TERMO DE REFERÊNCIA

Credenciamento de operadoras de planos de saúde nacionais coletivos empresariais destinados aos servidores públicos municipais ativos e inativos, pensionistas e seus dependentes elegíveis.

1. DAS CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO

1.1 Da Secretaria solicitante: A solicitação desta contratação parte da Secretaria Municipal de Administração e Governança.

1.2 A contratação observará este Termo de Referência, o Estudo Técnico Preliminar, o edital de chamamento público, o requerimento de Credenciamento, o Termo de Credenciamento, a Lei Federal nº 14.133/2021, a Lei Federal nº 9.656/1998, a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e as demais normas aplicáveis. O procedimento fundamenta-se no art. 79, inciso II, da Lei Federal nº 14.133/2021.

2. DA DEFINIÇÃO DO OBJETO

2.1 Constitui objeto do presente chamamento público o credenciamento de operadoras de planos privados de assistência à saúde, regularmente autorizadas pela ANS, para disponibilização de planos coletivos empresariais com abrangência geográfica nacional, segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação semiprivativa, destinados aos servidores públicos municipais ativos e inativos, pensionistas e dependentes elegíveis, com mensalidades por faixa etária, franquias e coparticipações nas condições deste Termo de Referência. A escolha da operadora caberá ao servidor beneficiário dentre as credenciadas.

Item	Faixa etária	Vidas estimadas	Valor unitário mensal estimado	Valor mensal estimado
01	0 a 18 anos	367	R$ 187,07	R$ 68.654,69
02	19 a 23 anos	54	R$ 196,42	R$ 10.606,68
03	24 a 28 anos	86	R$ 215,13	R$ 18.501,18
04	29 a 33 anos	83	R$ 243,19	R$ 20.184,77
05	34 a 38 anos	113	R$ 280,61	R$ 31.708,93

Item	Faixa etária	Vidas estimadas	Valor unitário mensal estimado	Valor mensal estimado
06	39 a 43 anos	136	R$ 355,43	R$ 48.338,48
07	44 a 48 anos	167	R$ 473,29	R$ 79.039,43
08	49 a 53 anos	108	R$ 637,90	R$ 68.893,20
09	54 a 58 anos	105	R$ 862,23	R$ 90.534,15
10	59 anos ou mais	341	R$ 1.120,53	R$ 382.100,73
			TOTAL MENSAL ESTIMADO	R$ 818.562,24

2.1.2 Da variação dos valores por faixa etária:

A interessada deverá apresentar, com o requerimento de credenciamento, tabela com os valores unitários mensais das dez faixas etárias e os respectivos percentuais de variação em relação à faixa imediatamente anterior, em conformidade com os valores padronizados definidos no edital. A tabela aceita integrará o Termo de Credenciamento de cada operadora.

Os valores e percentuais deverão observar o disposto nos arts. 15 e 16, inciso IV, da Lei Federal nº 9.656/1998 e na Resolução Normativa ANS nº 563/2022, ou norma que a substitua, atendendo às seguintes condições:

I – o valor da última faixa etária, de 59 anos ou mais, não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária, de 0 a 18 anos;

II – a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas etárias não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas, apurada pela relação entre os valores das faixas correspondentes, vedada a simples soma dos percentuais;

III – as variações entre faixas etárias não poderão apresentar percentuais negativos.

A alteração da mensalidade por mudança de faixa etária ocorrerá no mês subsequente ao aniversário em que o beneficiário ingressar na nova faixa, passando a ser cobrado o valor correspondente à faixa de destino constante da tabela contratual vigente, sem acréscimo adicional pelo mesmo fato. Essa alteração não se confunde com o reajuste anual do contrato.

Na análise do requerimento de credenciamento, será verificada a adesão aos valores unitários mensais padronizados de todas as faixas etárias definidos no chamamento. Não haverá apresentação de lances, disputa por desconto ou classificação pelo menor preço.

Os valores e os percentuais entre faixas etárias deverão corresponder à tabela padronizada definida no edital e observar as condições regulatórias deste item. A tabela abaixo apresenta os valores e as variações da referência orçamentária, sujeitos à validação antes da publicação do chamamento:

Faixa etária	**Valor unitário mensal**	**Variação em relação à faixa anterior**
0 a 18 anos	R$ 187,07	Não se aplica
19 a 23 anos	R$ 196,42	5,00%
24 a 28 anos	R$ 215,13	9,52%
29 a 33 anos	R$ 243,19	13,04%
34 a 38 anos	R$ 280,61	15,38%
39 a 43 anos	R$ 355,43	26,67%
44 a 48 anos	R$ 473,29	33,16%
49 a 53 anos	R$ 637,90	34,78%
54 a 58 anos	R$ 862,23	35,19%
59 anos ou mais	R$ 1.120,53	29,93%

2.1.3 Dos serviços: coberturas mínimas, carências, franquias e demais disposições:

I - Consultas médicas: sem limite de consultas, conforme a regulamentação da ANS.

a) carência: até 30 (trinta) dias, ressalvada a absorção das carências já cumpridas pela massa inicial; reconsulta no prazo de até 15 (quinze) dias;

b) franquia: R$ 55,00 (cinquenta e cinco reais).

II - Consultas com nutricionista, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo: conforme indicação do médico assistente e as Diretrizes de Utilização - DUT e Diretrizes Clínicas - DC da ANS.

a) carência: até 30 (trinta) dias, ressalvada a absorção das carências já cumpridas pela massa inicial;

b) franquia: R$ 36,00 (trinta e seis reais).

III - Consultas com psicólogo, psicoterapeuta e acupuntura: conforme indicação do médico assistente e as Diretrizes de Utilização - DUT e Diretrizes Clínicas - DC da ANS.

a) carência: até 30 (trinta) dias, ressalvada a absorção das carências já cumpridas pela massa inicial;

b) franquia: R$ 55,00 (cinquenta e cinco reais).

IV - Exames simples, de até 200 CHs, a exemplo de hemograma, E.Q.U., glicose, colesterol, radiografias e ecografias: sem limite de utilização, conforme a regulamentação da ANS.

a) carência: até 90 (noventa) dias, ressalvada a absorção das carências já cumpridas pela massa inicial;

b) franquia: R$ 7,40 (sete reais e quarenta centavos).

