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

3.7 O faturamento das mensalidades será realizado com base na relação de beneficiários ativos vinculados ao contrato na data de fechamento definida pela CONTRATADA, observadas as inclusões, exclusões e demais movimentações cadastrais regularmente comunicadas pela CONTRATANTE.

3.8 A CONTRATADA deverá encaminhar, juntamente com a Nota Fiscal/Fatura, relatório detalhado contendo, no mínimo:

I – relação dos beneficiários ativos;

II – inclusões, exclusões e alterações cadastrais ocorridas no período;

III – identificação do produto e da faixa etária de cada beneficiário;

IV – valor da mensalidade individual;

V – valores de coparticipação individualizados por beneficiário;

VI - discriminação dos eventos assistenciais que deram origem às coparticipações cobradas, limitada às informações necessárias à conferência do faturamento e ao desconto dos respectivos valores, observados o sigilo das informações de saúde e a Lei Federal nº 13.709/2018; e

VII – Demais informações necessárias à conferência do faturamento e à realização dos descontos em folha pela CONTRATANTE.

3.9 O fiscal do contrato verificará a conformidade do faturamento apresentado, especialmente quanto à relação de beneficiários ativos, valores faturados, coparticipações lançadas e demais condições contratuais, antes da autorização do pagamento.

3.10 O pagamento será efetuado por meio de crédito em conta bancária de titularidade da CONTRATADA, no prazo de até 30 (trinta) dias corridos, mediante apresentação da Nota Fiscal/Fatura emitida com o mesmo CNPJ e Razão Social constantes da proposta e dos documentos de habilitação, após o atesto do fiscal do contrato quanto ao cumprimento das condições pactuadas.

3.11 Havendo erro, inconsistência ou qualquer circunstância que impeça a liquidação da despesa, a Nota Fiscal/Fatura será devolvida à CONTRATADA para regularização, suspendendo-se o prazo para pagamento até a reapresentação da documentação devidamente corrigida, sem ônus para a CONTRATANTE.

3.12 Em caso de atraso no pagamento imputável à CONTRATANTE, incidirão sobre o valor do débito juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente à razão de 0,033333% ao dia, e multa de 2% (dois por cento), observada a legislação aplicável.

3.13 A CONTRATADA deverá manter, durante toda a execução contratual, as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação, devendo eventual irregularidade ser apurada para adoção das providências administrativas cabíveis, sem prejuízo do pagamento dos valores correspondentes aos serviços regularmente executados e devidamente atestados.

3.14 Constatada divergência em parte do faturamento, a CONTRATANTE poderá glosar ou suspender exclusivamente o pagamento dos valores controvertidos, devendo efetuar o pagamento da parcela incontroversa regularmente executada e atestada.

3.15 A emissão dos documentos fiscais deverá observar a legislação tributária vigente, inclusive quanto à utilização do documento fiscal correspondente à natureza dos serviços prestados e às retenções tributárias e legais aplicáveis.

3.16 A CONTRATANTE fica obrigada a proceder à retenção do Imposto de Renda (IR) nas notas fiscais emitidas referentes ao fornecimento de bens ou prestação de serviços em geral, conforme as diretrizes da Instrução Normativa RFB nº 1234/2012, Decreto Municipal nº 19.059/2023 e Resolução da Câmara Municipal de São José nº 714/2023.

3.17 Não estão sujeitos à retenção de imposto de renda os pagamentos efetuados a pessoas jurídicas optantes pelo Regime Especial Unificado de Arrecadação de Tributos e Contribuições devidos pelas Microempresas e Empresas de Pequeno Porte (Simples Nacional), de que trata o art. 12 da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, em relação às suas receitas próprias (Instrução Normativa RFB nº 1234/2012, art. 4º, XI).

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA E DAS ALTERAÇÕES

4.1 O prazo de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, contados de sua assinatura, a qual constituirá também a data de início da cobertura assistencial.

4.1.1 Não será devido qualquer pagamento à CONTRATADA relativamente a período anterior à data de início da execução contratual.

4.1.2 A cobertura assistencial deverá permanecer disponível durante todo o prazo de vigência do contrato e de suas eventuais prorrogações, sem solução de continuidade, observadas as condições estabelecidas no Termo de Referência, neste Contrato e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

4.2 O contrato poderá ser prorrogado sucessivamente, mediante justificativa da Administração, concordância da CONTRATADA e celebração de termo aditivo, respeitado o limite máximo de 10 (dez) anos previsto para os serviços contínuos na Lei nº 14.133/2021.

4.2.1 A prorrogação contratual dependerá da demonstração de vantajosidade para a Administração, da manutenção das condições de habilitação da CONTRATADA e da compatibilidade dos preços contratados com os praticados no mercado.

4.2.2 Para fins de análise da vantajosidade da prorrogação contratual, a

CONTRATADA deverá disponibilizar à CONTRATANTE, quando solicitado e previamente à formalização do termo aditivo, relatório de sinistralidade referente ao período de execução disponível, abrangendo, preferencialmente, os últimos 12 (doze) meses, acompanhado da respectiva memória de cálculo e dos elementos necessários à sua adequada compreensão.

4.2.3 A apresentação do relatório de sinistralidade não gera direito à revisão de preços, reequilíbrio econômico-financeiro ou prorrogação contratual, constituindo instrumento de apoio à análise técnica e administrativa da vantajosidade da manutenção do contrato.

4.2.4 A prorrogação não acarretará a cobrança de taxa, tarifa ou qualquer outro valor específico pela renovação da vigência contratual.

4.2.5 A prorrogação não ocorrerá automaticamente e dependerá de manifestação expressa das partes e da formalização do respectivo termo aditivo antes do encerramento da vigência contratual.

4.3 A CONTRATADA não possui direito subjetivo à prorrogação contratual.

4.4 O contrato poderá ser alterado nas hipóteses previstas nos arts. 124 a 136 da Lei nº 14.133/2021, mediante justificativa e formalização do instrumento competente.

CLÁUSULA QUINTA – DO REAJUSTE E DO REEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO

5.1 Nenhum reajuste poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária decorrentes de mudança de faixa etária, migração ou adaptação do contrato à Lei Federal nº 9.656/1998.

5.2 Após o interregno mínimo de 12 (doze) meses, os preços poderão ser reajustados pela variação acumulada, nos últimos 12 (doze) meses, do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, Grupo Saúde e Cuidados Pessoais, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, tendo como data-base a data da proposta comercial definitiva da CONTRATADA (...../...../.....), ou por outro índice oficial que venha a substituí-lo.

5.2.1 O reajuste será calculado e aplicado pela CONTRATANTE, após o cumprimento do interregno mínimo de 12 (doze) meses, com base na variação acumulada do índice previsto no item 5.2, devendo a CONTRATADA adequar o faturamento ao percentual e à data de incidência formalmente comunicados pela CONTRATANTE.

5.2.2 A CONTRATANTE comunicará formalmente à CONTRATADA o percentual de reajuste apurado, o período considerado no cálculo e a competência a partir da qual os novos valores deverão ser faturados.

5.2.3 Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas mensalidades serão submetidos ao reajuste na data única de aplicação prevista no item 5.2, observado o interregno mínimo legal.

5.2.4 Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados entre beneficiários vinculados ao mesmo produto no âmbito deste Contrato.

5.2.5 O reajuste aplicado ao Contrato deverá ser comunicado pela CONTRATADA à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, nos prazos, formatos e condições previstos na regulamentação vigente.

5.3 O limite financeiro de coparticipação e os valores constantes da Tabela de Referência de Coparticipação serão reajustados na mesma data-base e pelo mesmo índice previsto no item 5.2.

5.4 Para fins de cumprimento da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, considera-se reajuste qualquer variação positiva no valor da contraprestação pecuniária, sem prejuízo da distinção entre reajuste contratual e

restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro estabelecida pela Lei Federal nº 14.133/2021.

5.5 Eventual pedido de restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro deverá ser instruído com documentos que comprovem o fato superveniente, seu nexo de causalidade com a execução contratual e o impacto efetivo nos custos da contratação, observado o disposto na Lei Federal nº 14.133/2021.

5.6 O pedido deverá ser acompanhado de memória de cálculo detalhada, documentos contábeis, demonstrativos financeiros, relatórios técnicos e demais elementos necessários à demonstração do efetivo desequilíbrio econômico-financeiro alegado.

5.7 A Administração analisará o pedido de restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da apresentação da documentação completa, podendo o prazo ser suspenso durante a realização de diligências ou solicitação de documentos complementares.

5.8 O restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro não se confunde com o reajuste financeiro anual nem com o reajuste por sinistralidade disciplinado na Cláusula Sétima, destinando-se às hipóteses legalmente admitidas de recomposição da equação econômico-financeira do Contrato.

5.9 O reconhecimento do direito ao restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro dependerá da comprovação da ocorrência dos pressupostos legais e contratuais aplicáveis, da efetiva repercussão econômica do evento e de sua relação com a execução contratual.

