



EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO/CREDENCIAMENTO Nº 003/2024
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 61449/2024

O Município de Alvorada, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Avenida Presidente Getúlio Vargas, nº 2266, torna público, para conhecimento aos interessados, que está procedendo ao **CHAMAMENTO PÚBLICO/CREDENCIAMENTO**, autorizado pelo Processo Administrativo nº 32214/2024 de acordo com a Lei Federal nº 14.133/2021, e suas posteriores alterações, e o Decreto Municipal 102/2023, para fins de credenciamento de pessoas jurídicas interessadas em atuar como Planos de Saúde ofertando, no mínimo, 2 (dois) produtos de planos de saúde de assistência médica ambulatorial e hospitalar, compreendendo os procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais, internação clínica, cirúrgica e obstétrica, previstos no rol da ANS, através de médicos, hospitais e outros serviços de diagnóstico e terapia, aos servidores ativos, inativos e seus dependentes, do Município de Alvorada, contemplando atendimentos disciplinados na Lei Federal nº 9.656/1998 e suas alterações, (alterada pela Lei nº 14.538/2023), na Resolução Normativa nº 557/2022 e Resolução Normativa nº 543/2022, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, entre outras, observadas as alterações supervenientes, bem como pelas demais normas complementares e disposições deste instrumento.

O presente edital e seus anexos serão disponibilizados por meio do portal da transparência, no site www.alvorada.atende.net (consulta de licitações) ou poderão ser solicitados pelo e-mail licitacoes-alvorada@alvorada.rs.gov.br.

Os pedidos serão recebidos a partir de:	19 de dezembro de 2024, às 10:00
--	---

Compõem este edital os seguintes anexos:

ANEXO I	Termo de referência: descrição do objeto e valores estimados
ANEXO II	Modelo de declaração de capacidade de atendimento.
ANEXO III	Modelo de Carta de Credenciamento.
ANEXO IV	Modelo de declarações.
ANEXO V	Modelo de declaração que não possui servidor público no seu quadro societário.
ANEXO VI	Minuta do termo de credenciamento.

1. OBJETO:

1.1. Constitui objeto do presente Chamamento Público, o **CREDENCIAMENTO** de pessoas jurídicas interessadas atuar como Planos de Saúde ofertando, no mínimo, 2 (dois) produtos de planos de saúde de assistência médica ambulatorial e hospitalar, compreendendo os procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais, internação clínica, cirúrgica e obstétrica, previstos no rol da ANS, através de médicos, hospitais e outros serviços de diagnóstico e terapia, aos servidores ativos, inativos e seus dependentes, do Município de Alvorada, contemplando atendimentos disciplinados na Lei Federal nº 9.656/1998 e suas alterações, (alterada pela Lei nº 14.538/2023), na Resolução Normativa nº 557/2022 e Resolução Normativa nº 543/2022, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, entre outras, observadas as alterações



supervenientes, bem como pelas demais normas complementares e disposições deste instrumento.

1.2. As demais disposições quanto ao objeto estão descritas detalhadamente no termo de referência, ANEXO I do presente edital.

2. DO PRAZO E LOCAL DE CREDENCIAMENTO:

2.1 Os interessados poderão requerer o pedido de credenciamento a partir do dia **19 de dezembro de 2024, exclusivamente por meio eletrônico**, através do e-mail licitacoes-alvorada@alvorada.rs.gov.br, com o campo assunto preenchido com “PEDIDO DE CREDENCIAMENTO”, contendo no corpo a identificação da empresa e o número do credenciamento, além de constar em anexo todos os documentos habilitatórios.

2.2. Quaisquer dúvidas poderão ser dirimidas pelo e-mail acima ou pelo telefone (51) 3044-8563, no horário da 8h30 às 11h45 e das 13h30 às 16h30.

3. DAS CONDIÇÕES PARA O CREDENCIAMENTO:

3.1. Como condição prévia ao exame da documentação de habilitação, a Comissão verificará o eventual cumprimento das condições de participação, especialmente quanto à inexistência de sanção que impeça a participação no certame ou a futura contratação, mediante a consulta aos seguintes cadastros:

3.1.1. Cadastro Nacional de Empresas Públicas – CNEP;

3.1.2. Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas – CEIS.

3.2. Constatada a existência de sanção de inidoneidade, a Comissão reputará o licitante inabilitado, por falta de condição de participação.

3.2.1. A não apresentação de documentação em conformidade com este item resultará na inabilitação do proponente.

3.2. DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO JURÍDICA:

3.2.1. Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores, ou seja, a empresa deverá fornecer o contrato social e suas alterações ou contrato social consolidado;

3.2.2. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ/MF);

3.2.3. Alvará de localização;

3.2.4. Cópia do decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

3.3. DECLARAÇÕES:

3.3.1. Que está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos;

3.3.2. Que cumpre os requisitos para a habilitação definidos no edital

3.3.3. Que inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no certame, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;

3.3.4. Que 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 Art. 7º, XXXIII, da Constituição;



3.3.5. Declaração que não possui servidor público no seu quadro societário, de acordo com o modelo no anexo IV.

3.3.6. Que não possui, em sua cadeia produtiva, 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;

3.3.7. Que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social.

3.3.8. Declaração preenchida pelo representante legal da empresa, informando a capacidade máxima de atendimento mensal discriminado por procedimento, conforme anexo II.

3.3.9. Declaração de não impedimento para execução do contrato

3.4. DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO FISCAL E TRABALHISTA:

3.4.1. Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ);

3.4.2. Prova de inscrição no cadastro de contribuintes do estado ou do município, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

3.4.3. Prova de Regularidade para com a Fazenda Federal e quanto à Dívida Ativa da União, expedida pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional, que abrange a Prova de Regularidade relativa à Seguridade Social (INSS);

3.4.4. Prova de Regularidade para com a Fazenda Estadual, expedida pela Secretaria de Estado da Fazenda, do domicílio ou sede da proponente;

3.4.5. Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, expedida pela Secretaria Municipal da Fazenda, do domicílio ou sede da proponente;

3.4.6. Prova de regularidade junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);

3.4.7. Prova de Inexistência de Débitos Inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT, conforme Lei 12.440 de 7 de julho de 2011.