V - Exames médios, de 201 a 500 CHs, a exemplo de ecografia morfológica, ecografia do aparelho urinário, teste ergométrico, endoscopia digestiva alta, teste do pezinho e cintilografia óssea: sem limite de utilização, conforme a regulamentação da ANS.

a) carência: até 90 (noventa) dias, ressalvada a absorção das carências já cumpridas pela massa inicial;

b) franquia: R$ 47,00 (quarenta e sete reais).

VI - Exames especiais, a partir de 501 CHs, a exemplo de exames genéticos, colonoscopia, tilt test e polissonografia: sem limite de utilização, conforme a regulamentação da ANS.

a) carência: até 180 (cento e oitenta) dias, ressalvada a absorção das carências já cumpridas pela massa inicial;

b) franquia: R$ 175,00 (cento e setenta e cinco reais).

VII - Exames complexos: tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas e PET-CT, sem limite de utilização, conforme a regulamentação da ANS.

a) carência: até 180 (cento e oitenta) dias, ressalvada a absorção das carências já cumpridas pela massa inicial;

b) franquia: R$ 240,00 (duzentos e quarenta reais).

VIII - Fisioterapia: sem limite de sessões, conforme a regulamentação da ANS.

a) carência: até 90 (noventa) dias, ressalvada a absorção das carências já cumpridas pela massa inicial;

b) franquia: R$ 9,05 (nove reais e cinco centavos).

IX - Terapias especiais, incluindo hemodiálise, diálise, radioterapia e quimioterapia: sem limite de sessões, conforme a regulamentação da ANS.

a) carência: até 90 (noventa) dias para quimioterapia e até 180 (cento e oitenta) dias para as demais terapias, ressalvada a absorção das carências já cumpridas pela massa inicial;

b) franquia isenta

X - Procedimentos ambulatoriais simples, com anestesia local ou sem anestesia, incluindo tala gessada, sutura, cantoplastia e observação em pronto atendimento: sem limite de utilização, conforme a regulamentação da ANS.

a) carência: até 90 (noventa) dias, ressalvada a absorção das carências já cumpridas pela massa inicial;

b) franquia isenta

XI - Procedimentos ambulatoriais especiais, de complexidade hospitalar ou com anestesia diversa da local, incluindo artroscopia, colecistectomia, curetagem uterina e laparoscopia ginecológica: sem limite de utilização, conforme a regulamentação da ANS.

a) carência: até 180 (cento e oitenta) dias, ressalvada a absorção das carências já cumpridas pela massa inicial;

b) franquia isenta.

XII - Hospitalização: acomodação semiprivativa e UTI, sem limite de dias, conforme a regulamentação da ANS.

a) carência: até 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos eletivos e até 300 (trezentos) dias para partos e cesáreas, ressalvada a absorção das carências já cumpridas pela massa inicial;

b) franquia isenta.

XIII - Hospitalizações especiais: internações psiquiátricas e para tratamento de dependência química.

a) carência: até 180 (cento e oitenta) dias, ressalvada a absorção das carências já cumpridas pela massa inicial;

b) franquia isenta.

XIV - Órteses e próteses: materiais cuja cobertura esteja vinculada à realização de cirurgia, incluindo cateteres, válvulas, stents, parafusos e pinos.

a) carência: a correspondente ao procedimento, ressalvada a absorção das carências já cumpridas pela massa inicial;

b) franquia isenta.

XV - Translado de pacientes entre hospitais e clínicas, realizado por modernas ambulâncias, helicópteros ou aeronaves, para cuidados médicos especializados, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

a) carência: até 180 (cento e oitenta) dias, ressalvada a absorção das carências já cumpridas pela massa inicial;

b) franquia isenta.

XVI – Taxa de inscrição: R$ 40,00 (quarenta reais) para inclusões posteriores a massa inicial.

XVII – Segunda via do cartão: R$ 22,00 (vinte e dois reais).

Área de abrangência geográfica: contempla os municípios onde poderão ser realizados procedimentos de saúde, dentro do território brasileiro. Atendimento Nacional.

2.1.4. Os valores das franquias acima constituem referência extraída da pesquisa de mercado.

2.1.5 O quantitativo total estimado é de 1.560 (mil quinhentas e sessenta) vidas. Os quantitativos por faixa etária são referenciais para dimensionamento da demanda e estimativa orçamentária, devendo ser atualizados com os dados do Setor de Recursos Humanos antes da publicação do chamamento.

2.1.6 A quantidade de beneficiários é variável e não constitui garantia mínima de adesão ou faturamento para qualquer credenciada. O pagamento mensal a cada operadora corresponderá às vidas efetivamente vinculadas ao seu produto em cada faixa etária, acrescido das coparticipações e demais valores contratualmente admitidos e comprovados, vedada a duplicidade de faturamento.

2.1.7 Não haverá adjudicação a uma única operadora. Serão credenciadas todas as interessadas que atendam às condições do chamamento. As faixas etárias compõem a tabela de remuneração de cada produto, sem contratação isolada das coberturas de um mesmo beneficiário.

2.2 Da classificação/natureza do objeto: Nos termos do art. 6º, inciso XV, da Lei Federal nº 14.133/2021, o objeto é classificado como serviço contínuo, tendo em vista que se destina ao atendimento de necessidade permanente e continuada da Administração, cuja interrupção pode comprometer a assistência à saúde dos beneficiários e a continuidade do benefício disponibilizado pelo Município.

2.3 Da vigência do edital e do prazo para credenciamento:

O edital de chamamento público permanecerá aberto ao recebimento de requerimentos de credenciamento pelo prazo de 30 (trinta) dias corridos, contados da data de sua publicação, assegurada, durante todo esse período, a inscrição de quaisquer interessados que atendam às condições estabelecidas no edital.

A definição do prazo considera as particularidades operacionais da contratação, especialmente a necessidade de planejamento e organização das atividades dos setores de Recursos Humanos e de Compras, tendo em vista que a inclusão de novas operadoras exige procedimentos de análise documental, cadastramento, parametrização do sistema de folha de pagamento e adequação dos controles de faturamento e acompanhamento contratual. O período estabelecido busca assegurar oportunidade de participação às operadoras interessadas e, simultaneamente, proporcionar maior eficiência, segurança e previsibilidade à implantação dos serviços, conforme fundamentação apresentada no Estudo Técnico Preliminar.

O edital estabelecerá os procedimentos e os prazos para apresentação e análise da documentação, interposição e julgamento de recursos e implantação inicial dos serviços, sem fase de apresentação de lances. O encerramento do prazo de inscrição não prejudicará a análise dos requerimentos apresentados tempestivamente nem o processamento dos respectivos recursos.