5.10 Reconhecida a necessidade de recomposição do equilíbrio econômico-financeiro, a Administração poderá, observada a legislação aplicável e a disponibilidade orçamentária e financeira, avaliar e adotar a medida juridicamente adequada para restabelecer a equação econômico-financeira do Contrato, inclusive mediante:

I – revisão dos valores de contribuição pagos pelos beneficiários para custeio das mensalidades;

II – aporte financeiro complementar, quando juridicamente admissível; ou

III – outra forma juridicamente admitida que preserve a equação econômico-financeira do Contrato.

CLÁUSULA SEXTA – DO REAJUSTE POR AGRUPAMENTO DE CONTRATOS

6.1 Na hipótese de o Contrato se enquadrar nos critérios de agrupamento de contratos coletivos previstos na Resolução Normativa ANS nº 565/2022, ou em norma que venha a substituí-la, o reajuste anual observará a metodologia de agrupamento adotada pela CONTRATADA para o produto contratado, conforme informado em sua proposta comercial definitiva.

6.2 Para fins deste Contrato, a metodologia de agrupamento adotada pela CONTRATADA observará os seguintes parâmetros:

I – quantitativo de beneficiários considerado para enquadramento no agrupamento: _____ (___ _____) beneficiários;

II – critério utilizado para definição do quantitativo: _____;

III – período de apuração da quantidade de beneficiários: _____;

IV – fórmula ou metodologia utilizada para apuração do percentual de reajuste: ___ _____;

V – componentes, variáveis e critérios considerados no cálculo: _____;

VI – período considerado para cálculo do reajuste: _____;

VII – período de aplicação do percentual apurado: _____;

VIII – adoção de subagrupamentos por tipo de cobertura: ( ) sim ( ) não;

IX – quando houver subagrupamento, identificação do subagrupamento aplicável ao produto contratado e respectivos critérios: _____.

6.3 As condições e a metodologia descritas no item 6.2 correspondem às informações constantes da proposta comercial definitiva da CONTRATADA, que integra este Contrato para todos os fins, não podendo ser substituídas ou alteradas unilateralmente durante sua vigência.

6.4 Uma vez caracterizado o enquadramento do Contrato no agrupamento, será aplicado o percentual único calculado para o respectivo agrupamento ou subagrupamento, conforme a metodologia contratada e a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

6.5 Ressalvada a hipótese de formação de subagrupamentos admitida pela regulamentação da ANS, deverá ser aplicado percentual único de reajuste aos contratos integrantes do mesmo agrupamento, vedada a aplicação de percentuais distintos entre contratos submetidos ao mesmo critério de agrupamento.

6.6 Caso a CONTRATADA adote subagrupamentos por tipo de cobertura, o presente Contrato será enquadrado no subagrupamento indicado no item 6.2, inciso IX, correspondente às características do produto contratado.

6.7 O percentual calculado para o agrupamento será aplicado na data e no período definidos pela regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, observada a periodicidade mínima legal.

6.8 A CONTRATADA deverá comprovar, previamente à aplicação do reajuste:

I – o enquadramento do Contrato no agrupamento ou subagrupamento correspondente;

II – a quantidade de beneficiários considerada para fins de enquadramento;

III – o percentual de reajuste calculado;

IV – a memória de cálculo correspondente, elaborada de acordo com a metodologia prevista no item 6.2; e

V – a divulgação do percentual em seu endereço eletrônico, nos termos e prazos estabelecidos pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

6.9 O reajuste por agrupamento dependerá de formalização administrativa pela CONTRATANTE, destinada à verificação do enquadramento do Contrato, da observância da metodologia contratada e da correspondência entre o percentual aplicado e aquele divulgado pela CONTRATADA para o respectivo agrupamento.

6.10 Quando aplicável o reajuste por agrupamento, o percentual correspondente constituirá o reajuste anual do Contrato para o respectivo período, não sendo admitida a aplicação cumulativa de outro reajuste anual destinado à mesma finalidade, ressalvadas as variações expressamente admitidas pela legislação e pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

6.11 Caso o Contrato não se enquadre nos critérios de agrupamento na data de apuração prevista na regulamentação aplicável, serão observadas as demais regras de reajuste estabelecidas no Termo de Referência e neste Contrato.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO REAJUSTE POR SINISTRALIDADE

7.1 O Contrato poderá ser submetido a reajuste por sinistralidade, de forma complementar ao reajuste anual aplicável ao Contrato, observado o disposto nas Cláusulas Quinta e Sexta, quando verificada a superação da sinistralidade-meta estabelecida neste instrumento.

7.2 Para fins desta cláusula, o nível de sinistralidade será apurado pela proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, consideradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, conforme a seguinte fórmula:

Sinistralidade (%) = (Despesas Assistenciais ÷ Receitas Diretas do Plano) × 100

7.3 Para fins de apuração e análise do reajuste por sinistralidade, será considerada como parâmetro técnico a sinistralidade-meta de 75% (setenta e cinco por cento).

7.4 A CONTRATADA deverá apresentar requerimento formal de reajuste por sinistralidade, acompanhado de memória de cálculo detalhada, relatório de sinistralidade, demonstrativos contábeis, financeiros e atuariais e demais documentos necessários à verificação dos dados apresentados.

7.4.1 O relatório deverá identificar, no mínimo, o período de apuração, as despesas assistenciais contabilizadas, as receitas diretas consideradas, os critérios de inclusão e exclusão de valores e os demais elementos utilizados no cálculo, observada a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

7.5 A superação da sinistralidade-meta não implicará aplicação automática do reajuste.

7.6 O pedido dependerá de análise administrativa própria, destinada à verificação da metodologia utilizada, dos dados apresentados, da efetiva superação da sinistralidade-meta e da compatibilidade do percentual requerido com as condições contratuais e regulatórias aplicáveis.

7.7 Reconhecida a necessidade de reajuste por sinistralidade, o respectivo percentual será formalizado por instrumento próprio e aplicado de forma complementar ao reajuste anual aplicável ao Contrato, observadas as Cláusulas Quinta e Sexta e vedada a duplicidade de recomposição fundada nos mesmos componentes econômico-atuariais.

7.8 Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, eventual reajuste por sinistralidade será aplicado de forma uniforme aos beneficiários vinculados ao mesmo produto no âmbito deste Contrato.

7.9 Quando juridicamente cabível e devidamente fundamentado no processo administrativo, os efeitos financeiros do reajuste por sinistralidade poderão retroagir à data em que restarem configurados os pressupostos para sua aplicação, observadas as condições legais, contratuais e orçamentárias pertinentes.

CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

8.1 São obrigações da CONTRATANTE:

a) Designar gestor e fiscal do contrato para acompanhar e fiscalizar sua execução, observadas as disposições da legislação aplicável e da regulamentação interna vigente;

b) Fornecer à CONTRATADA as informações e documentos necessários à adequada execução contratual, especialmente aqueles relacionados à inclusão, exclusão e atualização cadastral de beneficiários;

c) Comunicar à CONTRATADA as admissões, exonerações, aposentadorias, falecimentos, alterações cadastrais e demais eventos que impliquem inclusão, exclusão ou alteração de beneficiários vinculados ao plano;

d) Encaminhar à CONTRATADA, nos prazos estabelecidos contratualmente, as solicitações de inclusão, exclusão e demais movimentações cadastrais de beneficiários;

e) Efetuar à CONTRATADA o pagamento integral das faturas mensais, compreendendo as mensalidades, as coparticipações e os demais valores regularmente devidos em razão da execução contratual, nos prazos e condições estabelecidos neste Contrato;

f) Realizar os descontos em folha de pagamento, subsídio, proventos ou pensão relativos à contribuição dos beneficiários, às coparticipações e às diferenças decorrentes da opção por produto superior ao Plano de Referência, inclusive quanto aos dependentes vinculados ao titular, observadas a Lei Municipal nº 6.601/2026 e as demais condições contratuais, sem prejuízo do pagamento integral da fatura à CONTRATADA;

g) Promover o acompanhamento e a fiscalização da execução contratual, comunicando à CONTRATADA as irregularidades verificadas e solicitando as medidas corretivas cabíveis;

h) Comunicar à CONTRATADA quaisquer ocorrências que possam impactar a execução

contratual ou o atendimento aos beneficiários;

i) Conferir e validar as informações constantes das faturas, demonstrativos de coparticipação e demais documentos apresentados pela CONTRATADA para fins de liquidação da despesa;

j) Comunicar à CONTRATADA eventuais divergências identificadas nos demonstrativos de faturamento, coparticipação ou cadastro de beneficiários;

k) Prestar os esclarecimentos e informações que venham a ser solicitados pela CONTRATADA e que sejam necessários à adequada execução do contrato;

l) Exigir o cumprimento das obrigações assumidas pela CONTRATADA, bem como das condições previstas no Edital, Termo de Referência, proposta comercial e contrato;

m) Aplicar as sanções administrativas cabíveis nas hipóteses de descumprimento contratual, assegurados o contraditório e a ampla defesa;

n) Observar, no tratamento dos dados pessoais recebidos da CONTRATADA, as disposições da Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD);

o) Verificar a existência do vínculo e o atendimento das condições de elegibilidade dos titulares e dependentes antes de solicitar sua inclusão no plano;

p) Comunicar de forma inequívoca aos beneficiários que se desligarem ou se aposentarem, quando preenchidos os requisitos legais, o direito de opção pela manutenção da condição de beneficiário, encaminhando à CONTRATADA as opções exercidas nos prazos aplicáveis;

q) Solicitar tempestivamente a suspensão ou exclusão dos beneficiários titulares e dependentes quando ocorrer perda da condição de elegibilidade prevista neste Contrato;

r) Praticar os demais atos necessários à adequada gestão e fiscalização do contrato.