3.5. NÃO SERÁ ADMITIDA A PARTICIPAÇÃO:

3.5.1. Aquele que não atenda às condições deste edital e seus anexos;

3.5.2. Pessoa jurídica que se encontre, ao tempo do credenciamento, impossibilitada de participar em decorrência de sanção que lhe foi imposta;

3.5.3. Aquele que mantenha vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que desempenhe função no procedimento auxiliar de 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;

3.5.4. Empresas controladoras, controladas ou coligadas, nos termos da Lei nº 6.404/17 concorrendo entre si;

3.5.4.1. O impedimento supra, será também aplicado ao interessado 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 credenciado;

3.5.5. 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;

3.5.6. Agente público do Município, 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;

OBSERVAÇÃO:

a) Os documentos de habilitação serão examinados pela comissão de contratação que verificará a autenticidade das certidões junto aos sítios eletrônicos oficiais de órgãos e entidades emissores. Será dispensada nova apresentação, exceto se vencido o prazo de validade do documento.

b) 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.

3.6. A todo tempo, enquanto persistirem as necessidades da Administração, qualquer interessado que preencha os requisitos para o credenciamento, poderá habilitar-se.

4. DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DA EMPRESA

4.1. Documento comprobatório que esteja devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a atuar como Operadora, conforme exigência da Resolução Normativa ANS nº 543, de 2022, com suas alterações;

4.2. Declaração expedida pela ANS de que possuem profissional médico habilitado e registrado no Conselho Regional de Medicina, observando o que dispõe a Resolução ANS nº 255 de 2011, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários;

4.3. Declaração expedida por entidades públicas ou privadas, em que demonstre a permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde;

4.4. Declaração de, no mínimo, 4 (quatro) instituições bancárias, comprovando possuir convênio para processar o débito em conta do valor das mensalidades dos beneficiários;

4.5. Termos de Contrato, Acordos ou Ajustes de Conduta celebrados com, no mínimo, 2 (duas) operadoras de Planos de Saúde, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e que se comprove o conhecimento das condições do Termo de Credenciamento que vier a ser assinado com o Município de Alvorada;

4.6. Comprovação de que suas Operadoras conveniadas dispõem de rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais conforme exigências descritas no Termo de Referência de Plano de Assistência à Saúde;

5. DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

5.1. As empresas poderão habilitar-se para o item, desde que ofereçam na íntegra os serviços estipulados neste edital e seus anexos, além de possuírem capacidade técnica, equipamentos e recursos humanos compatíveis.

5.2. Os serviços serão prestados com pessoal e material próprios, sendo de sua responsabilidade exclusiva e integral os encargos previdenciários, sociais, fiscais e comerciais decorrentes do



serviço, cujos ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o Município.

5.3. Forma de execução: A prestação de serviços será executada por meio de rede própria das Operadoras ou por ela credenciados, incluindo profissionais, hospitais, centros médicos, clínicas básicas e especializadas, laboratórios.

5.4. Serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênicas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas complicações, desde que previsto no rol de procedimentos e eventos da ANS, e após devidamente cumpridos os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

5.5. Os serviços de pronto-socorro devem dar atendimento médico de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internação e exames complementares de diagnóstico.

5.6. As exclusões de usuários do Plano de Assistência à Saúde serão, tempestivamente, comunicadas à empresa prestadora dos serviços, observado o constante do item 6 deste Termo de Referência. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da Operadora de Plano de Saúde.

5.7. As operadoras de plano de saúde contratadas reservam-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998, com suas alterações.

5.8. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo às operadoras efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

5.9. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade com foto, juntamente com o cartão das operadoras de Plano de Saúde do Plano de Assistência à Saúde.

5.10. As operadoras de Plano de Saúde contratadas poderão exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

5.11. Nos casos em que as operadoras de Plano de Saúde contratadas estabelecerem autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 3 (três) dias úteis, contado da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

5.12. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas contadas da formalização do processo.

5.13. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.



5.14. Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade das operadoras de Plano de Saúde contratadas durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantido a continuação da assistência.

5.15. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia do Município de Alvorada.

5.16. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

5.17. As operadoras de Plano de Saúde não se responsabilizarão pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

5.18. Os casos omissos serão dirimidos pela Administração Municipal em conjunto com a Operadora do Plano de Saúde.

5.19. A Operadora de Plano de Saúde deverá disponibilizar um canal de comunicação direto para contato dos servidores do Município de Alvorada (por telefone e por e-mail), visando futuras adesões, exclusões e/ou esclarecimentos.

5.20. As operadoras dos planos de saúde deverão oferecer, na área de abrangência do Município, e da Região Metropolitana em que ele se insere, a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar contemplando atendimentos em Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos conselhos, constando ainda de:

5.20.1. No mínimo, 04 (quatro) hospitais gerais de natureza multidisciplinar que tenham em sua infraestrutura:

- a) Pronto socorro;
- b) UTI;
- c) Internações em enfermaria e/ou apartamentos individuais;
- d) Procedimentos Médicos/Serviços Auxiliares para Cirurgias;
- e) Credenciamento de no mínimo, 03 (três) laboratórios que realizem serviços nas especialidades de Análises Clínicas e Patologia Clínica;
- f) Credenciamento para atendimento médico e/ou laboratorial em abrangência no município de Alvorada/RS e região metropolitana;
- g) Manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta.

5.21. A Credenciada também deverá cumprir as demais determinações constantes na cláusula 5 do Termo de Referência (anexo I).

6. DA FORMALIZAÇÃO DO CREDENCIAMENTO

6.1. O credenciamento será formalizado mediante termo próprio, conforme anexo V, contendo as cláusulas e condições previstas neste edital, bem como aquelas previstas no art. 79 da Lei nº 14.133/2021, que lhe for pertinente.



7. DA DIVULGAÇÃO DO RESULTADO

- 7.1.** Após a análise documental, a comissão de contratação apresentará a relação geral dos credenciados, assim como a complementar sempre que novos interessados se credenciarem.
- 7.2.** O processo de análise e o resultado final serão homologados pelo Prefeito Municipal.
- 7.3.** Após o deferimento do credenciamento, o interessado será comunicado via correio eletrônico e o resultado publicado no Diário Oficial do Município, quando então será convocado a assinar o Termo de Credenciamento, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, sob pena de cancelamento.
- 7.4.** A homologação do requerimento vincula o credenciado, sujeitando-o, integralmente, às condições estabelecidas neste edital.
- 7.5.** A adesão de credenciados ao longo da vigência do credenciamento terá efeitos em relação apenas ao período remanescente de duração.