O prazo de inscrição não se confunde com a vigência dos instrumentos contratuais celebrados com as operadoras credenciadas, que observarão os prazos e as condições estabelecidos neste Termo de Referência, no edital e nos respectivos instrumentos contratuais. As disposições do edital continuarão aplicáveis à conclusão do procedimento e às contratações dele decorrentes, durante os respectivos períodos de vigência.

A escolha da operadora será formalizada pelo beneficiário titular, após disponibilização de informações claras e suficientes sobre os produtos ofertados, a rede assistencial, os valores das mensalidades, as condições de franquia e coparticipação e os demais aspectos relevantes à utilização dos serviços, assegurada a liberdade de escolha entre as operadoras regularmente credenciadas, observadas as condições estabelecidas no edital e neste Termo de Referência.

2.4 Dos quantitativos: A distribuição estimada de vidas foi fornecida pelo Setor de Recursos Humanos e corresponde aos beneficiários atualmente vinculados ao plano de saúde. O total será distribuído entre as operadoras conforme as escolhas dos servidores, sem garantia de quantitativo mínimo. Inclusões, exclusões, óbitos, novas admissões e mudanças de faixa etária serão processados mensalmente, nos termos deste instrumento e do Termo de Credenciamento.

3. DA FUNDAMENTAÇÃO E DA DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

3.1 Da necessidade da contratação: O Município mantém assistência médico-hospitalar aos servidores e dependentes há mais de três décadas. A contratação é indispensável para impedir a interrupção do benefício, preservar tratamentos em curso, proteger pessoas com doenças crônicas, gestantes, idosos e beneficiários que necessitam de atendimento fora da região e contribuir para a continuidade dos serviços públicos.

A exigência de abrangência geográfica nacional fundamenta-se nas características da necessidade assistencial a ser atendida, no perfil de utilização dos beneficiários e na necessidade de preservação do padrão de cobertura atualmente disponibilizado aos servidores públicos municipais, aposentados, pensionistas e respectivos dependentes elegíveis.

O benefício atualmente assegurado pelo Município possui abrangência nacional, característica que integra, há longo período, as condições de assistência à saúde disponibilizadas aos beneficiários. Dessa forma, a definição da abrangência geográfica da futura contratação deve considerar não apenas a existência de serviços de saúde no Município de Flores da Cunha e na Serra Gaúcha, mas também o nível de acesso assistencial já proporcionado aos servidores e seus dependentes.

A substituição da atual abrangência nacional por cobertura exclusivamente regional ou restrita a

determinada área geográfica representaria redução objetiva do alcance territorial do benefício disponibilizado. Ainda que uma alternativa regional pudesse assegurar parte significativa dos atendimentos ordinariamente realizados pelos beneficiários, deixaria de oferecer, fora da respectiva área de cobertura, o mesmo nível de proteção atualmente existente. Sob a perspectiva do beneficiário, portanto, a alteração implicaria diminuição material das possibilidades de acesso aos serviços de saúde durante deslocamentos ou quando necessária a utilização de recursos assistenciais localizados em outros centros.

Essa circunstância assume especial relevância porque as necessidades de saúde dos beneficiários não se limitam às fronteiras do Município ou da Serra Gaúcha. Determinados exames, procedimentos, especialidades médicas e tratamentos de maior complexidade podem demandar atendimento em Porto Alegre ou em outros centros de referência. Além disso, servidores e agentes públicos realizam deslocamentos em razão de suas atribuições funcionais, inclusive para outros Estados e para o Distrito Federal. Há, ainda, deslocamentos de natureza pessoal dos beneficiários, circunstância inerente à vida cotidiana e que não elimina a necessidade de acesso à assistência à saúde, especialmente em situações imprevistas de urgência e emergência.

No âmbito das atividades municipais, merece destaque a existência de servidores que, em razão das próprias atribuições, realizam deslocamentos frequentes para fora do Município. É o caso, entre outros, de motoristas vinculados à Secretaria Municipal de Saúde que transportam pacientes para atendimento e tratamento em Porto Alegre, bem como de agentes públicos que necessitam viajar a outros Estados e ao Distrito Federal para o desempenho de atividades institucionais. A limitação territorial da assistência poderia, portanto, produzir situação em que o servidor, justamente durante o exercício de atividade de interesse da Administração, estivesse fora da área geográfica ordinária de cobertura assistencial.

3.2 Do alinhamento com o Estudo Técnico Preliminar (ETP): Este Termo de Referência desdobra a solução recomendada no ETP, de credenciamento com seleção a critério dos beneficiários. A escolha informada permite considerar vínculos assistenciais, tratamentos em curso e procedimentos programados, mantidos os requisitos mínimos comuns. A implementação exige a validação da viabilidade econômica e operacional, dos valores padronizados e das medidas de continuidade assistencial, sem presumir a adesão de determinada operadora.

4. DA DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO, CONSIDERANDO O CICLO DE VIDA DO OBJETO

O objeto do presente chamamento público consiste no credenciamento de operadoras de planos privados de assistência à saúde, regularmente autorizadas pela ANS e responsáveis pelos produtos registrados ofertados, para prestação continuada de assistência aos servidores públicos municipais ativos, inativos e pensionistas e respectivos dependentes elegíveis, nos termos da legislação municipal.

A contratação compreende plano coletivo empresarial, com abrangência geográfica nacional, segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação hospitalar semiprivativa, destinado ao atendimento da massa estimada de 1.560 beneficiários, distribuídos por faixas etárias conforme os quantitativos constantes deste Termo de Referência.

Todas as interessadas que cumpram integralmente os requisitos poderão ser credenciadas. Cada operadora responderá pela assistência integral dos beneficiários que escolherem seu produto, sem exclusividade e sem garantia de adesão mínima. A coexistência de operadoras não implicará divisão das coberturas de um mesmo beneficiário.

A abrangência geográfica será nacional, assegurando atendimento em todos os Estados da Federação e no Distrito Federal, não se restringindo aos municípios indicados neste Termo de Referência como locais de maior utilização ou polos de deslocamento dos beneficiários.

A cobertura compreenderá atendimentos eletivos, de urgência e de emergência, observada a segmentação contratada, incluindo consultas médicas, exames, serviços de diagnóstico, terapias, procedimentos ambulatoriais, cirurgias, internações, tratamentos complementares e demais procedimentos cobertos pelo produto, em conformidade com a Lei Federal nº 9.656/1998, com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e com as demais normas expedidas pela ANS aplicáveis à contratação.