CLÁUSULA NONA - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

Das obrigações gerais:

9.1 Caberá à CONTRATADA, sem prejuízo das demais obrigações previstas no Termo de Referência, no Contrato e no Edital:

a) Prestar os serviços de assistência à saúde durante toda a vigência contratual, observadas as condições previstas no Edital, Termo de Referência, contrato e regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

b) Executar os serviços de assistência à saúde em conformidade com a proposta apresentada, o Termo de Referência, a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e o contrato;

c) Assegurar a adequada prestação dos serviços e o atendimento aos beneficiários;

d) Permanecer integralmente responsável pela execução contratual, não sendo admitida a transferência do contrato, sem prejuízo da utilização de rede própria, credenciada, contratada, referenciada ou sistema de intercâmbio, conforme regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

e) Manter, durante a vigência do contrato, todas as condições de habilitação e qualificações exigidas na licitação;

f) Responsabilizar-se, na extensão prevista na legislação aplicável, pelos danos decorrentes de atos ou omissões imputáveis à CONTRATADA, a seus prepostos e demais agentes pelos quais legalmente responda, relacionados à execução contratual;

g) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas, inclusive, despesa de natureza previdenciária, fiscal, trabalhista ou civil, bem como emolumentos, ônus ou encargos de qualquer espécie e origem, pertinentes à execução do objeto contratado;

h) Manter endereço eletrônico (e-mail) válido para fins de comunicação com a CONTRATANTE por todo o período de contratação, comunicando imediatamente, em caso de alteração;

Das obrigações da Contratada em face da LGPD:

i) Cumprir as obrigações estabelecidas na Cláusula Décima Quinta – Da Proteção de Dados Pessoais, adotando as medidas técnicas, administrativas, organizacionais e de segurança necessárias no âmbito das operações de tratamento de dados pessoais realizadas sob sua responsabilidade;

Dos critérios e práticas de sustentabilidade

j) Adotar critérios e práticas de sustentabilidade durante a execução contratual, observando a legislação ambiental vigente e as normas técnicas aplicáveis;

k) Responder integralmente por eventuais danos ambientais decorrentes da execução contratual, devendo adotar, às suas expensas, as medidas corretivas cabíveis;

Das obrigações específicas

l) Comprovar sua regularidade perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sempre que solicitado pela CONTRATANTE;

m) Manter ativos, durante toda a vigência contratual, o registro da operadora e os registros dos produtos ofertados perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

n) Prestar orientação inicial e continuada à unidade responsável pela gestão do contrato quanto aos procedimentos de inclusão, exclusão e movimentação cadastral dos beneficiários;

o) Disponibilizar suporte técnico e operacional e canal específico de atendimento à Diretoria Administrativa e à unidade responsável pela gestão do benefício, destinado ao tratamento de demandas cadastrais, faturamento, coparticipação, reembolso e demais assuntos relacionados à execução contratual;

p) Designar representante responsável pelo atendimento institucional da CONTRATANTE, disponibilizando canais de contato para tratamento de questões operacionais, cadastrais, faturamento e demais demandas relacionadas à execução contratual;

q) Disponibilizar, sem ônus adicional, segunda via de demonstrativos, comprovantes, carteiras digitais e demais documentos necessários à utilização do plano;

r) Disponibilizar a cada beneficiário, no momento de sua inclusão, o regulamento ou as condições gerais individualizadas do produto contratado, a proposta ou o termo de adesão, o guia de leitura contratual, o guia ou manual do beneficiário, a declaração de saúde, a carta de orientação ao beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, bem como os documentos e registros decorrentes de entrevista qualificada e/ou perícia médica, quando aplicáveis, e os demais documentos exigidos pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

s) Disponibilizar aos beneficiários canais de atendimento telefônico e eletrônico para esclarecimentos, autorizações, orientações sobre cobertura, rede assistencial, reembolso e demais serviços relacionados ao plano;

t) Disponibilizar, no mínimo, uma unidade de atendimento presencial aos beneficiários em município integrante da área de abrangência mínima do produto ofertado;

u) Ofertar, sem custo adicional, quando disponível, o serviço de telemedicina em regime de plantão para atendimento médico adulto e pediátrico, bem como, quando disponibilizadas pela operadora, consultas eletivas na modalidade remota, observado que nenhuma especialidade médica poderá ser ofertada exclusivamente por telemedicina, devendo permanecer assegurada a correspondente oferta de atendimento presencial;

v) Disponibilizar aos beneficiários os meios de identificação previstos contratualmente, inclusive em formato digital, observados os prazos estabelecidos no Termo de Referência;

w) Disponibilizar canal eletrônico específico destinado aos prestadores integrantes da rede assistencial para solicitação, acompanhamento e consulta das autorizações, sem prejuízo da possibilidade de utilização dos demais meios disponibilizados pela operadora;

x) Disponibilizar aos beneficiários e aos prestadores integrantes da rede assistencial meios eletrônicos para solicitação, acompanhamento e consulta das autorizações, observadas as condições previstas no Termo de Referência;

y) Informar de forma clara, atualizada e acessível as condições de habilitação e atendimento dos beneficiários junto à rede assistencial, as formas de acesso às consultas, exames, terapias, internações e demais serviços, bem como os documentos e meios de identificação necessários;

z) Identificar, no regulamento ou nas condições gerais de cada produto, os procedimentos sujeitos à autorização prévia e a respectiva rotina para sua obtenção, disponibilizando essas informações aos beneficiários e à CONTRATANTE, inclusive por meio eletrônico;

aa) Responder às solicitações de autorização prévia no prazo máximo de 1 (um) dia útil, contado do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada situação de urgência, sem prejuízo da observância de prazo mais favorável previsto na regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

bb) Assegurar que a exigência de autorização prévia, auditoria ou outro mecanismo de regulação não constitua obstáculo injustificado ou restrição indevida ao acesso dos beneficiários aos serviços cobertos;

cc) Aceitar as solicitações de serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais formulados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, ainda que o profissional solicitante não integre a rede própria, credenciada, contratada ou referenciada da CONTRATADA, observada a regulamentação aplicável;

dd) Assegurar a realização de junta médica ou odontológica nas hipóteses de divergência técnico-assistencial, observados os procedimentos e as garantias estabelecidos na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

ee) Privilegiar mecanismos de autorização automática ou imediata para consultas, exames laboratoriais, exames de imagem e demais procedimentos ambulatoriais de rotina, sempre que inexistir necessidade de auditoria técnica ou médica;

ff) Apresentar fundamentação clara, objetiva e individualizada ao beneficiário e, quando solicitado, à CONTRATANTE, nas hipóteses de negativa total ou parcial de autorização ou de cobertura, indicando os fundamentos técnicos, contratuais, legais ou regulamentares que motivaram a decisão, observado o disposto na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

gg) Analisar e efetuar os reembolsos devidos nas hipóteses previstas na legislação, na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no Termo de Referência e neste Contrato, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado da apresentação completa da documentação exigida, devendo disponibilizar previamente aos beneficiários a relação dos documentos necessários e assegurar prazo não inferior a 1 (um) ano para apresentação do pedido, quando aplicável, observado que tais hipóteses de reembolso não caracterizam sistema de acesso à livre escolha de prestadores;

hh) Disponibilizar à CONTRATANTE, sempre que solicitado, os manuais operacionais, formulários, orientações e demais documentos necessários à adequada gestão do contrato e dos beneficiários;

ii) Processar as inclusões, exclusões e alterações cadastrais de beneficiários encaminhadas pela CONTRATANTE, observados os prazos previstos na legislação, na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e nas condições contratuais;

jj) Disponibilizar à CONTRATANTE, previamente à emissão da fatura mensal, relatório atualizado dos beneficiários ativos, das movimentações cadastrais processadas e dos respectivos valores, para conferência;

kk) Apresentar, juntamente com a fatura mensal, demonstrativo definitivo contendo a relação atualizada dos beneficiários vinculados ao contrato e os respectivos valores faturados;

ll) Manter, durante toda a vigência contratual, rede assistencial compatível com as condições apresentadas na proposta comercial e com os requisitos mínimos estabelecidos no

Termo de Referência, admitidas as alterações autorizadas pela ANS, desde que preservado o atendimento das exigências mínimas da contratação;

mm) Manter, durante toda a vigência contratual, a rede assistencial local exigida no Termo de Referência, observadas as condições mínimas estabelecidas para sua estrutura assistencial e disponibilidade aos beneficiários;

nn) Disponibilizar e manter atualizada, em meio eletrônico, a relação da rede assistencial vinculada ao produto ofertado, de forma acessível aos beneficiários e à CONTRATANTE;

oo) Comunicar previamente à CONTRATANTE e aos beneficiários afetados, nos prazos e condições estabelecidos pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, quaisquer alterações relevantes na rede assistencial, inclusive descredenciamentos, substituições, redimensionamentos, alterações da abrangência geográfica ou outras modificações capazes de impactar a assistência, preservadas as exigências mínimas estabelecidas no Termo de Referência;

pp) Observar, no atendimento das solicitações apresentadas pelos beneficiários, os prazos, procedimentos e deveres de informação estabelecidos na Resolução Normativa ANS nº 623/2024, ou naquela que vier a substitui-la, assegurando:

I – Resposta imediata às solicitações relacionadas a procedimentos ou serviços de urgência e emergência;

II – Resposta conclusiva no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis para as solicitações de procedimentos ou serviços de cobertura assistencial em geral, quando não for possível fornecer resposta imediata;

III – Resposta conclusiva no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis para solicitações de procedimentos de alta complexidade – PAC ou de atendimento em regime de internação eletiva;

IV – Resposta conclusiva no prazo máximo de 7 (sete) dias úteis para as solicitações de natureza não assistencial;

V – Observância, em qualquer hipótese, do prazo inferior ou mais favorável previsto na Resolução Normativa ANS nº 566/2022, ou naquela que vier a substituí-la, para a efetiva garantia do atendimento; e

VI – Fornecimento de resposta clara, adequada, fundamentada e conclusiva, vedada a utilização, ao término do prazo aplicável, de respostas genéricas como “em análise”, “em processamento” ou “em auditoria”.

pp.1) Os prazos previstos nos incisos II e III referem-se ao fornecimento da resposta conclusiva ao beneficiário e não afastam nem ampliam os prazos máximos para a efetiva realização do atendimento estabelecidos na Resolução Normativa ANS nº 566/2022.

qq) Assegurar, durante toda a vigência contratual, a disponibilidade de atendimento de urgência e emergência, na forma prevista no Termo de Referência;

rr) Manter, durante toda a vigência contratual, a proporcionalidade e a estrutura de preços dos produtos adicionais eventualmente apresentados na proposta comercial e incorporados ao Contrato, aplicando aos referidos produtos os mesmos índices e critérios de reajuste adotados para o Plano de Referência, ressalvadas determinações da ANS;

ss) Aplicar a coparticipação exclusivamente de acordo com a metodologia, tabela de referência, percentuais, valores fixos e demais critérios constantes da proposta comercial vencedora, observados os limites financeiros previstos no Termo de Referência, no contrato e na legislação aplicável, vedada sua alteração durante a execução contratual, ressalvados os reajustes expressamente previstos neste Contrato e as hipóteses admitidas pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

tt) Disponibilizar à CONTRATANTE, juntamente com a fatura mensal, demonstrativo detalhado das coparticipações lançadas aos beneficiários, contendo, no mínimo, a identificação do beneficiário, a data de utilização, o evento assistencial que deu origem à cobrança, o valor de referência adotado, o percentual aplicado e o valor efetivamente cobrado, limitado o compartilhamento às informações estritamente necessárias à conferência do faturamento e à

realização dos descontos, observados o sigilo das informações de saúde e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD;

uu) Aplicar coparticipação nas internações psiquiátricas somente quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, a cada ano de contrato, limitando a cobrança ao período excedente e observando a metodologia, os valores, os limites e os demais critérios constantes do Termo de Referência, da proposta comercial e da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

vv) Disponibilizar aos beneficiários, quando previsto na proposta comercial apresentada, as opções de planos em padrão de acomodação superior, observadas as condições contratuais e sem qualquer ônus adicional à CONTRATANTE além daquele previsto para o Plano de Referência;

ww) Assegurar, quando preenchidos os requisitos previstos na legislação aplicável e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a manutenção da condição de beneficiário ao exonerado ou aposentado e aos respectivos dependentes, sem responsabilidade financeira da CONTRATANTE, ressalvadas as obrigações expressamente previstas na Lei Municipal nº 6.601/2026;

xx) Assegurar aos aposentados, pensionistas e respectivos dependentes regularmente vinculados ao plano os direitos e condições de permanência previstos na Lei Municipal nº 6.601/2026, na legislação de saúde suplementar e neste Contrato;

yy) Disponibilizar à CONTRATANTE, quando solicitado, relatório de sinistralidade do contrato, acompanhado da memória de cálculo utilizada para sua apuração;

zz) Assegurar aos beneficiários o exercício individual da portabilidade de carências, quando preenchidos os requisitos previstos na Resolução Normativa ANS nº 438/2018, ou naquela que vier a substituí-la, inclusive nas hipóteses de término do vínculo, perda da condição de dependente, cancelamento do plano coletivo ou extinção do contrato, devendo:

I – Disponibilizar, sem ônus adicional, as informações, declarações, comprovantes e demais documentos necessários ao exercício da portabilidade;

II – Abster-se de impedir, restringir ou dificultar injustificadamente o exercício desse direito;

III – Disponibilizar os mesmos canais utilizados para contratação ou adesão aos beneficiários que pretendam ingressar no plano mediante portabilidade; e

IV – Quando atuar como operadora do plano de destino, analisar a solicitação no prazo máximo de 10 (dez) dias e apresentar resposta devidamente fundamentada, observada a regulamentação aplicável.

aaa) Observar, quando houver beneficiários responsáveis pelo pagamento direto das mensalidades, as regras de cobrança, notificação por inadimplência, suspensão da cobertura e exclusão previstas na Resolução Normativa ANS nº 593/2023, comunicando à CONTRATANTE as exclusões realizadas para fins de atualização cadastral;

bbb) Disponibilizar Ouvidoria aos beneficiários como canal de segunda instância para reanálise de demandas anteriormente submetidas aos canais regulares de atendimento, inclusive nos casos de negativa de cobertura, observados os procedimentos e prazos previstos na regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sem prejuízo dos canais de primeira instância, tais como SAC, atendimento presencial e canais eletrônicos.

CLÁUSULA DÉCIMA – PERÍODOS DE CARÊNCIA

10.1 Para fins deste Contrato, carência é o período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de inclusão de cada beneficiário no plano de saúde, durante o qual determinadas coberturas poderão estar sujeitas aos limites temporais previstos neste instrumento, observada a legislação e a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

10.2 Os períodos de carência eventualmente aplicáveis deverão observar os limites máximos previstos na legislação e regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, admitida a oferta de condições mais benéficas pela operadora de plano de assistência à

saúde.

10.2.1 Observados os limites máximos admitidos pela regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, os períodos de carência poderão ser fixados no máximo nos seguintes limites:

a) Atendimento de Urgência e Emergência - carência de 24 (vinte e quatro) horas;
b) Consultas médicas, exames, terapias e procedimentos ambulatoriais – carência de até 30 (trinta) dias;
c) Parto a termo - carência de 300 (trezentos) dias;
d) Demais coberturas assistenciais - carência de 180 (cento e oitenta) dias.

10.2.2 Nas hipóteses em que houver aplicação de carência, a contagem do respectivo período para cada beneficiário, titular ou dependente, dar-se-á individualmente e de forma ininterrupta a partir da data de seu efetivo ingresso no plano, observada a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

10.3 Nos contratos com número igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, será assegurada a isenção de carência e de cobertura parcial temporária aos beneficiários titulares e respectivos dependentes elegíveis que formalizarem sua adesão ao plano no prazo de até 30 (trinta) dias contados:

a) da data de início da vigência do contrato; ou
b) da data em que adquirirem a condição de elegibilidade ao plano em razão do vínculo com a Câmara Municipal de São José.

10.4 A inclusão de beneficiários dependentes observará os critérios de elegibilidade previstos no Termo de Referência, neste Contrato, na Lei Municipal nº 6.601/2026 e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

10.5 Decorrido o prazo previsto no item 10.3, o beneficiário ficará sujeito ao cumprimento dos períodos de carência e às demais condições contratuais aplicáveis, observada a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

11.1 Considera-se Doença ou Lesão Preexistente – DLP aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou de sua adesão ao plano de assistência à saúde.

11.2 Considera-se Cobertura Parcial Temporária – CPT a suspensão temporária, por até 24 (vinte e quatro) meses consecutivos, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade – PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente – DLP declarada pelo beneficiário ou seu representante legal.

11.3 A identificação e o tratamento das doenças ou lesões preexistentes deverão observar a Lei Federal nº 9.656/1998, a Resolução Normativa ANS nº 558/2022, ou outra que venha a substituí-la, e as demais normas aplicáveis da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

11.4 Nas hipóteses em que seja admitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária – CPT ou agravo, o beneficiário ou seu representante legal deverá preencher a Declaração de Saúde no momento da adesão ao plano, informando as doenças ou lesões de que saiba ser portador ou sofredor.

11.4.1 A Declaração de Saúde deverá ser acompanhada da Carta de Orientação ao Beneficiário e observar o conteúdo, a forma e os procedimentos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

11.4.2 O beneficiário terá direito à orientação para o preenchimento da Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada realizada por médico pertencente à rede indicada pela CONTRATADA, sem qualquer ônus, podendo optar por profissional de sua livre

escolha, hipótese em que assumirá o respectivo custo.