8. DOS RECURSOS

- 8.1.** A interposição de recurso referente à habilitação ou inabilitação, à anulação ou revogação do credenciamento, observará o disposto no art. 165 da Lei nº 14.133/21, no que couber.
- 8.2.** O prazo recursal é de 3 (três) dias úteis, a contar da publicação da decisão do indeferimento no Diário Oficial do Município.
- 8.3.** Os recursos deverão ser encaminhados, **exclusivamente por meio eletrônico**, através do e-mail licitacoes-alvorada@alvorada.rs.gov.br, com o campo assunto preenchido com “RECURSO REFERENTE À DECISÃO DO CREDENCIAMENTO XXX/20XX”, contendo no corpo a identificação da empresa, além de constar em anexo suas razões recursais.
- 8.4.** O recurso será dirigido à autoridade que tiver editado o ato ou proferido a decisão recorrida, a qual poderá reconsiderar sua decisão, sendo-lhe facultado retratar-se, caso em que pode pedir a complementação da documentação ou esclarecimentos sob pena de novo indeferimento.
- 8.4.1.** Se a decisão recorrida for mantida, o recurso deve ser encaminhado para julgamento da autoridade superior responsável pelo certame.
- 8.5.** Os recursos interpostos fora do prazo não serão conhecidos.
- 8.6.** O prazo para apresentação de contrarrazões ao recurso pelos demais interessados/credenciados será de 3 (três) dias úteis, contados da data da intimação pessoal ou da divulgação da interposição do recurso, através do sistema eletrônico, assegurada a vista imediata dos elementos indispensáveis à defesa de seus interesses.
- 8.7.** O recurso e/ou pedido de reconsideração não ensejará efeito suspensivo do ato ou da decisão recorrida.

9. DA VIGÊNCIA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

- 9.1.** O prazo de vigência do termo de credenciamento será de 1 (um) ano, contado da data de sua assinatura, prorrogável por iguais e sucessivos períodos, a critério da Administração Pública, pelo prazo máximo de 10 (dez) anos, tendo em vista o disposto nos artigos 25 do Decreto 102/2023 e no 107 da Lei n.º 14.133/2021.

10. DA FISCALIZAÇÃO

- 10.1.** Para fins de cumprimento do art. 117 da Lei nº 14.133/2021, a contratante designará, por



meio de Portaria Municipal, um servidor como responsável para acompanhamento e fiscalização administrativa do termo de credenciamento.

10.2. A fiscalização é exercida no interesse da Secretaria, não excluindo ou reduzindo a responsabilidade da CREDENCIADA, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade e, na sua ocorrência, não implica corresponsabilidade à administração municipal.

10.3. A atuação ou a eventual omissão da fiscalização durante a realização dos trabalhos não poderá ser invocada para eximir a credenciada da responsabilidade pela execução dos serviços.

10.4. Quaisquer exigências da fiscalização, inerentes ao objeto contratado, deverão ser prontamente atendidas pela CREDENCIADA sem ônus para o Município de Alvorada.

10.5. A Credenciada deverá facilitar, por todos os meios a seu alcance, a ampla ação da fiscalização, permitindo o acesso aos serviços em execução, bem como atendendo prontamente às solicitações que lhe forem efetuadas.

10.6. Todos os atos e instruções emanados ou emitidos pela fiscalização serão considerados como se fossem praticados pelo Contratante.

11. DO PAGAMENTO

11.1. O pagamento das mensalidades e consultas do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva dos servidores que aderirem aos planos de assistência médico-hospitalar.

12. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

12.1 Comete infração administrativa, nos termos da lei, o interessado ou credenciado que, com dolo ou culpa:

I. apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante o credenciamento;

II. fraudar o credenciamento;

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

a) agir em conluio ou em desconformidade com a lei;

b) induzir deliberadamente a erro no julgamento;

c) apresentar amostra falsificada ou deteriorada;

IV. praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos do credenciamento;

V. praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei n.º 12.846/13.

VI. descumprir qualquer uma das obrigações previstas na cláusula “DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO”, bem como por qualquer dano ou prejuízo causado à Administração ou aos beneficiários.

12.2 Com fulcro na Lei nº 14.133/21, a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos interessados e/ou credenciados as seguintes sanções, sem prejuízo das responsabilidades civil e criminal:

a) advertência;

b) multa;

c) impedimento de licitar e contratar pelo prazo máximo de 3 (três) anos e



d) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, no âmbito da Administração Pública direta e indireta de todos os entes federativos, pelo prazo mínimo de 3 (três) anos e máximo de 6 (seis) anos, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida sua reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

12.3 Na aplicação das sanções 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 que dela provierem para a Administração Pública;
- e)** a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

12.4 A multa será em percentual de 0,5% a 30% incidente sobre o valor do item do qual o credenciado participa:

- a)** Para as infrações previstas no item 10.1, a multa será de 15% a 30% do valor do item.
- b)** Multa de 0,50%, por dia, limitada a 30% do valor do item, no caso de atraso na execução do objeto do contrato ou pelo descumprimento de quaisquer das condições estabelecidas no edital e seu anexo, caso não haja previsão de multa específica.

12.5 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.

12.6 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.

12.7 A sanção de impedimento de licitar e contratar será aplicada ao responsável em decorrência das infrações administrativas relacionadas no item 10.1. 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.

12.8 Poderá ser aplicada ao responsável a sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, em decorrência da prática das infrações dispostas no item 12.1.

12.9 A recusa injustificada do adjudicatário em assinar o contrato ou em aceitar ou retirar o instrumento equivalente no prazo estabelecido pela Administração, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e o sujeitará às penalidades e à imediata perda da garantia de proposta em favor do órgão ou entidade promotora da licitação.

12.10. 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 por comissão composta por 2 (dois) ou mais servidores estáveis, que avaliará fatos e circunstâncias conhecidos e intimará o licitante ou o adjudicatário para, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação, apresentar defesa escrita e especificar as provas que pretenda produzir. Na hipótese de deferimento de pedido de produção de novas provas ou de juntada de provas julgadas indispensáveis pela comissão, o interessado/credenciado poderá apresentar alegações finais no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data da intimação.



12.11. Serão indeferidas pela comissão, mediante decisão fundamentada, provas ilícitas, impertinentes, desnecessárias, protelatórias ou intempestivas.

12.12. A personalidade jurídica poderá ser desconsiderada sempre que utilizada com abuso do direito para facilitar, encobrir ou dissimular a prática dos atos ilícitos previstos nesta Lei ou para provocar confusão patrimonial, e, nesse caso, todos os efeitos das sanções aplicadas à pessoa jurídica serão estendidos aos seus administradores e sócios com poderes de administração, a pessoa jurídica sucessora ou a empresa do mesmo ramo com relação de coligação ou controle, de fato ou de direito, com o sancionado, observados, em todos os casos, o contraditório, a ampla defesa e a obrigatoriedade de análise jurídica prévia.