A operadora manterá rede assistencial nacional e rede local e regional mínima, conforme os requisitos estabelecidos neste Termo de Referência, assegurando atendimento adequado em Flores da Cunha e na Serra Gaúcha, bem como acesso à assistência nas demais localidades do território nacional.

O acesso aos serviços cobertos na área de cobertura local e regional estará sujeito à franquia, paga pelo beneficiário diretamente ao prestador. Fora dessa área, os atendimentos ocorrerão mediante coparticipação, sem qualquer desembolso pelo beneficiário no ato do atendimento, sendo os respectivos valores cobrados posteriormente pela operadora por meio de faturamento mensal.

A solução compreende todos os serviços, recursos e providências necessários à sua plena execução, incluindo implantação do plano, cadastramento inicial, inclusões e exclusões de beneficiários e dependentes, alterações cadastrais, mudanças de faixa etária, disponibilização de carteirinhas físicas ou digitais, manutenção e atualização da rede assistencial, autorizações, internações, exames, terapias, procedimentos e demais atividades necessárias à utilização regular da assistência contratada.

A distribuição inicial por faixa etária corresponde aos dados atualizados fornecidos pelo Setor de Recursos Humanos e constitui estimativa global da demanda e do orçamento. A distribuição entre as

operadoras decorrerá das escolhas dos beneficiários, e os quantitativos serão atualizados mensalmente em razão das movimentações cadastrais, sem garantia de demanda mínima a cada credenciada.

A solução compreende também a assistência às pessoas neurodivergentes, inclusive os atendimentos, procedimentos e terapias multidisciplinares abrangidos pela cobertura contratada e pela regulamentação aplicável.

Integra o objeto a remoção ou o traslado de pacientes entre hospitais, clínicas e demais estabelecimentos assistenciais, quando houver indicação e cobertura, mediante utilização do meio adequado à condição clínica do beneficiário, incluindo ambulância terrestre, helicóptero ou aeronave, conforme a necessidade assistencial, quando caracterizado pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

A contratada disponibilizará canais de atendimento aos beneficiários e à Administração, mecanismos para solicitação e acompanhamento de autorizações, atendimento de urgência e emergência, consulta atualizada à rede assistencial e guia médico em meio eletrônico, além dos demais instrumentos necessários à adequada utilização dos serviços.

O faturamento será apresentado mensalmente de forma detalhada, contendo as informações necessárias à conferência pela fiscalização, inclusive identificação das mensalidades por beneficiário e faixa etária, movimentações cadastrais, coparticipações e demais valores incidentes no período.

A execução observará a continuidade assistencial, inclusive quanto aos beneficiários que, na data de início da contratação, estejam submetidos a internações, tratamentos continuados, terapias ou procedimentos em andamento, observadas as disposições legais e regulamentares aplicáveis. A implantação e a transição entre o contrato vigente e a nova contratação ocorrerão de forma a evitar descontinuidade indevida da assistência aos beneficiários.

A remuneração da contratada será composta pelas mensalidades correspondentes às faixas etárias dos beneficiários efetivamente vinculados ao plano em cada período de faturamento, acrescidas das coparticipações efetivamente incidentes, observados os valores, percentuais, limites e demais condições estabelecidas neste Termo de Referência.

A seleção ocorrerá mediante credenciamento, com escolha a critério dos beneficiários, nos termos do art. 79, inciso II, da Lei Federal nº 14.133/2021. As contratações decorrentes serão instruídas conforme o art. 72 e fundamentadas no art. 74, inciso IV, da mesma Lei. Não haverá disputa por menor preço global ou escolha de uma única vencedora.

Os valores padronizados por faixa etária definidos no chamamento vincularão as contratações e serão aplicados às vidas efetivamente vinculadas a cada produto. A pesquisa deverá considerar a distribuição

variável entre operadoras e a ausência de garantia de adesão mínima, sendo validada antes da publicação do edital.

Não haverá classificação econômica entre as interessadas. O deferimento do credenciamento dependerá do atendimento integral aos requisitos de habilitação, cobertura, rede e condições de contratação. A escolha será formalizada pelo servidor após acesso às informações sobre o produto, a rede, os valores e os mecanismos de cobrança. Os dependentes permanecerão vinculados ao produto do titular, observadas a elegibilidade e as normas aplicáveis.

A contratada será responsável pela integralidade da execução do objeto, incluindo a disponibilização e manutenção das condições de cobertura, abrangência, rede assistencial, atendimento, autorizações, movimentação cadastral, faturamento, continuidade assistencial e demais obrigações estabelecidas neste Termo de Referência e no contrato.

O Termo de Credenciamento de cada operadora terá vigência inicial de 12 (doze) meses, contados da assinatura, admitidas prorrogações sucessivas nos termos dos arts. 106 e 107 da Lei Federal nº 14.133/2021, mediante comprovação da manutenção da necessidade, da vantajosidade, da disponibilidade orçamentária e dos demais requisitos legais. O início da assistência observará cronograma de implantação definido pela Administração, sem lacuna de cobertura.

Em caso de prorrogação contratual, os valores poderão ser reajustados, mediante solicitação da contratada, pela variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA – Subitem Serviços de Saúde, levantado e divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

5. DOS REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

5.1 Requisitos gerais: A operadora e o serviço deverão permanecer regulares perante a ANS durante toda a execução. O serviço deverá contemplar segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, acomodação semiprivativa e cobertura do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente, inclusive ampliações supervenientes.

- Atendimento nacional direto, eletivo e de urgência e emergência, em todos os Estados e no Distrito Federal, sem adoção do reembolso como forma ordinária de acesso.
- Atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados.
- Absorção das carências já cumpridas pela massa inicial, sem nova contagem, cobertura parcial temporária ou declaração de saúde, nos limites legalmente aplicáveis, e continuidade dos tratamentos em curso.

5.2 Requisitos de habilitação

Os requisitos de habilitação jurídica, fiscal, social, trabalhista e econômico-financeira serão previstos no edital. A qualificação econômico-financeira observará o art. 69 da Lei Federal nº 14.133/2021 e o item 3.10 do ETP, inclusive quanto às demonstrações contábeis dos dois últimos exercícios, ressalvadas as hipóteses legais. Os índices e eventual exigência de patrimônio líquido mínimo deverão ser objetivos, proporcionais e justificados no processo, considerando a ausência de demanda mínima por operadora.