11.5 Constatada, mediante declaração do beneficiário, entrevista qualificada ou perícia, a existência de doença ou lesão preexistente que possa demandar procedimentos cirúrgicos, utilização de leitos de alta tecnologia ou Procedimentos de Alta Complexidade – PAC, a CONTRATADA poderá oferecer cobertura integral, sem qualquer acréscimo no valor da mensalidade.

11.5.1 Caso a CONTRATADA opte por não oferecer cobertura integral para a doença ou lesão preexistente declarada, deverá oferecer obrigatoriamente a Cobertura Parcial Temporária – CPT, sendo facultado o oferecimento de agravo como alternativa à CPT.

11.5.2 Caso a CONTRATADA não ofereça a CPT no momento da adesão do beneficiário, não poderá posteriormente alegar omissão de informação relativa à respectiva doença ou lesão preexistente nem aplicar CPT ou agravo.

11.6 Considera-se Cobertura Parcial Temporária – CPT a suspensão, por período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contado da contratação ou adesão ao plano, exclusivamente das coberturas a seguir, desde que diretamente relacionadas às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou por seu representante legal:

I – de Procedimentos de Alta Complexidade – PAC;
II – de leitos de alta tecnologia; e
III – de procedimentos cirúrgicos,

11.6.1 A aplicação da CPT não poderá restringir consultas, exames, procedimentos ou demais atendimentos não enquadrados nas hipóteses previstas no item 11.6.

11.6.2 Encerrado o prazo da CPT, a cobertura assistencial passará a ser integral, observadas a segmentação assistencial e as demais características do produto contratado.

11.7 Considera-se agravo o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária destinado a assegurar ao beneficiário cobertura integral para a doença ou lesão preexistente declarada, após o cumprimento das carências contratuais, de acordo com as condições ajustadas entre a CONTRATADA e o beneficiário e com a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

11.7.1 Eventual agravo dependerá da concordância expressa do beneficiário e será formalizado em instrumento individual específico, no qual deverão constar, no mínimo, seu valor ou percentual e o respectivo período de vigência, sem repercussão automática sobre a participação financeira da CONTRATANTE.

11.8 Nos contratos coletivos empresariais com 30 (trinta) ou mais beneficiários, não será permitida a aplicação de CPT ou agravo aos beneficiários que solicitarem sua inclusão no prazo de até 30 (trinta) dias:

I – da celebração do contrato coletivo; ou
II – da aquisição da condição de elegibilidade ou da vinculação à CONTRATANTE.

11.9 O beneficiário que solicitar sua inclusão após os prazos previstos no item 11.8 poderá ficar sujeito à análise de doenças ou lesões preexistentes e, quando cabível, à aplicação de CPT ou agravo, observada a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

11.10 Na hipótese de contrato coletivo empresarial com menos de 30 (trinta) beneficiários, os beneficiários poderão ficar sujeitos à análise de doenças ou lesões preexistentes, independentemente da data de adesão, observada a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

11.11 É vedada a alegação de omissão de informação sobre doença ou lesão preexistente quando a CONTRATADA tiver realizado exame ou perícia no beneficiário com a finalidade de

avaliar sua admissão no plano.

11.12 Identificado indício de omissão de informação sobre doença ou lesão preexistente conhecida pelo beneficiário, a CONTRATADA deverá comunicá-lo formalmente, mediante documento que contenha a identificação da doença ou lesão alegada, os fundamentos da alegação, a documentação correspondente e as alternativas previstas na regulamentação aplicável.

11.12.1 A CONTRATADA poderá oferecer ao beneficiário:

I – CPT pelo período restante necessário para completar o limite máximo de 24 (vinte e quatro) meses contado da adesão;

II – agravo, acompanhado obrigatoriamente da opção de CPT; ou

III – quando não houver acordo ou nas demais hipóteses regulamentares, requerer a instauração de processo administrativo perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

11.12.2 O beneficiário deverá dispor do prazo previsto na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para responder à comunicação e apresentar os esclarecimentos e documentos que entender pertinentes.

11.13 Caberá à CONTRATADA comprovar que o beneficiário tinha conhecimento prévio da doença ou lesão não declarada.

11.14 Até o encerramento do processo administrativo perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, não será permitida, em razão da alegada omissão:

I – a negativa de cobertura assistencial;

II – a suspensão da assistência;

III – a exclusão do beneficiário; ou

IV – a rescisão unilateral do contrato.

11.15 A aplicação das regras previstas nesta Cláusula não poderá afastar as demais hipóteses de isenção de CPT, agravo ou alegação de doença ou lesão preexistente previstas na legislação e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

12.1 Preferencialmente, os beneficiários terão acesso a atendimento de urgência e emergência nas capitais dos Estados e no Distrito Federal, sem prejuízo de sua disponibilização em outras localidades, por meio de rede própria, credenciada, contratada, referenciada, sistema de intercâmbio ou mecanismo equivalente, observadas a área geográfica de abrangência, a área de atuação do produto e a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

12.1.2 A indisponibilidade de atendimento nas localidades referidas no item 12.1 não constituirá, isoladamente, motivo de desclassificação da proposta ou de aplicação de penalidade contratual, desde que assegurada a cobertura obrigatória nos termos da legislação e da regulamentação aplicáveis ao produto contratado.

12.2 Para fins deste Contrato, considera-se:

I – urgência: os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

II – emergência: os casos que impliquem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao paciente, caracterizados em declaração do médico assistente, nos termos do art. 35-C da Lei Federal nº 9.656/1998.

12.3 O atendimento das situações de urgência e emergência observará a segmentação

assistencial contratada e a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, devendo ser assegurada a remoção do beneficiário, quando necessária por indicação médica, para outra unidade integrante da rede assistencial apta à continuidade do atendimento ou para unidade do Sistema Único de Saúde – SUS, nas hipóteses em que não houver cobertura contratual para a continuidade do tratamento.

12.4 Após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do vínculo do beneficiário, será garantido o atendimento decorrente de acidente pessoal, sem restrições quanto à cobertura de urgência e emergência, observada a segmentação assistencial contratada e a regulamentação vigente.

12.5 Após o cumprimento dos períodos de carência aplicáveis, os atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação terão cobertura desde a admissão até a alta hospitalar, inclusive quando necessários à preservação da vida, dos órgãos e das funções do beneficiário.

12.6 Durante o cumprimento dos períodos de carência, os atendimentos de urgência e emergência relacionados ao processo gestacional terão cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, observadas as disposições da regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

12.7 Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária – CPT e o atendimento de urgência ou emergência resultar na necessidade de eventos cirúrgicos, utilização de leitos de alta tecnologia ou realização de procedimentos de alta complexidade relacionados à Doença ou Lesão Preexistente – DLP, será garantido o atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, observada a regulamentação vigente.

12.8 Quando o atendimento de urgência ou emergência ocorrer durante período de carência para internação, será garantido o atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, o que ocorrer primeiro.

12.9 A CONTRATADA deverá assegurar, quando necessária a remoção do beneficiário, ambulância compatível com a condição clínica do paciente e dotada dos recursos necessários à manutenção do quadro clínico durante o transporte, observada a regulamentação vigente da ANS.

12.10 A CONTRATADA deverá garantir a remoção do beneficiário para unidade de atendimento integrante da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência ou emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a insuficiência de recursos da unidade de atendimento inicial para a continuidade da assistência.

12.11 A CONTRATADA deverá garantir a remoção do beneficiário para unidade do Sistema Único de Saúde – SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nas seguintes hipóteses:

I – quando o beneficiário estiver cumprindo período de carência para internação;

II – quando houver Cobertura Parcial Temporária – CPT e o atendimento resultar na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados à Doença ou Lesão Preexistente – DLP.

12.12 Na hipótese de remoção para unidade do SUS:

I – quando a remoção não puder ser realizada em razão de risco de vida, a responsabilidade financeira pela continuidade da assistência será definida na forma prevista na regulamentação aplicável;

II – caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade pela remoção do beneficiário para unidade do SUS que disponha dos recursos necessários à continuidade do atendimento;

III – a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância dotada dos recursos necessários à manutenção da vida, cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário após a efetivação do registro na unidade do SUS;

IV – caso o beneficiário ou seus responsáveis optem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diversa daquela indicada para a remoção, a CONTRATADA ficará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro decorrentes dessa opção.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - EXCLUSÕES DE COBERTURA

13.1 Somente poderão ser excluídos da cobertura do Plano de Assistência à Saúde os procedimentos, tratamentos, materiais, medicamentos e eventos cuja exclusão seja expressamente admitida pela Lei Federal nº 9.656/1998 e pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

13.2 Observadas as coberturas assistenciais obrigatórias previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei Federal nº 9.656/1998, a segmentação assistencial, a área geográfica de abrangência e a área de atuação do produto, poderão ser excluídos da cobertura assistencial, nos termos do art. 10 da Lei Federal nº 9.656/1998 e da regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS:

I – Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

II – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III – Inseminação artificial;

IV – Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V – Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI – Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvadas as hipóteses de cobertura obrigatória previstas nas alíneas “c” do inciso I e “g” do inciso II do art. 12 da Lei Federal nº 9.656/1998 e na regulamentação vigente;

VII – Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

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

IX – Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

X - Atendimentos realizados fora da área geográfica de abrangência e área de atuação do Plano contratado;

XI - Atendimentos durante período de carência e durante período de cobertura parcial temporária (CPT); que não conste expressamente no Rol da ANS e seus anexos; que não preencha as Diretrizes de Utilização (DUT), Diretrizes Clínicas (DC) ou Protocolo de Utilização (PROUT), previstos no Rol da ANS;

XII -Atendimentos realizados fora da rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada deste plano;

XIII - Acomodação em padrão superior ao previsto em contrato; e

XIV – Outras coberturas cuja exclusão seja expressamente admitida por resoluções da ANS ou por legislação específica.