12.13. Caberá recurso no prazo de 15 (quinze) dias úteis da aplicação das sanções de advertência, multa e impedimento de licitar e contratar, contado da data da intimação, o qual será dirigido à autoridade que tiver proferido a decisão recorrida, que, se não a reconsiderar no prazo de 5 (cinco) dias úteis, encaminhará o recurso com sua motivação à autoridade superior, que deverá proferir sua decisão no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do recebimento dos autos. Caberá a apresentação de pedido de reconsideração da aplicação da sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data da intimação, e decidido no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do seu recebimento. O recurso e o pedido de reconsideração terão efeito suspensivo do ato ou da decisão recorrida até que sobrevenha decisão final da autoridade competente. A aplicação das sanções previstas neste edital não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral dos danos causados ao Município.

12.14. A aplicação de multa de mora não impedirá que a Administração a converta em compensatória e promova a extinção unilateral do contrato com a aplicação cumulada de outras sanções.

12.15. Se a multa aplicada e as indenizações cabíveis forem superiores ao valor de pagamento eventualmente devido pela Administração ao credenciado, além da perda desse valor, a diferença será descontada da garantia prestada ou será cobrada administrativa ou judicialmente.

12.16. É admitida a reabilitação do credenciado perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, exigidos, cumulativamente:

- a) reparação integral do dano causado à Administração Pública;
- b) pagamento da multa;
- c) transcurso do prazo mínimo de 1 (um) ano da aplicação da penalidade, no caso de impedimento de licitar e contratar, ou de 3 (três) anos da aplicação da penalidade, no caso de declaração de inidoneidade;
- d) cumprimento das condições de reabilitação definidas no ato punitivo;
- e) análise jurídica prévia, com posicionamento conclusivo quanto ao cumprimento dos requisitos definidos neste artigo.

12.17. Como condição de reabilitação do credenciado, deverá apresentar a implantação ou aperfeiçoamento de programa de integridade pelo responsável, quando pertinente.

12.18. As infrações e penalidades dispostas nesse item se referem especialmente às disposições do credenciamento, ficando no contrato os regramentos complementares inerentes à fase contratual.



13. DAS HIPÓTESES DE DESCREDENCIAMENTO

13.1. O credenciamento, em face de sua precariedade, não obriga a Administração Pública a contratar.

13.1.1. O descredenciamento por ato da administração pública pode se dar, dentre outras hipóteses condizentes com o objeto do credenciamento:

- a) por desinteresse da administração no objeto, devidamente fundamentado no processo administrativo respectivo;
- b) por descumprimento das condições mínimas para a contratação por parte dos credenciados;
- c) pela rescisão do contrato decorrente do credenciamento por culpa do credenciado;
- d) pela aplicação das penalidades de impedimento de licitar e contratar com a administração pública, no âmbito deste Município, ou Declaração de Inidoneidade.

13.1.2. A revogação do edital de credenciamento não repercute nos contratos firmados sob sua égide.

13.2. O credenciado poderá solicitar o seu descredenciamento anteriormente à assinatura do contrato, sem a aplicação de penalidades administrativas.

13.3. Após a assinatura do contrato, o credenciado poderá solicitar o seu descredenciamento, observando as seguintes condições:

- a) permanecer fornecendo o serviço por mais 60 (sessenta) dias úteis a contar da formalização do pedido de descredenciamento junto ao Contratante;
- b) na hipótese de ainda persistir ordens de serviços ativas, o Credenciado permanece obrigado a finalizar o atendimento de todas as pendências, sob pena de aplicação de sanção prevista no item 12 deste Edital.

13.4. Na hipótese de descumprimento das obrigações pelo credenciado, este estará sujeito às sanções previstas no Edital, seus Anexos e na Lei Federal nº 14.133/2021.

13.4.1. A ausência de manutenção das condições iniciais, o descumprimento das exigências do edital, do contrato ou da legislação pertinente pode ensejar o descredenciamento do interessado, observado o contraditório e a ampla defesa.

14. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL

14.1 Qualquer pessoa é parte legítima para impugnar este Edital por irregularidade na aplicação da Lei nº 14.133/21, devendo protocolar o pedido até 3 (três) dias úteis antes da data da abertura do certame.

14.2 A resposta à impugnação ou ao pedido de esclarecimento será divulgado em sítio eletrônico oficial no prazo de até 3 (três) dias úteis, limitado ao último dia útil anterior à data da abertura do certame.

14.3 As impugnações e pedidos de esclarecimentos não suspendem os prazos previstos no certame.

14.4 A concessão de efeito suspensivo à impugnação é medida excepcional e deverá ser motivada

pela comissão de contratação, nos autos do processo de licitação.

14.5 Acolhida a impugnação, será definida e publicada nova data para a abertura do processo de credenciamento.



14.6 As respostas aos pedidos de esclarecimentos e às impugnações serão divulgadas no sítio eletrônico da Administração https://alvorada.atende.net/transparencia_

14.7 As decisões e/ou respostas constarão no sistema e serão vinculativas.

15. DISPOSIÇÕES FINAIS:

15.1. Os licitantes deverão observar atentamente as normas deste edital.

15.2. Os licitantes são responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e documentos apresentados em qualquer fase da licitação.

15.3. A documentação apresentada para fins de credenciamento da Empresa interessada fará parte dos autos do chamamento público.

15.4. Em nenhuma hipótese serão aceitos quaisquer documentos ou propostas fora do prazo e local estabelecido neste edital.

15.5. Os casos omissos neste edital serão resolvidos pela Comissão estabelecida para este fim, nos termos dos Princípios Gerais do Direito Administrativo, nas disposições constantes no Decreto 102/2023 e na Lei Federal nº 14.133/2021.

15.6. Para dirimir na esfera judicial as questões oriundas do presente edital, será competente o Foro da Comarca de Alvorada – RS.

15.7. Os proponentes intimados para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais deverão fazê-lo no prazo determinado pela Comissão, sob pena de desclassificação/inabilitação.

15.8. O Departamento de Compras, Licitações e Contratos, atenderá aos interessados, em dias úteis, no horário das 9 horas às 15 horas, na Avenida Presidente Getúlio Vargas, nº 2266, Centro, Alvorada-RS, pelo telefone (51) 3044-8563 e/ou por meio do endereço eletrônico: licitacoes-alvorada@alvorada.rs.gov.br.