5.2.1 Habilitação técnica

5.2.1.1 Para fins de comprovação da qualificação técnico-operacional, cada interessada deverá apresentar:

A) Dois atestados de capacidade técnica expedidos por pessoa jurídica de direito público ou privado que comprovem experiência anterior na prestação de serviços de assistência à saúde **com cobertura nacional**, de natureza compatível com o objeto da contratação.

Os atestados apresentados deverão comprovar que a licitante executou ou executa serviços de assistência à saúde para, no mínimo, 780 (setecentos e oitenta) beneficiários, correspondentes a aproximadamente 50% do quantitativo estimado de 1.560 beneficiários abrangidos pela presente contratação.

Os atestados deverão identificar a emitente, a operadora e os serviços executados ou em execução, de modo a permitir a verificação da experiência compatível com o objeto.

B) Declaração de que o atendimento será garantido em todo o território nacional para todos os procedimentos cobertos, eletivos e de urgência e emergência, mediante carteira física ou digital, sem desembolso prévio do valor integral. O reembolso não poderá ser utilizado como forma ordinária para suprir a rede contratada.

C) Declaração assegurando o atendimento ambulatorial e hospitalar, eletivo e de urgência e emergência, no mínimo, em Flores da Cunha, Antônio Prado, Bento Gonçalves, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Farroupilha, Garibaldi, São Marcos, sem prejuízo da abrangência nacional.

D) Declaração expressa da operadora de que possui, no mínimo, 50 (cinquenta) médicos vinculados ao plano de saúde ofertado, atuando na microrregião de Caxias do Sul (conforme a divisão regional do IBGE), sendo no mínimo 30 (trinta) no território do município de Flores da Cunha, nas diversas especialidades médicas: cardiologia, clínica médica e cirúrgica, dermatologia, gastroenterologia, geriatria, ginecologia e obstetrícia, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, pediatria, psiquiatria, urologia, endocrinologia, neurologia, oncologia, hematologia.

Os quantitativos serão comprovados sem duplicidade, por relação atualizada que identifique profissionais, especialidades, municípios e vínculo com o produto. Quando inexistente ou temporariamente indisponível prestador local para determinada especialidade, poderá ser admitido atendimento em Caxias do Sul, preservado o acesso regular e o padrão assistencial.

E) Declaração expressa da operadora, acompanhada de relação atualizada, comprovando 3 (três) hospitais na microrregião de Caxias do Sul, conforme a divisão regional do IBGE, atendendo aos seguintes requisitos:

a) pelo menos 1 (um) hospital integrante da rede própria da operadora;

b) pelo menos 1 (um) hospital localizado no Município de Flores da Cunha; e

c) pelo menos 1 (um) hospital com Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, devidamente autorizada a funcionar, com cobertura e acesso às internações quando houver indicação médica.

Um mesmo hospital poderá atender a mais de um dos requisitos acima, mantido o mínimo de 3 (três) estabelecimentos.

F) Declaração de que a operadora dispõe de rede própria ou credenciada que contemple, no mínimo, 01 (um) laboratório de análises clínicas e 01 (um) estabelecimento prestador de serviços de diagnóstico por imagem, ambos localizados no Município de Flores da Cunha/RS, devendo constar na declaração o nome dos estabelecimentos, respectivos endereços e a descrição dos serviços disponibilizados, para fins de comprovação da rede assistencial exigida.

G) Comprovação de que a interessada está regularmente registrada e autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para atuar como operadora de plano privado de assistência à saúde, em situação compatível com a execução do objeto.

H) Comprovação de que o produto ofertado possui registro regular perante a ANS e apresenta características compatíveis com a contratação, especialmente quanto à segmentação assistencial e abrangência geográfica exigidas.

5.2.2 Documentos que serão exigidos de cada interessada na fase de habilitação, antes do deferimento do credenciamento

I – relação atualizada dos prestadores vinculados ao produto ofertado, extraída dos sistemas oficiais da operadora;

II – guia médico ou guia nacional de prestadores aplicável ao produto, podendo ser disponibilizado por meio de link para consulta.

III – documentos que comprovem vínculo ou acesso regular à rede indicada; e

IV – relação ou declaração de disponibilidade da rede multiprofissional apta ao atendimento de pessoas neurodivergentes, inclusive para TEA, situada em um raio de até 30 km do município de Flores da Cunha; e

V – documento, regulamento ou declaração que comprove a disponibilidade do serviço de traslado de pacientes entre hospitais e clínicas por ambulâncias, helicópteros ou aeronaves, diretamente ou por

prestador contratado, acompanhado do respectivo fluxo de acionamento.

5.2.2.1 Será admitida rede própria, credenciada, cooperada, referenciada, contratada ou compartilhada por instrumento formal de intercâmbio ou mecanismo equivalente, mantida a exigência de pelo menos um hospital da rede própria na microrregião. A comprovação deverá referir-se ao produto especificamente ofertado, sendo insuficiente demonstrar disponibilidade em outros produtos. Cada contratada permanecerá integralmente responsável pelo atendimento.

5.2.2.2 A ausência de comprovação dos requisitos impedirá o deferimento do credenciamento, observadas as diligências, os recursos e os procedimentos previstos no edital. Não haverá convocação de remanescentes por ordem de classificação. O chamamento permanecerá aberto a novos requerimentos durante sua vigência.

5.3 Da subcontratação

5.3.1 Não será permitida a transferência da responsabilidade integral pelo objeto a administradora de benefícios, intermediária ou outra operadora. Não se considera subcontratação proibida a utilização de rede própria, credenciada, cooperada, referenciada ou contratada, nem o intercâmbio ou compartilhamento de rede formalizado, inclusive a contratação de prestador especializado para o traslado, permanecendo a contratada integralmente responsável.

5.4 Garantias contratuais

5.4.1 Pela natureza do objeto e para reduzir custos administrativos e garantir a ampla competitividade, não haverá exigência de garantia contratual (caução, seguro ou fiança) para a execução do contrato, nos termos do Art. 96 da Lei Federal nº 14.133/2021.

5.5 Participação de consórcios

5.5.1 É vedada a participação de empresas reunidas em consórcio.

5.5.2 A autorização de funcionamento, o registro do produto, a gestão atuarial, a manutenção da rede e a responsabilidade pela garantia integral do atendimento devem permanecer concentrados em uma única operadora autorizada pela ANS. O consórcio poderia fragmentar a responsabilidade assistencial e dificultar a fiscalização, sem impedir os mecanismos formais de rede e intercâmbio previstos no item 5.3.