13.3 Não serão de responsabilidade da operadora de plano de assistência à saúde as despesas extraordinárias realizadas pelo beneficiário ou acompanhante durante a internação, tais como telefonia, alimentação não fornecida pelo estabelecimento de saúde, produtos de higiene pessoal, acomodações diferenciadas não cobertas pelo plano ou quaisquer outros itens não

relacionados diretamente ao tratamento assistencial coberto.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS CONDIÇÕES DE SUSPENSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

14.1 Caberá à CONTRATANTE solicitar tempestivamente a suspensão ou exclusão dos beneficiários titulares e dependentes vinculados ao presente contrato, observadas as hipóteses, os procedimentos e os prazos estabelecidos na Lei Municipal nº 6.601/2026, no Termo de Referência, neste Contrato e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

14.2 A CONTRATADA somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários sem a anuência da CONTRATANTE nas seguintes hipóteses:

I – fraude, observados os procedimentos estabelecidos na legislação e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

II – perda do vínculo do beneficiário titular com a CONTRATANTE ou perda da condição de dependência, desde que tais hipóteses estejam previstas na Lei Municipal nº 6.601/2026, no Termo de Referência ou neste Contrato, ressalvados os direitos previstos nos arts. 30 e 31 da Lei Federal nº 9.656/1998; ou

III – a pedido do próprio beneficiário, observado o procedimento previsto na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

14.3 A perda da condição de beneficiário em razão do término do vínculo com a CONTRATANTE observará as regras específicas aplicáveis à respectiva categoria de beneficiário e os direitos de manutenção eventualmente assegurados pela legislação e pela regulamentação da ANS.

14.4 Nas hipóteses previstas nos incisos II e III do item 14.2, a CONTRATADA deverá comunicar à CONTRATANTE a exclusão ou suspensão realizada, informando a identificação do beneficiário, o fundamento e a data de produção dos respectivos efeitos.

14.5 A CONTRATANTE deverá comunicar tempestivamente à CONTRATADA os eventos que impliquem a perda da condição de elegibilidade do beneficiário, incluindo o encerramento do vínculo funcional, estatutário, previdenciário ou político, o término do mandato eletivo e a perda da condição de dependente, ressalvadas as hipóteses legais de manutenção da condição de beneficiário.

14.6 A suspensão ou exclusão de beneficiários deverá observar os prazos, as garantias de comunicação e os demais procedimentos previstos na legislação e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, não podendo prejudicar os direitos de manutenção assegurados pela Lei Federal nº 9.656/1998, quando preenchidos os respectivos requisitos.

14.7 A CONTRATANTE não será responsável por utilizações realizadas após a data de eficácia da exclusão regularmente solicitada e comunicada à CONTRATADA, ressalvadas as hipóteses em que a manutenção do atendimento decorrer de obrigação legal, regulamentar ou de medida judicial.

14.8 Quando o beneficiário assumir o pagamento direto das mensalidades à CONTRATADA, especialmente nas hipóteses de manutenção da condição de beneficiário previstas na Lei Federal nº 9.656/1998, a cobrança, a notificação por inadimplência, a suspensão da cobertura e a eventual exclusão do beneficiário deverão observar integralmente a Resolução Normativa ANS nº 593/2023, ou outra que venha a substituí-la, devendo a CONTRATADA comunicar à CONTRATANTE a exclusão realizada para fins de atualização cadastral.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

15.1 As partes comprometem-se a cumprir integralmente a Lei Federal nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD, bem como as normas, regulamentos, orientações

e determinações expedidas pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados – ANPD, relativamente aos dados pessoais tratados em razão da presente contratação.

15.2 Cada parte atuará como controladora dos dados pessoais nas operações em que determinar as respectivas finalidades e os meios de tratamento, respondendo pelas atividades realizadas no âmbito de suas competências legais, regulatórias e contratuais.

15.2.1 A CONTRATADA poderá atuar como operadora de dados pessoais quando realizar tratamento exclusivamente em nome da CONTRATANTE e de acordo com suas instruções documentadas, sem prejuízo de sua atuação como controladora nas operações relacionadas à assistência à saúde, ao cumprimento de obrigações perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, à regulação assistencial, ao faturamento, à gestão da rede, à apuração da sinistralidade e às demais finalidades próprias da operação do plano.

15.2.2 A qualificação das partes como controladoras ou operadoras será determinada de acordo com as características de cada operação de tratamento, não implicando a celebração deste Contrato reconhecimento de uma única qualificação para todas as atividades realizadas.

15.3 Poderão ser tratados, na medida necessária à execução contratual:

I – dados cadastrais, de identificação e de contato dos titulares e dependentes;

II – dados funcionais, previdenciários e relativos ao vínculo e à elegibilidade dos beneficiários;

III – dados financeiros relacionados às mensalidades, contribuições, coparticipações, descontos, pagamentos e reembolsos;

IV – dados pessoais sensíveis relativos à saúde, incluindo declaração de saúde, procedimentos realizados, solicitações e autorizações assistenciais, internações, exames, laudos, reembolsos, utilização do plano e informações necessárias à apuração da sinistralidade; e

V – outros dados estritamente necessários ao cumprimento das obrigações legais, regulatórias e contratuais das partes.

15.3.1 O compartilhamento de dados pessoais sensíveis com a CONTRATANTE deverá limitar-se às informações estritamente necessárias à gestão do benefício, à conferência do faturamento, à realização dos descontos de responsabilidade dos beneficiários e à fiscalização contratual, vedado o fornecimento de prontuários, diagnósticos detalhados, laudos ou outras informações clínicas quando não forem indispensáveis a essas finalidades.

15.4 O tratamento dos dados pessoais será fundamentado nas bases legais previstas nos arts. 7º e 11 da Lei Federal nº 13.709/2018, conforme aplicáveis a cada operação, especialmente:

I – cumprimento de obrigação legal ou regulatória;

II – execução de políticas públicas e das atribuições legais da CONTRATANTE;

III – execução deste Contrato e dos instrumentos de adesão dos beneficiários;

IV – exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral;

V – proteção da vida e da incolumidade física;

VI – tutela da saúde, em procedimento realizado por profissionais, serviços de saúde ou autoridade sanitária; e

VII – prevenção à fraude e segurança do titular nos processos de identificação e autenticação.

15.4.1 Cada parte será responsável por identificar, registrar e demonstrar as bases legais aplicáveis às operações de tratamento realizadas sob sua responsabilidade.

15.5 As partes deverão tratar os dados pessoais exclusivamente para finalidades legítimas, específicas, explícitas e compatíveis com a execução deste Contrato e com suas respectivas atribuições legais e regulatórias, observando os princípios da adequação, necessidade, transparência, segurança, prevenção e não discriminação.

15.6 O compartilhamento de dados pessoais com terceiros somente será admitido quando:

I – necessário à execução da assistência à saúde ou das demais obrigações contratuais;

II – realizado com profissionais de saúde, hospitais, clínicas, laboratórios, integrantes da rede assistencial, empresas de tecnologia, auditoria ou outros prestadores necessários à execução do objeto;

III – necessário ao cumprimento de obrigação legal ou regulatória;

IV – necessário ao exercício regular de direitos; ou

V – determinado por autoridade competente.

15.6.1 A parte que realizar o compartilhamento deverá assegurar que o terceiro destinatário esteja sujeito a deveres de proteção de dados, segurança e confidencialidade compatíveis com a natureza das informações compartilhadas.

15.7 As partes deverão adotar medidas técnicas, administrativas e organizacionais adequadas para proteger os dados pessoais contra acessos não autorizados e situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação, divulgação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

15.7.1 As partes deverão assegurar que seus servidores, empregados, colaboradores, prestadores de serviços e demais pessoas autorizadas a tratar dados pessoais:

I – tenham acesso somente às informações necessárias ao desempenho de suas atribuições;

II – estejam devidamente orientados e capacitados sobre proteção de dados pessoais; e

III – estejam submetidos a compromisso de confidencialidade.

15.7.2 O dever de confidencialidade permanecerá vigente mesmo após o encerramento do vínculo funcional, contratual ou profissional e após a extinção deste Contrato.

15.8 A parte que tomar conhecimento de incidente de segurança ou de suspeita relevante envolvendo dados pessoais tratados no âmbito deste Contrato deverá comunicar a outra parte no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, contado da ciência do fato.