Alvorada, 13 de dezembro de 2024.

VALTER LUIZ SLAYFER
Prefeito em exercício



ANEXO I
TERMO DE REFERÊNCIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

1. DO OBJETO

1.1. Credenciamento de empresas para atuar como Planos de Saúde ofertados de no mínimo, 2 (dois) produtos de planos de saúde de assistência médica ambulatorial e hospitalar, compreendendo os procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais, internação clínica, cirúrgica e obstétrica, previstos no rol da ANS, através de médicos, hospitais e outros serviços de diagnóstico e terapia, aos servidores ativos, inativos e seus dependentes, do Município de Alvorada, contemplando atendimentos disciplinados na Lei Federal nº 9.656/1998 e suas alterações, (alterada pela Lei nº 14.538/2023), na Resolução Normativa nº 557/2022 e Resolução Normativa nº 543/2022, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, entre outras, observadas as alterações supervenientes, bem como pelas demais normas complementares e disposições deste instrumento.

2. DA JUSTIFICATIVA

2.1. Possibilitar a assistência médica ambulatorial e hospitalar, a todos os servidores da Administração Direta e Indireta do Município de Alvorada, do Poder Legislativo Municipal e do Poder Executivo de Alvorada, Ativos e Inativos, bem como aos respectivos dependentes e pensionistas.

3. DA ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO

Item	Produto/Complemento	Un	Qtd
1	PLANO DE SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS	SV	1

3.1. O licitante **NÃO PODERÁ** oferecer proposta em quantitativo inferior ao total estimado neste Termo de Referência.

4. DA FORMA, LOCAL E PRAZO DE EXECUÇÃO

4.1. Forma de execução: A prestação de serviços será executada por meio de rede própria das Operadoras ou por ela credenciados, incluindo profissionais, hospitais, centros médicos, clínicas básicas e especializadas, laboratórios.

5. DOS BENEFICIÁRIOS:

5.1. São considerados beneficiários titulares: Os servidores do Município, ativos, ocupantes de cargos comissionados ou de natureza especial, inativos e pensionistas.

5.2. São considerados beneficiários dependentes:

- O cônjuge ou companheiro (a) de união estável;
- O companheiro ou a companheiro na união homo afetiva obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;



- Os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- Os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
- O menor sob guarda, ou tutela concedida por decisão judicial;

5.3. Somente servidores ativos e inativos do Município de Alvorada poderão inscrever beneficiários na condição de dependentes, desde que observadas a legislação vigente.

5.4. ESTIMATIVAS

5.4.1 Da estimativa de vidas a serem seguradas no Município, conforme artigo 2º da Resolução Normativa nº 63 de 22/12/2003, publicada no D.O.U. em 23/12/2003, expedida pela ANS:

Faixa Etária	Titulares Masculinos	Titulares Femininos	Dependentes por Idade
0-18	11	10	1.834
19-23	12	34	604
24-28	22	63	571
29-33	71	166	351
34-38	108	296	313
39-43	141	456	299
44-48	157	515	251
49-53	131	447	225
54-58	169	465	257
Acima de 59 anos	411	873	0
Total	1233	3325	4.705

5.5. DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

5.5.1. Poderão aderir aos Planos de Assistência à Saúde credenciadas pelo Município de Alvorada, os servidores ativos, inativos e pensionistas do Município, mediante manifestação expressa junto à Operadora de Planos de Saúde.

5.5.2. É voluntária a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este Termo de Referência, desde que observadas as regras do contrato.

5.5.3. Os servidores ativos e inativos do Município de Alvorada e seus dependentes disporão do prazo de até 30 (trinta) dias, contados do credenciamento, para aderirem aos Planos de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 5.6.5.

5.5.4. Os pensionistas disporão do prazo de até 30 (trinta) dias, contados do credenciamento da Operadora, para solicitarem suas inclusões no Plano de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem dos serviços contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 5.6.5.

5.5.5. Os pensionistas poderão permanecer no Plano de Assistência à Saúde, de que trata este Termo de Referência, desde que façam a opção por permanecer como beneficiário do plano junto ao Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Alvorada no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação do ato de concessão da pensão. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 5.6.5.



5.5.6. A transferência de plano inferior para o plano superior, fica garantida a cobertura do padrão inferior até o cumprimento das carências do subitem 5.6.5.

5.5.7. A transferência de plano superior para o plano inferior (acomodação em enfermaria) poderá ocorrer a qualquer tempo, desde que não tenha ocorrido nenhum ato cirúrgico que tenha demandado internação, num período inferior a 180 (cento e oitenta) dias da solicitação.

5.5.8. Os servidores ativos do Município de Alvorada, incluídos no Plano de Assistência à Saúde, não serão excluídos ao passarem à inatividade, salvo se solicitarem expressamente sua exclusão, o que implicará na exclusão também de seus dependentes e agregados.

5.5.9. Fica sujeita à carência prevista no subitem 5.6.5 a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada por servidor ativo ou inativo, integrantes do quadro de pessoal permanente do Município.

5.5.10. Caberá ao órgãos, em que o servidor estiver vinculado, solicitar ao titular a apresentação dos documentos que comprovem o vínculo dos servidores ativos e inativos do Município de Alvorada, indicando a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos dependentes com os servidores, quando solicitados pela Operadora de Plano de Saúde.

5.6. DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

5.6.1. A exclusão do titular no Plano de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição, licença sem vencimento, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, falecimento e outras situações previstas em Lei.

5.6.2. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no Plano de Assistência à Saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas.

5.6.3. Ressalvadas as situações previstas no item 5.5.1 a Operadora de Plano de Saúde poderá promover a rescisão unilateral do contrato do servidor ativo do Município de Alvorada e dos pensionistas conforme as regras previstas no contrato de plano de saúde firmado entre Prefeitura e Operadora de Plano de Saúde, respeitadas as regras impostas pela ANS.

5.6.4. É de responsabilidade dos usuários do Plano de Assistência à Saúde do Município de Alvorada solicitar, formalmente, à Unidade de Gestão de Pessoas de seu órgão e ao Plano de Saúde, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

5.6.5. Os beneficiários excluídos do Plano de Assistência à Saúde do Município de Alvorada serão responsáveis pela devolução imediata à Operadora de Planos de Saúde de sua carteira de identificação, a de seus dependentes e dos demais vinculados, se houver.