6. DO MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

6.1 Das condições de execução

6.1.1 Cada credenciada deverá concluir a implantação e disponibilizar as identificações dos beneficiários que escolherem seu produto conforme cronograma definido pela Administração, compatível com o encerramento da contratação vigente, sem lacuna de cobertura. A escolha e as movimentações serão registradas pelo Município e confirmadas pela operadora, com datas de início e término que evitem cobrança duplicada.

6.1.2 Os beneficiários do plano vigente que aderirem ao produto de cada credenciada terão preservadas as carências já cumpridas e a continuidade assistencial, sem nova contagem, cobertura parcial temporária ou declaração de saúde, observadas as condições legalmente aplicáveis e expressamente verificadas para cada produto. Não será admitida seleção por condição de saúde. Cada contratada apresentará plano de transição de entrada e saída, abrangendo internações, gestantes, tratamentos continuados e autorizações vigentes. Alterações de operadora dependerão de solicitação formal do titular e processamento coordenado pelo Município, com verificação prévia das carências, da continuidade dos cuidados e das datas de cobertura, nos prazos definidos no edital e na regulamentação aplicável.

6.1.3 As movimentações cadastrais mensais serão confirmadas em até 5 (cinco) dias úteis, ressalvados prazos menores da ANS ou do edital. Solicitações administrativas do Município serão respondidas em até 2 (dois) dias úteis e solucionadas em prazo compatível com a urgência.

6.1.4 A rede deverá ser mantida durante toda a vigência, com substituição de prestadores na forma da Lei Federal nº 9.656/1998 e da regulamentação da ANS, comunicação prévia e preservação das internações e tratamentos continuados.

6.2 Da descrição detalhada da execução do objeto

6.2.1 Rede assistencial, abrangência e acesso

6.2.1.1 O atendimento será garantido em todo o território nacional para todos os procedimentos cobertos, eletivos e de urgência e emergência, mediante carteira física ou digital, sem desembolso prévio do valor integral. O reembolso não poderá ser utilizado como forma ordinária para suprir a rede contratada.

6.2.1.2 Deverá ser assegurado atendimento ambulatorial e hospitalar, eletivo e de urgência e emergência, no mínimo, em Flores da Cunha, Antônio Prado, Bento Gonçalves, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Farroupilha, Garibaldi, São Marcos, sem prejuízo da abrangência nacional.

6.2.1.3 A contratada deverá possuir, no mínimo, 50 (cinquenta) médicos vinculados ao produto e atuantes nos municípios integrantes da Microrregião de Caxias do Sul, (conforme a divisão regional do IBGE), sendo no mínimo 30 (trinta) no território do município de Flores da Cunha, nas diversas especialidades médicas: cardiologia, clínica médica e cirúrgica, dermatologia, gastroenterologia, geriatria, ginecologia e obstetrícia, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, pediatria, psiquiatria, urologia, endocrinologia, neurologia, oncologia, hematologia.

6.2.1.4 Os quantitativos serão comprovados sem duplicidade, por relação atualizada que identifique profissionais, especialidades, municípios e vínculo com o produto. Quando inexistente ou temporariamente indisponível prestador local para determinada especialidade, poderá ser admitido atendimento em Caxias do Sul, preservado o acesso regular e o padrão assistencial.

6.2.1.5 O produto ofertado deverá assegurar acesso à seguinte rede hospitalar mínima:

I – 3 (três) hospitais na microrregião de Caxias do Sul, conforme a divisão regional do IBGE, atendendo aos seguintes requisitos:

a) pelo menos 1 (um) hospital integrante da rede própria da operadora;

b) pelo menos 1 (um) hospital localizado no Município de Flores da Cunha; e

c) pelo menos 1 (um) hospital com Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, devidamente autorizada a funcionar, com cobertura e acesso às internações quando houver indicação médica.

Um mesmo hospital poderá atender a mais de um dos requisitos acima, mantido o mínimo de 3 (três) estabelecimentos.

II –Deverá dispor de rede própria ou credenciada que contemple, no mínimo, 01 (um) laboratório de análises clínicas e 01 (um) estabelecimento prestador de serviços de diagnóstico por imagem, ambos localizados no Município de Flores da Cunha/RS, devendo constar na declaração o nome dos estabelecimentos, respectivos endereços e a descrição dos serviços disponibilizados, para fins de comprovação da rede assistencial exigida.

A operadora deverá comprovar que todos os hospitais indicados e os serviços exigidos estão disponíveis aos beneficiários do produto especificamente ofertado no credenciamento.

6.2.2 Internações, obstetrícia, exames, terapias e procedimentos

6.2.2.1 As internações serão asseguradas sem limitação de prazo, valor máximo ou quantidade, inclusive em UTI, em acomodação semiprivativa, sem cobrança de diferença de acomodação. Na indisponibilidade, será fornecida acomodação superior sem custo adicional.

6.2.2.2 A cobertura incluirá diárias, enfermagem, honorários, alimentação, exames, tratamentos, medicamentos, anestésicos, transfusões, quimioterapia, radioterapia, taxas e materiais, nos limites da legislação e do Rol da ANS.

6.2.2.3 Será assegurada assistência obstétrica integral, acompanhamento pré-natal, parto e atendimento ao recém-nascido durante os primeiros 30 dias, bem como sua inscrição como dependente sem novas carências quando realizada no prazo legal.

6.2.2.4 Serão cobertos todos os exames, terapias e procedimentos do Rol da ANS e suas atualizações, conforme a segmentação e as Diretrizes de Utilização aplicáveis.

6.2.3 Atendimento às pessoas neurodivergentes

6.2.3.1 O produto assegurará atenção integral às pessoas neurodivergentes, inclusive beneficiários com transtorno do espectro autista - TEA e outros transtornos do neurodesenvolvimento, com cobertura das consultas, avaliações, exames, terapias e procedimentos legal e regulamentarmente previstos.

6.2.3.2 Deverão ser garantidas sessões com psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta sem limitação quantitativa indevida e o método ou técnica indicado pelo médico assistente, nos limites da legislação e regulamentação, vedada a imposição de método terapêutico único.

6.2.3.3 A rede multiprofissional poderá prestar atendimento presencial ou por telessaúde quando legalmente admitida e clinicamente adequada. Na indisponibilidade de prestador apto, a contratada

garantirá alternativa regulatoriamente admitida, sem transferir ao beneficiário o ônus financeiro da falha de rede.