15.8.1 A comunicação deverá conter, na medida das informações disponíveis:

I – descrição da natureza do incidente;

II – data e horário da ocorrência e de sua identificação;

III – categorias e quantidade aproximada de dados e titulares afetados;

IV – possíveis consequências e riscos aos titulares;

V – medidas técnicas e administrativas adotadas ou planejadas para contenção e mitigação dos efeitos;

VI – indicação do responsável ou canal para obtenção de informações adicionais; e

VII – outras informações exigidas pela legislação ou pela regulamentação da ANPD.

15.8.2 Caso não disponha imediatamente de todas as informações, a parte responsável poderá complementar a comunicação de forma gradual, mantendo a outra parte atualizada sobre a investigação e as medidas adotadas.

15.8.3 Caberá à parte que atuar como controladora na operação de tratamento afetada avaliar e realizar a comunicação à ANPD e aos titulares, quando exigida pela legislação ou pela regulamentação vigente, devendo a outra parte prestar a cooperação

e fornecer as informações necessárias.

15.8.4 Quando o incidente envolver operações realizadas conjuntamente pelas partes, estas deverão cooperar na apuração, contenção, documentação e definição das providências necessárias, sem prejuízo das responsabilidades legalmente atribuídas a cada uma.

15.9 As partes deverão manter canais adequados para o recebimento e o tratamento de solicitações apresentadas pelos titulares de dados pessoais e cooperar entre si para assegurar o exercício dos direitos previstos na Lei Federal nº 13.709/2018.

15.9.1 A parte que receber solicitação relacionada a tratamento realizado sob responsabilidade da outra deverá encaminhá-la à parte competente no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis.

15.9.2 Os pedidos de confirmação da existência de tratamento e de acesso aos dados serão atendidos nos formatos e prazos previstos no art. 19 da Lei Federal nº 13.709/2018, inclusive quanto ao fornecimento de declaração completa no prazo legal de até 15 (quinze) dias, quando aplicável.

15.9.3 As demais solicitações serão respondidas nos prazos previstos na legislação e na regulamentação aplicáveis, devendo as partes compartilhar entre si as informações estritamente necessárias ao atendimento do titular.

15.10 Encerrada a finalidade do tratamento ou extinto este Contrato, cada parte deverá eliminar, devolver ou anonimizar os dados pessoais tratados sob sua responsabilidade, ressalvadas as hipóteses de conservação necessárias:

I – ao cumprimento de obrigação legal ou regulatória;

II – ao exercício regular de direitos;

III – à execução de políticas públicas;

IV – ao atendimento de determinações de autoridades competentes; ou

V – às demais hipóteses autorizadas pelos arts. 15 e 16 da Lei Federal nº 13.709/2018.

15.10.1 A conservação deverá limitar-se aos dados e ao período necessários ao cumprimento da respectiva finalidade legal, regulatória ou administrativa, permanecendo aplicáveis as obrigações de segurança e confidencialidade.

15.11 As partes deverão cooperar na demonstração do cumprimento das obrigações previstas nesta cláusula, podendo solicitar reciprocamente informações, documentos, evidências de controles e esclarecimentos relativos às operações de tratamento realizadas no âmbito deste Contrato.

15.11.1 Poderão ser realizadas diligências ou auditorias de conformidade, diretamente ou por terceiro independente sujeito a dever de confidencialidade, mediante comunicação prévia e delimitação de escopo, ressalvadas as situações urgentes decorrentes de incidente de segurança ou determinação de autoridade competente.

15.11.2 As auditorias e diligências não autorizarão acesso indiscriminado a sistemas, documentos, segredos comerciais, dados de outros clientes ou informações não relacionadas à execução deste Contrato.

15.12 O compartilhamento de dados pessoais entre as partes não implicará cessão ou transferência de titularidade, domínio ou propriedade sobre bases de dados, sistemas, metodologias, modelos analíticos ou informações resultantes de tratamentos realizados por cada parte, sem prejuízo dos direitos assegurados aos titulares pela LGPD.

15.12.1 Cada parte permanecerá responsável pelas bases, registros, relatórios, análises e inferências produzidos no âmbito das operações de tratamento sob sua responsabilidade.

15.12.2 As informações e inferências produzidas a partir dos dados dos beneficiários

somente poderão ser utilizadas para o cumprimento das finalidades legais, regulatórias, assistenciais, atuariais e contratuais relacionadas ao plano de saúde, vedada:

I – sua cessão ou comercialização para finalidade estranha ao contrato;

II – sua utilização para prática discriminatória ou incompatível com a finalidade original do tratamento; e

III – a tentativa de reidentificação de dados anonimizados, salvo quando legalmente autorizada.

15.13 Cada parte responderá pelos atos e omissões praticados nas operações de tratamento realizadas sob sua responsabilidade, nos termos da Lei Federal nº 13.709/2018 e das demais normas aplicáveis.

15.13.1 Eventual limitação de responsabilidade prevista neste Contrato não será aplicável aos danos decorrentes de violação comprovada das obrigações de proteção de dados pessoais imputável à parte responsável, assegurados o contraditório, a ampla defesa e o direito de regresso.

15.13.2 A responsabilidade será apurada de acordo com a participação de cada parte no evento, o nexo de causalidade, as medidas de segurança adotadas e as demais circunstâncias do caso concreto.

15.14 Cada parte deverá manter sua própria política de privacidade e proteção de dados, compatível com as operações de tratamento que realizar.

15.14.1 A CONTRATADA somente estará sujeita às normas internas de segurança e privacidade da CONTRATANTE quando acessar seus sistemas, instalações ou bases de dados, ou quando atuar como operadora sob suas instruções documentadas, não se aplicando tais normas às operações em que a CONTRATADA atuar como controladora independente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

16.1 O objeto contratado será executado de acordo com as especificações e condições estabelecidas neste instrumento contratual, no Edital, no Termo de Referência e na proposta comercial apresentada pela CONTRATADA, incluindo seus anexos.

16.2 Consideram-se incluídos nos preços contratados todos os custos, despesas operacionais, assistenciais e administrativas, recursos humanos, sistemas, serviços de atendimento, rede assistencial própria, credenciada, contratada, referenciada ou integrante de sistema de intercâmbio, quando aplicável, bem como quaisquer outros elementos necessários à adequada execução do objeto, ressalvados exclusivamente os valores de coparticipação e as demais parcelas expressamente atribuídas aos beneficiários nos termos deste Contrato, do Termo de Referência e da legislação aplicável.

16.3 A gestão e a fiscalização da execução contratual serão exercidas por servidores formalmente designados pela Câmara Municipal de São José, nos termos da Lei nº 14.133/2021 e da Resolução nº 736/2023.

16.4 O fiscal do contrato acompanhará a execução contratual, registrará em processo administrativo próprio as ocorrências verificadas e solicitará à CONTRATADA as providências necessárias à correção de irregularidades, inconsistências cadastrais, divergências de faturamento, falhas de atendimento ou demais situações que comprometam a adequada execução contratual.

16.5 A fiscalização exercida pela CONTRATANTE não exclui nem reduz a responsabilidade da CONTRATADA pela fiel execução contratual, inclusive perante terceiros, na forma da legislação aplicável.

16.6 A CONTRATADA deverá manter estrutura operacional compatível com a execução do contrato, disponibilizando recursos humanos, sistemas, canais de atendimento, suporte

operacional, rede assistencial e demais meios necessários ao adequado atendimento dos beneficiários e à gestão do contrato.

16.7 A fiscalização contratual abrangerá, dentre outros aspectos, a verificação da regularidade do faturamento, dos valores de coparticipação cobrados, da movimentação cadastral dos beneficiários, do cumprimento das condições de cobertura assistencial, da manutenção da rede assistencial exigida contratualmente e dos demais elementos necessários à adequada execução do contrato.

16.8 Para fins de acompanhamento da execução contratual, a CONTRATADA deverá prestar ao gestor e ao fiscal do contrato os esclarecimentos e informações solicitados, bem como disponibilizar documentos, demonstrativos, relatórios e demais informações necessárias à verificação do cumprimento das obrigações contratuais.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS SANÇÕES

17.1 Constitui infração administrativa, nos termos da Lei nº 14.133/2021, o descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas pela CONTRATADA.

17.2 A CONTRATADA que cometer infração administrativa ficará sujeita, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes sanções:

a) advertência, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave;

b) multa moratória por atraso injustificado na execução do objeto, nos termos definidos no Termo de Referência e/ou instrumento contratual;

c) multa compensatória em caso de inexecução total ou parcial do objeto;

d) impedimento de licitar e contratar com a Administração Pública, pelo prazo previsto na legislação aplicável;

e) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, nos termos da Lei nº 14.133/2021.

17.3 A aplicação das penalidades observará o contraditório, a ampla defesa e o devido processo legal, nos termos da Lei nº 14.133/2021 e da regulamentação interna da Câmara Municipal de São José.

17.4 Na aplicação das sanções administrativas serão considerados:

a) a natureza e a gravidade da infração cometida;

b) as peculiaridades do caso concreto;

c) as circunstâncias agravantes ou atenuantes;

d) os danos causados à Administração;

e) a implantação ou aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

17.5 O retardamento injustificado da execução contratual ficará configurado quando a CONTRATADA:

a) deixar de iniciar a execução do objeto no prazo fixado pela Administração, sem justificativa aceita;

b) interromper a execução contratual sem motivo justificado;

c) deixar de cumprir os prazos parciais ou finais definidos no instrumento contratual ou no Termo de Referência.