5.6.6. A exclusão do titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes e agregados.

5.7. DA CARÊNCIA

5.7.1. Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios do Plano de Assistência à Saúde, quando:

5.7.2. dos usuários inscritos na forma regulamentada no item 5.5;

5.7.3. em situações de urgência ou emergência, que ocorram durante a vigência da prestação de serviço, desde que caracterizado acidente pessoal ou intercorrência da gestação;

5.7.4. em consultas médicas.

5.7.5. para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos estabelecidos no item 5.5 deverão ser cumpridas, no máximo, as seguintes carências:



- a) exames simples 30 dias após a inclusão no Plano de Assistência à Saúde;
- b) exames classificados como sendo de alta complexidade (PAC) - 180 dias após a inclusão no Plano de Assistência à Saúde;
- c) internações hospitalares - 180 dias após a inclusão no Plano de Assistência à Saúde;
- d) partos - 300 dias após a inclusão no Plano de Assistência à Saúde.

5.8. DOS BENEFÍCIOS

5.8.1. As operadoras de plano de saúde cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos.

5.8.2. A cobertura ambulatorial compreende atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, conforme abaixo listados:

5.8.3. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, desde que previstas pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

5.8.4. Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

5.8.5. Atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas, durante a carência para o plano médico hospitalar, quando restar caracterizado acidente pessoal, ou intercorrência da gestação.

5.8.6. Remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

5.8.7. Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais, desde que previsto no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD; Quimioterapia ambulatorial;
- b) Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
- c) Hemoterapia ambulatorial;
- d) Cirurgia oftalmológica ambulatorial, assim caracterizada pela inexistência de suporte anestésico;
- e) Tratamento fisioterápico;
- f) Tratamento fonoaudiológico.

5.8.8. O tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU nº 11 de 1998 e normas complementares, incluídos procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, abrangerão:

5.8.9. Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão), e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

5.8.10. Psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, na forma estipulada no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;



- 5.8.11.** Tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.
- 5.8.12.** Os Serviços Hospitalares compreendem a cobertura dos atendimentos feitos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, na forma abaixo especificada:
- 5.8.13.** Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 5.8.14.** Internação hospitalar em unidade de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
- 5.8.15.** Diária de internação hospitalar;
- 5.8.16.** Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
- 5.8.17.** Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- 5.8.18.** Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;
- 5.8.19.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;
- 5.8.20.** Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;
- 5.8.21.** Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- 5.8.22.** Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
- 5.8.23.** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;
- 5.8.24.** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;
- 5.8.25.** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.
- 5.8.26.** Transplantes de córnea, rim e medula óssea, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:
- a) Medicamentos utilizados durante a internação;
 - b) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;



5.8.27. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

5.8.28. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora.

5.8.29. É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas consequências, incluindo cirurgia plástica reparadora não estética no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.

5.8.30. Cirurgias plásticas reparadoras, quando necessárias à recuperação das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de acidente pessoal ocorrido na vigência do Contrato e aquelas necessárias à correção de lesão, decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna, que tenha se manifestado após a data de adesão do beneficiário e desde que comprovadas por laudo anatomopatológico.

5.8.31. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessários, para outro estabelecimento hospitalar, em qualquer lugar do território de abrangência do produto contratado, utilizando-se dos meios de controle de transporte mais convenientes;

5.8.32. Procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação e prescritos pelo médico assistente, aqui considerado e na forma estabelecida no Rol de Procedimentos Médicos da ANS:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD; Quimioterapia;
- b) Radioterapia, incluindo radio moldagem, radio implante e braquiterapia; Hemoterapia;
- c) Nutrição parenteral ou enteral;
- d) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; Embolizações e radiologia intervencionista;
- e) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; Fisioterapia;
- f) Próteses intra-operatórias;
- g) Material de osteossíntese, tal como: placas, parafusos e pinos;
- h) Transplantes de rins, córneas e medula óssea serão cobertos com o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio; despesas assistenciais com doadores vivos; medicamentos utilizados durante a internação, inclusive os de uso regular, exceto medicação de manutenção; a partir da alta, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde;
- i) Procedimentos obstétricos;
- j) Acompanhamento clínico no pós-operatório dos pacientes submetidos a transplante de córnea e rim, exceto medicação de manutenção.

5.8.33. Procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto, com a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular do benefício, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.



5.8.34. Atendimentos psiquiátricos ou tratamentos dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na RN 428/17 e normas complementares, incluídos procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, compreendem:

- a) o custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) o custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato/convênio não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
- c) os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas;
- d) a cobertura de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, sendo estendida a 180 (cento e oitenta) dias, por ano, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na CID-10 ;
- e) o custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do Beneficiário Titular de 50% (cinquenta por cento);
- f) o custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com coparticipação do Beneficiário Titular de 50% (cinquenta por cento);
- g) e todos os demais casos previstos na Resolução CONSU nº 11, de novembro.

5.9. DAS EXCLUSÕES

5.9.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656, de 1998, nas Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada lei.

5.9.2. São excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de:

5.9.3. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

5.9.4. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;

5.9.5. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

5.9.6. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

5.9.7. Inseminação artificial;

5.9.8. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

5.9.9. Tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;



5.9.10. Transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;

5.9.11. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

5.9.12. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

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

5.9.14. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

5.9.15. Aplicação de vacinas preventivas;

Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

5.9.16. Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;

5.9.17. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

5.9.18. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;

5.9.19. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

5.9.19. Cobertura não prevista no caso de UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel).

5.10. DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

5.10.1. Atendimentos de Emergência e Urgência conforme descritos a seguir:

5.10.2. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

5.10.3. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente

5.10.4. No plano ou seguro do segmento hospitalar, quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ou seguro do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

5.10.5. No plano ou seguro do segmento hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

5.10.6. Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora.

5.10.7. Caberão as operadoras de plano de saúde contratadas o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando à continuidade do atendimento.

5.11. DO REEMBOLSO

5.11.1. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados ao beneficiário com assistência à saúde em território nacional, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras de plano de saúde contratadas, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, e sempre que:



5.11.2. O serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;

5.11.3. Se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;

5.11.4. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.