6.2.4 Traslado de pacientes entre hospitais e clínicas

6.2.4.1 A contratada disponibilizará o traslado de pacientes entre hospitais e clínicas, realizado por ambulâncias, helicópteros ou aeronaves, para acesso a cuidados médicos especializados, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

6.2.4.2 O meio será definido conforme a condição clínica e a indicação assistencial, com equipe e equipamentos compatíveis e observância das normas sanitárias, profissionais e aeronáuticas.

6.2.4.3 O serviço será organizado diretamente pela contratada ou por prestador especializado regularmente contratado, mediante central ou canal de acionamento disponível 24 horas, com registro de protocolo, avaliação da solicitação e comunicação ao solicitante. Não será admitida sua substituição apenas por reembolso posterior das despesas suportadas pelo beneficiário.

6.2.5 Faturamento, relatórios e continuidade

6.2.5.1 A contratada apresentará, mensalmente, relatório de beneficiários por faixa etária, inclusões, exclusões, mensalidades e coparticipações, com informações suficientes à auditoria e sem exposição desnecessária de diagnósticos ou dados clínicos.

6.2.5.2 As cobranças de coparticipação deverão identificar beneficiário, data, prestador, procedimento e valor, respeitada a LGPD. Não serão admitidas cobranças sem comprovação ou fora dos limites definidos no edital e no contrato.

6.3 Do local de execução do objeto

6.3.1 Os serviços assistenciais serão executados na rede vinculada ao produto em todo o território nacional. A gestão administrativa, as movimentações cadastrais, o faturamento e as comunicações ocorrerão perante a Secretaria Municipal de Administração e Governança, na Rua São José, nº 2.500, Centro, Flores da Cunha/RS, CEP 95270-000, preferencialmente por meio eletrônico.

6.4 Dos horários da prestação dos serviços

6.4.1 A assistência de urgência e emergência e o canal de acionamento do traslado funcionarão 24 horas por dia, todos os dias da semana. Os canais administrativos funcionarão, no mínimo, em dias úteis e horário comercial, sem prejuízo dos prazos e canais obrigatórios definidos pela ANS.

6.5 Dos materiais e equipamentos a serem disponibilizados

6.5.1 A contratada disponibilizará, sem custo adicional, os meios materiais, tecnológicos e operacionais necessários à execução integral do objeto, observadas as obrigações previstas neste Termo de Referência.

7. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

7.1 São obrigações da Contratante:

7.1.1 receber o objeto nos prazos e nas condições estabelecidas no edital, neste Termo de Referência e no contrato;

7.1.2 fornecer as informações e os dados cadastrais necessários à implantação e à manutenção do plano, observada a legislação de proteção de dados pessoais;

7.1.3 comunicar à Contratada, por escrito, as falhas, irregularidades e reclamações verificadas na execução, fixando prazo para saneamento quando cabível;

7.1.4 acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações por meio dos servidores designados;

7.1.5 efetuar o pagamento dos valores devidos, no prazo e na forma estabelecidos, observada a ordem cronológica prevista no art. 141 da Lei Federal nº 14.133/2021;

7.1.6 aplicar as sanções cabíveis e adotar as demais providências administrativas previstas no edital e no contrato;

7.1.7 preservar o sigilo dos dados pessoais e das informações de saúde a que tiver acesso; e

7.1.8 não responder por compromissos assumidos pela Contratada com terceiros nem por danos causados por atos da Contratada, de seus empregados, prepostos, prestadores ou subordinados.

8. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

8.1 A Contratada deverá cumprir as obrigações constantes do edital, deste Termo de Referência, do contrato e de sua proposta, assumindo os riscos e as despesas necessários à execução integral do objeto, e ainda:

8.1.1 responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução, inclusive os causados diretamente à Administração, aos beneficiários ou a terceiros;

8.1.2 corrigir, reparar ou substituir, às suas expensas, as prestações executadas com vícios, falhas ou incorreções;

8.1.3 manter, durante toda a execução, as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento, a regularidade perante a ANS e o registro ativo do produto contratado;

8.1.4 indicar preposto e manter equipe especializada para implantação, manutenção e gerenciamento do plano, com canal administrativo contínuo durante a vigência;

8.1.5 manter central gratuita de atendimento aos beneficiários, disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia e 7 (sete) dias por semana, para orientação, informação e encaminhamento de demandas assistenciais;

8.1.6 prestar cobertura às doenças reconhecidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, bem como aos procedimentos previstos na legislação e no Rol da ANS aplicável ao produto;

8.1.7 processar inclusões, exclusões e alterações cadastrais nos prazos deste Termo de Referência e da regulamentação da ANS;

8.1.8 fornecer cartão de identificação físico ou digital e guia médico-hospitalar eletrônico atualizado, com dados dos hospitais, clínicas, laboratórios, serviços auxiliares e profissionais vinculados ao produto;

8.1.9 disponibilizar aplicativo, portal ou ferramenta equivalente para consulta de rede, autorizações e utilização;

8.1.10 executar os serviços com qualidade técnica, ética, segurança, respeito à integridade física e moral dos beneficiários e observância dos direitos dos pacientes;

8.1.11 assegurar que os profissionais e estabelecimentos da rede estejam regularmente inscritos ou licenciados perante os respectivos conselhos e órgãos competentes;

8.1.12 garantir as coberturas assistenciais, hospitalares, obstétricas, ambulatoriais, terapêuticas, de remoção e traslado previstas neste Termo de Referência, sem cobranças adicionais não autorizadas;

8.1.13 cobrir, durante a internação, as despesas legal e contratualmente abrangidas, inclusive honorários, enfermagem, alimentação, taxas, materiais, medicamentos e acomodação de acompanhante nos casos previstos em lei;

8.1.14 admitir novas inclusões e a inclusão de cônjuge ou companheiro, inclusive em união estável, observadas as regras de elegibilidade, a legislação e a regulamentação da ANS;

8.1.15 observar as normas de portabilidade, migração e aproveitamento de carências aplicáveis, especialmente na transição da massa inicial;

8.1.16 proteger os dados pessoais e os dados pessoais sensíveis, cumprir a Lei Federal nº 13.709/2018 e comunicar imediatamente incidentes de segurança ao Município;

8.1.17 cumprir a reserva legal de cargos para pessoas com deficiência, reabilitados da Previdência Social e aprendizes, bem como as regras de acessibilidade aplicáveis; e

8.1.18 responder pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais decorrentes da execução.