17.6 As multas aplicadas poderão ser descontadas dos pagamentos eventualmente devidos pela CONTRATANTE ou cobradas administrativamente e/ou judicialmente, na forma da legislação aplicável.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DA GARANTIA DE EXECUÇÃO

18.1 Não será exigida garantia de execução contratual para a presente contratação.

18.2 A ausência de exigência de garantia de execução contratual não afasta a responsabilidade da CONTRATADA quanto à garantia legal, técnica ou contratual do objeto, observadas as condições previstas no Termo de Referência.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA ÉTICA, INTEGRIDADE E ANTICORRUPÇÃO

19.1 As partes comprometem-se a observar, durante a formação e a execução deste Contrato, os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, integridade, transparência, boa-fé e probidade, bem como a legislação aplicável à prevenção e ao combate à corrupção, especialmente a Lei Federal nº 12.846/2013 e o Decreto Federal nº 11.129/2022.

19.2 É vedado às partes, aos seus administradores, empregados, servidores, agentes, representantes, prepostos e terceiros diretamente envolvidos na execução contratual:

I – Prometer, oferecer, dar, solicitar ou aceitar, direta ou indiretamente, vantagem indevida de qualquer natureza;

II – Financiar, custear, patrocinar ou subvencionar a prática de atos ilícitos;

III – Utilizar interposta pessoa física ou jurídica para ocultar ou dissimular interesses ou a identidade dos beneficiários dos atos praticados;

IV – Fraudar, manipular, frustrar ou restringir a competitividade do procedimento licitatório ou da execução contratual;

V – Criar pessoa jurídica de modo fraudulento ou irregular para participar da contratação ou executar o Contrato;

VI – Obter vantagem ou benefício indevido mediante alteração ou prorrogação contratual sem autorização legal; e

VII – Dificultar atividade de investigação, fiscalização, auditoria ou controle exercida pelos órgãos e agentes competentes.

19.3 As partes deverão adotar medidas adequadas para prevenir, identificar e comunicar irregularidades relacionadas à execução contratual, assegurando a preservação da identidade e a proteção contra retaliações, nos limites permitidos pela legislação aplicável.

19.4 A CONTRATADA deverá orientar seus administradores, empregados, representantes, prepostos e terceiros diretamente envolvidos na execução deste Contrato quanto às obrigações de ética, integridade e anticorrupção previstas nesta cláusula.

19.5 As partes deverão observar, quando aplicável às respectivas atividades, a legislação de prevenção à lavagem ou ocultação de bens, direitos e valores, especialmente a Lei Federal nº 9.613/1998, adotando as medidas legalmente exigidas no âmbito de suas competências.

19.6 É vedada, na execução contratual e no atendimento aos beneficiários, qualquer forma de discriminação ilícita, tratamento degradante, retaliação ou diferenciação incompatível com a legislação, com as características do produto contratado ou com critérios técnicos e assistenciais legítimos.

19.7 A identificação de indícios de irregularidade deverá ser comunicada à parte interessada e, quando cabível, aos órgãos de controle ou às autoridades competentes, preservados o sigilo legal e o devido processo.

19.8 O descumprimento das obrigações previstas nesta cláusula poderá caracterizar infração contratual e ensejar a adoção das medidas administrativas, civis e penais cabíveis, inclusive a aplicação de sanções e a extinção do Contrato, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DOS DOCUMENTOS INTEGRANTES

20.1 Integram este Contrato, independentemente de transcrição, para todos os fins de direito:

I – o Edital do Pregão Eletrônico nº 17/2026 e seus anexos;

II – o Termo de Referência;

III - a proposta de contratação;
IV – a Carta de Orientação ao Beneficiário e a Declaração de Saúde, quando aplicáveis;
V – os documentos relativos à entrevista qualificada e/ou perícia médica, quando aplicáveis;
VI – o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS;
VII – o Guia de Leitura Contratual – GLC; e
VIII – os demais documentos cuja integração seja exigida pela regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – EXTINÇÃO DO CONTRATO

21.1 A extinção antecipada e imotivada deste Contrato, requerida por qualquer das partes antes de completados os primeiros 12 (doze) meses de vigência, sujeitará a parte requerente ao pagamento, em favor da outra parte, de multa compensatória equivalente a 20% (vinte por cento) sobre o valor das mensalidades vincendas até o término do 12º (décimo segundo) mês de vigência contratual.

21.2 Para fins de cálculo da multa, será considerado o valor mensal das mensalidades correspondentes aos beneficiários ativos na data da formalização do pedido de extinção, de acordo com o produto, a faixa etária e os valores contratuais então vigentes, multiplicado pelo número de meses e pela eventual fração de mês restantes até o término do 12º (décimo segundo) mês de vigência.

21.3 Não integrarão a base de cálculo da multa os valores de coparticipação, juros, multas, indenizações, reembolsos ou outras cobranças que não correspondam às mensalidades do plano.

21.4 O pedido de extinção formulado pela CONTRATADA não produzirá efeitos automaticamente nem autorizará a interrupção da cobertura assistencial, dependendo da regular formalização da extinção, devendo os serviços permanecer integralmente disponíveis até a data estabelecida no respectivo instrumento.

21.5 A multa não será devida quando a extinção decorrer de inadimplemento ou descumprimento contratual imputável à outra parte, de impossibilidade legal ou regulatória de continuidade da contratação, de caso fortuito ou força maior devidamente comprovados, ou das demais hipóteses legais de extinção sem ônus.

21.6 As demais hipóteses de extinção contratual observarão as disposições da Lei Federal nº 14.133/2021, da legislação de saúde suplementar, deste Contrato e do Termo de Referência.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1 As condições complementares de execução contratual, especialmente aquelas relacionadas às especificações do objeto, cobertura assistencial, rede credenciada, movimentação cadastral, coparticipação, critérios operacionais e demais disposições técnicas, encontram-se definidas no Termo de Referência, parte integrante deste Contrato.

22.2 Integram a relação assistencial estabelecida com cada beneficiário, quando aplicáveis, o regulamento ou as condições gerais individualizadas do respectivo produto, a proposta ou o termo de adesão, a declaração de saúde, a carta de orientação ao beneficiário, o guia de leitura contratual, o guia ou manual do beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, os documentos e registros decorrentes de entrevista qualificada e/ou perícia médica, a tabela de reembolso e os demais documentos exigidos pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS ou disponibilizados pela CONTRATADA relativamente ao produto contratado.

22.2.1 Os documentos previstos no item 22.2 deverão estar em conformidade com as

características do respectivo produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e com as condições estabelecidas no Edital, no Termo de Referência, na proposta comercial e neste Contrato.

22.2.2 Os regulamentos, formulários, manuais, propostas ou termos de adesão e demais documentos padronizados da CONTRATADA não poderão:

I – restringir direitos ou coberturas previstos no Edital, no Termo de Referência ou neste Contrato;

II – transferir à CONTRATANTE ou aos beneficiários obrigações atribuídas à CONTRATADA;

III – instituir cobranças, taxas, franquias, coparticipações ou encargos não previstos na contratação;

IV – modificar os critérios de reajuste, faturamento, cobertura assistencial ou movimentação cadastral estabelecidos neste Contrato; ou

V – alterar qualquer condição da contratação sem a prévia formalização do instrumento juridicamente cabível.

22.2.3 Em caso de divergência entre os documentos padronizados da CONTRATADA e as disposições do Edital, do Termo de Referência ou deste Contrato, prevalecerão as condições estabelecidas nos instrumentos da contratação administrativa, sem prejuízo da observância das normas cogentes da legislação de saúde suplementar e da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

22.3 A celebração do presente instrumento não acarretará qualquer vínculo empregatício entre a CONTRATANTE e os empregados, prepostos ou colaboradores da CONTRATADA.

22.4 Incumbirá à CONTRATANTE providenciar a publicação do extrato deste Contrato e de seus aditivos no Diário Oficial dos Municípios e no Portal Nacional de Contratações Públicas – PNCP, na forma da legislação aplicável.

22.5 Os casos omissos e as situações não previstas neste instrumento serão analisados e solucionados à luz das disposições da Lei Federal nº 14.133/2021, da Lei Federal nº 9.656/1998, da Lei Municipal nº 6.601/2026, das normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, dos princípios aplicáveis à Administração Pública e das demais normas pertinentes.

22.6 Todas as comunicações relacionadas à execução contratual deverão ser formalizadas por escrito, preferencialmente por meio eletrônico ou em processo administrativo próprio, admitida a utilização de correio eletrônico institucional e demais meios eletrônicos que permitam a comprovação do envio e do recebimento das comunicações.

22.7 Fica eleito o Foro da Comarca de São José/SC para dirimir eventuais controvérsias oriundas deste Contrato, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

22.8 E, por estarem de acordo, as partes firmam o presente instrumento, inclusive por meio eletrônico, na forma admitida pela legislação vigente.

São José/SC, …… de …….. de XXXX.

_____	_____
CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ	**FORNECEDOR(A)**
XXXXXXXXXXXX	**Representante**
Presidente	