5.11.5. Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratadas, tais como greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser feito integralmente pelas operadoras de plano de saúde, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

5.11.6. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de plano de saúde os seguintes documentos:

5.11.7. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

5.11.8. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

5.11.9. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital;

5.11.11. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso;

5.11.12. Para fins de reembolso, o servidor, ativo ou inativo, e o pensionista deverão apresentar a documentação adequada no prazo máximo de doze meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

5.12. DA REMOÇÃO

5.12.1 Fica garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), desde que comprovadamente necessária e dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

5.12.2 Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

5.12.3 Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus;

5.12.4 As operadoras de Plano de Saúde deverão disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;



5.12.5 Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

5.13. DAS ACOMODAÇÕES

5.13.1. Nas acomodações será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede credenciada pelas operadoras contratadas, dependendo do tipo de plano aderido, independente da terminologia usada pelas instituições hospitalares, conforme a seguir:

5.13.2. PLANO BÁSICO - Plano Ambulatorial

5.13.3. PLANO ESPECIAL – compreende o Plano Básico e internação hospitalar, podendo haver mais de um modelo de plano a ser optado pelo servidor.

5.13.4. Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

5.13.5. Os planos deverão ser oferecidos na modalidade com e sem a coparticipação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

5.14. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

5.14.1. Serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas complicações, desde que previsto no rol de procedimentos e eventos da ANS, e após devidamente cumpridos os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

5.14.2. Os serviços de pronto-socorro devem dar atendimento médico de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internação e exames complementares de diagnóstico.

5.14.3. As exclusões de usuários do Plano de Assistência à Saúde serão, tempestivamente, comunicadas à empresa prestadora dos serviços, observado o constante do item 6 deste Termo de Referência. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da Operadora de Plano de Saúde.

5.14.4. As operadoras de plano de saúde contratadas reservam-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998, com suas alterações.

5.14.5. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo às operadoras efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

5.14.6. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade com foto, juntamente com o cartão das operadoras de Plano de Saúde do Plano de Assistência à Saúde.



5.14.7. As operadoras de Plano de Saúde contratadas poderão exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

5.14.8. Nos casos em que as operadoras de Plano de Saúde contratadas estabelecerem autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 3 (três) dias úteis, contado da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

5.14.9. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas contadas da formalização do processo.

5.14.10. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

5.14.11. Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade das operadoras de Plano de Saúde contratadas durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantido a continuação da assistência.

5.14.12. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia do Município de Alvorada.

5.14.13. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

5.14.14. As operadoras de Plano de Saúde não se responsabilizarão pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

5.14.15. Os casos omissos serão dirimidos pela Administração Municipal em conjunto com a Operadora do Plano de Saúde.

6. DAS CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO

6.1. A Operadora de Plano de Saúde deverá disponibilizar um canal de comunicação direto para contato dos servidores do Município de Alvorada (por telefone e por e-mail), visando futuras adesões, exclusões e/ou esclarecimentos.

6.2. As operadoras dos planos de saúde deverão oferecer, na área de abrangência do Município, e da Região Metropolitana em que ele se insere, a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar contemplando atendimentos em Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos conselhos, constando ainda de:



6.2.1. No mínimo, 04 (quatro) hospitais gerais de natureza multidisciplinar que tenham em sua infraestrutura:

- a) Pronto socorro;
- b) UTI;
- c) Internações em enfermaria e/ou apartamentos individuais;
- d) Procedimentos Médicos/Serviços Auxiliares para Cirurgias.

6.2.2. Credenciamento de no mínimo, 03 (três) laboratórios que realizem serviços nas especialidades de Análises Clínicas e Patologia Clínica

6.2.3. Credenciamento para atendimento médico e/ou laboratorial em abrangência no município de Alvorada/RS e região metropolitana.

6.2.4. Manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta.

7. DA VIGÊNCIA DO CREDENCIAMENTO

7.1. O período de contratação será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos até o limite de 120 (cento e vinte) meses.

8. DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DA EMPRESA

8.1. Documento comprobatório que esteja devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a atuar como Operadora, conforme exigência da Resolução Normativa ANS nº 543, de 2022, com suas alterações;

8.2. Declaração expedida pela ANS de que possuem profissional médico habilitado e registrado no Conselho Regional de Medicina, observando o que dispõe a Resolução ANS nº 255 de 2011, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários;

8.3. Declaração expedida por entidades públicas ou privadas, em que demonstre a permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde;

8.4. Declaração de, no mínimo, 4 (quatro) instituições bancárias, comprovando possuir convênio para processar o débito em conta do valor das mensalidades dos beneficiários;

8.5. Termos de Contrato, Acordos ou Ajustes de Conduta celebrados com, no mínimo, 2 (duas) operadoras de Planos de Saúde, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e que se comprove o conhecimento das condições do Termo de Credenciamento que vier a ser assinado com o Município de Alvorada;

8.6. Comprovação de que suas Operadoras conveniadas dispõem de rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais conforme exigências descritas no Termo de Referência de Plano de Assistência à Saúde;

9. DAS OBRIGAÇÕES MÍNIMAS DA CREDENCIADA

9.1. Caberá às Operadoras conveniadas, além das responsabilidades resultantes do Termo de Credenciamento, cumprir os dispositivos da Lei 9.656 de 1998, com suas alterações e das Resoluções da ANS, com suas alterações e, demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:



- a) Oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;
- b) Realizar o pagamento do reembolso nos seguintes termos:
 - b.1) O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.
 - b.2) Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras de plano de saúde, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;
- c) Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados;
- d) Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados de acordo com a legislação vigente e durante a vigência contratual;
- e) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência à Saúde, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- f) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência à Saúde, Manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos);
- g) Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administração;
- h) Fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários.
- i) Assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infecto-contagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência adquirida – AIDS e suas complicações;
- j) Oferecer ferramenta de telecomunicação gratuita para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.
- k) Apresentar aos Beneficiários do Município de Alvorada, no mínimo 4 (quatro) hospitais de assistência à saúde médico-hospitalar, devidamente registrados na ANS;
- l) Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto ao Município de Alvorada;
- m) Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas no Termo de Credenciamento;
- n) Exigir documentos dos beneficiários que comprovem seu vínculo junto ao Município de Alvorada;