9. DA ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

9.1 A estimativa global das mensalidades é de R$ 818.562,24 por mês e R$ 9.822.746,88 (nove milhões, oitocentos e vinte e dois mil, setecentos e quarenta e seis reais e oitenta e oito centavos) para 12 meses, conforme o item 2.1. O total não constitui garantia de faturamento por operadora e não inclui franquias e coparticipações, de demanda variável, nem eventual taxa de inscrição para inclusões posteriores.

9.2 A metodologia adotada foi a pesquisa de mercado através do LICITACON, considerando o contrato vigente de Flores da Cunha e contratações comparáveis de Farroupilha, Garibaldi e Nova Pádua, com adoção da mediana por faixa etária, nos termos do art. 23 da Lei Federal nº 14.133/2021.

10. MODELO DE GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

10.1 Das orientações gerais da fiscalização contratual

10.1.1 Será formalizado Termo de Credenciamento com cada operadora habilitada, com as obrigações contratuais de prestação continuada previstas neste instrumento e no edital. O instrumento deverá conter as cláusulas exigidas pela Lei Federal nº 14.133/2021. A gestão e a fiscalização serão individualizadas por operadora, com controle consolidado pelo Município.

10.1.2 O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, nos termos do art. 115 da Lei Federal nº 14.133/2021. A Administração designará gestor e fiscais por ato próprio, observados os arts. 7º e 117 da mesma Lei.

10.1.3 A fiscalização não exclui nem reduz a responsabilidade da contratada pela rede, pelos prestadores, pelo compartilhamento ou intercâmbio e pelos danos decorrentes da execução.

10.2 Do acompanhamento da execução

10.2.1 O gestor e os fiscais acompanharão a regularidade da operadora e do produto perante a ANS, a manutenção da rede mínima, os prazos de atendimento, as movimentações cadastrais, o faturamento, as coparticipações, a continuidade de tratamentos, os atendimentos às pessoas neurodivergentes e as solicitações de traslado.

- realizar validações periódicas e por amostragem da disponibilidade dos prestadores e hospitais declarados;
- registrar ocorrências, reclamações, indisponibilidades e descumprimentos, indicando providências e prazos;
- exigir relatórios e documentos comprobatórios, preservando o sigilo e a proteção dos dados de saúde;
- notificar a contratada para correção das falhas e comunicar à autoridade competente os descumprimentos não sanados;
- atestar as faturas apenas após a conferência das vidas, faixas etárias, movimentações e coparticipações.

10.3 Dos responsáveis pela fiscalização

10.3.1 Gestor do contrato: A Secretária Municipal de Administração e Governança – Michelle Lusa.

10.3.2 Fiscal técnico e administrativo: Diretor de Recursos Humanos – Alex Fiorentino e Thaísa Slaviero – Agente Administrativo.

11. DOS CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

11.1 O pagamento será efetuado mensalmente em até 3 (três) dias úteis após a liquidação da despesa. O prazo médio de tramitação até a liquidação é de até 7 (sete) dias, contado do recebimento da nota fiscal e dos documentos necessários.

11.2 A nota fiscal/fatura mensal deverá estar acompanhada do relatório de beneficiários ativos por faixa etária, movimentações cadastrais e demonstrativo detalhado das coparticipações e demais cobranças admitidas.

11.3 A contratada deverá observar a retenção do Imposto de Renda conforme a Instrução Normativa RFB nº 1.234/2012 e o Decreto Executivo Municipal nº 6.286/2022, emitindo os documentos fiscais com o destaque cabível.

11.4 O CNPJ da nota fiscal deverá corresponder ao da operadora contratada e à conta bancária indicada. As faturas de cada operadora deverão abranger exclusivamente os beneficiários vinculados ao seu produto.

11.5 Da glosa: A Administração poderá glosar valores indevidos, não comprovados, em faixa etária incorreta, em duplicidade, fora dos limites de coparticipação ou relativos a serviços não prestados, sem prejuízo da apuração de responsabilidade e das sanções cabíveis.

12. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR E REGIME DE EXECUÇÃO

12.1 Da forma de seleção e critério de julgamento

12.1.1 A seleção ocorrerá por credenciamento com escolha a critério dos beneficiários, nos termos do art. 79, inciso II, da Lei Federal nº 14.133/2021. Todas as interessadas que atenderem aos requisitos objetivos serão admitidas, com contratações por inexigibilidade fundamentadas no art. 74, inciso IV. Não haverá disputa por lances, julgamento pelo menor preço ou adjudicação a uma única vencedora.

12.1.2 Cada interessada deverá aderir aos valores e às condições padronizadas definidos no edital, inclusive por faixa etária, nos termos do art. 79, § 1º, inciso III, da Lei Federal nº 14.133/2021. Poderão ser realizadas diligências para verificar o atendimento dos requisitos e a viabilidade de execução, sem classificação econômica das interessadas. A remuneração observará as vidas efetivamente vinculadas e as demais cobranças expressamente admitidas.

12.1.3 A execução será contínua, com remuneração por preço unitário mensal por beneficiário efetivamente vinculado a cada produto e faixa etária, acrescida das coparticipações e demais cobranças contratualmente admitidas. Cada operadora executará integralmente as coberturas relativas aos seus beneficiários, sem exclusividade ou garantia de demanda mínima.

13. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

13.1 As despesas decorrentes da contratação correrão à conta das dotações orçamentárias próprias do Município vinculadas ao benefício de assistência à saúde dos servidores, a serem indicadas pela Secretaria Municipal da Fazenda antes da publicação do edital.

Dotação:

Secretaria Municipal de Administração e Governança
11.331.5010.2032.0000 – Dar cobertura ao Plano de Saúde
3.3.9.00.80.00.00.00.00 – Outros Benefícios Assistenciais - 5144

3.3.9.00.89.90.10.00.00 – Contrib. Entidade p. Atendimento à Saúde do Servidor - 50540

14. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1 Os esclarecimentos referentes ao objeto poderão ser solicitados no campo próprio do sistema eletrônico indicado no edital.

14.2 Integram a contratação, independentemente de transcrição, o ETP, o edital de chamamento público, o requerimento de credenciamento e seus anexos, o Termo de Credenciamento e os demais documentos do processo.

Flores da Cunha, 19 de outubro de 2026.

Assinado digitalmente por:
GEOVANIA CAPELIN
***.431.250-**
20/10/2026 09:13:31 -03:00

Geovania Capelin
Responsável pela elaboração do Termo de Referência

Assinado digitalmente por:
MICHELLE LUSA
***.478.740-**
20/10/2026 09:38:48 -03:00

Michelle Lusa
Secretária Municipal de Administração e Governança