- o) Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários, bem como efetuar o recadastramento no aniversário do Termo de Credenciamento;
- p) Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- q) Indicar ao beneficiário os Planos de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras conveniadas para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- r) Informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de plano de saúde contratadas;
- s) Informar mensalmente à Comissão de Fiscalização as exclusões de beneficiários titulares, dependentes Pensionistas:
- t) Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- u) Comunicar aos beneficiários, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 anos ou 24 anos para estudantes;
- v) As operadoras credenciadas deverão proteger os sigilos médicos dos beneficiários, cujo fluxo de informações médicas relativas à assistência aos beneficiários titulares e dependentes, bem como aos pensionistas, deverá ficar sob a responsabilidade de profissional médico devidamente registrado nos Conselhos Regionais de Medicina, especialmente designado para este fim, de acordo com a Resolução – RDC nº 255, de 2011, com suas alterações.
- w) As operadoras de planos de saúde deverão comprovar estarem com o registro ativo na ANS mediante apresentação de documento específico;
- l) Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Comissão de Fiscalização, com os seguintes dados:
- I) Perfil biométrico e epidemiológico da carteira;
- II) Perfil etário;
- III) Despesa per capita por: faixa etária, plano e sexo;
- IV) Percentual de sinistralidade da carteira;
- Indicadores sobre a utilização constando:
- a) Consultas por beneficiário, por ano;
- b) Valor médio da consulta;
- c) Percentual de frequência das 10 maiores especialidades em relação ao total de consultas (maiores incidências).
- VI) Diagnose, compreendendo:
- a) Exames por beneficiários, por ano;
- b) Exames por consulta, por ano;
- c) Valor médio dos exames de baixo e de alto custo;
- d) Percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram terapias em relação ao total.
- VII) Terapias, compreendendo:
- a) Valor médio;
- b) Percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram terapias em relação ao total;
- c) Percentual de frequência das 10 maiores terapias em relação ao total (maiores incidências);



VIII) Internações clínicas, cirúrgicas, partos e UTI:

- a) Tempo médio de dias de internação;
- b) Percentual de internados em relação ao total da população por ano;
- c) Valor médio da Internação;
- d) Percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram internações em relação ao total de internações (maiores incidências).

IX) Prestadores:

- a) curva ABC de prestadores X utilização;
- b) 50 maiores prestadores de serviços;
- c) Percentual de utilização por tipo de prestador (hospital, clínica, laboratório, etc).

X) Casos Crônicos:

- a) Identificação de casos crônicos;
- b) Efetivação de Monitoramento através da utilização;
- c) Descrição das Patologias;
- d) Valor médio mensal por assistido;
- e) Relatório técnico de acompanhamento.

XI) Grupo de Risco

- a) Identificação de beneficiários de risco;
- b) Monitoramento;
- c) Patologias;

Relatório técnico de acompanhamento.

10. DAS OBRIGAÇÕES MÍNIMAS DO CREDENCIANTE

10.1 São obrigações do Município:

- a) Colocar à disposição da OPERADORA informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;
- b) Permitir à Operadora de Saúde a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;
- c) Permitir aos profissionais da Operadora de Saúde acesso às dependências das repartições públicas do Município de Alvorada para orientar e explicar aos beneficiários sobre os procedimentos para utilização e as normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Credenciamento;
- d) O acompanhamento e a fiscalização da execução dos Termos de Credenciamentos objeto do presente edital consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços de acordo com as exigências e obrigações pactuadas, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por uma Comissão de Fiscalização designada através de Portaria.
- e) Encaminhar mensalmente relatório analítico contendo de forma pormenorizada os dados do contrato e a composição da totalidade dos Beneficiários vinculados, com as seguintes informações: I) número de cadastro do Beneficiário; II) nome completo; III) CPF; IV) nome do Plano de Saúde a que está vinculado; V) condição no contrato (titular ou dependente); VI) idade;



VII) natureza da dependência ; VIII) data de inclusão no contrato; IX) rubrica do plano; X) valor do plano e; XI) valor total do plano por titular.

11. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

11.1 Inexiste a indicação e destaque de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Município de Alvorada, considerando que o pagamento das mensalidades e consultas do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva dos servidores que aderirem aos planos de assistência médico-hospitalar.

12. DA FISCALIZAÇÃO

12.1. A secretaria designará um servidor através de portaria para fiscalização do presente contrato.

Jonas Silva de Almeida

Responsável pela elaboração
do Termo de Referência

Alexsandro Lima Vieira

Secretário Municipal de Administração
Ordenador da despesa



ANEXO II
DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE DE ATENDIMENTO

CRENCIAMENTO 003/2024

A empresa _____, CNPJ _____, através do seu representante legal, Sr(a) _____, inscrito(a) no CPF _____, declara, para fins de Credenciamento junto ao Município de Alvorada, ser capaz de oferecer a quantidade máxima mensal de atendimentos abaixo discriminada, sob pena das sanções administrativas previstas neste edital.

It.	Produto	Unidade	Quantidade
1	PLANO DE SAÚDE	SERVIÇO	1

Alvorada, XX de XXXXX de 202X.

Assinatura do Representante Legal



ANEXO III
MODELO DE CARTA DE CREDENCIAMENTO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2024

A empresa _____,
CNPJ _____, credencia o Sr. (a) _____, portador do CPF
nº _____, conferindo-lhe todos os poderes necessários à prática de quaisquer atos
relacionados ao **Chamamento Público nº 003/2024**, assim como os poderes específicos para
rubricar a documentação, apresentar reclamações, impugnações ou recursos e assinar o termo de
credenciamento.

Alvorada, _____, de _____ de 202X.

Representante Legal
(Identificar assinatura)



ANEXO IV
MODELO DE DECLARAÇÕES

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2024

A empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, por meio de seu Representante Legal Sr (a) _____, inscrito (a) no CPF _____, vem por meio desta declarar o que segue:

- Que está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos;
- Que cumpre os requisitos para a habilitação definidos no edital e que a proposta apresentada está em conformidade com as exigências editalícias;
- Que inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no certame, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;
- Que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos, conforme previsto no inciso VI do art. 68 da Lei Federal 14.133/2021 e no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal;
- Que não possui, em sua Cadeia Produtiva, 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;
- 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, em conformidade com o art. 63, inciso IV, da Lei Federal nº 14.133/2021;
- Que não mantém vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante 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, em conformidade com o art. 14, inciso IV, da Lei Federal nº 14.133/2021.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração, para que produza os efeitos legais, estando ciente de que, comprovada a sua falsidade, será nulo de pleno direito, perante qualquer registro, o ato à que ela integra, sem prejuízo das sanções administrativas, cíveis e criminais à que estiver sujeito.

Alvorada, _____, de _____ de 202X.

(Assinatura do Representante Legal da Empresa Proponente)
(apontado no Contrato Social ou procuração com poderes específicos)

Esta declaração deverá ser emitida em papel timbrado da empresa proponente, com o número do CNPJ.

Se a empresa licitante possuir menores de 14 anos aprendizes, deverá declarar essa condição.



ANEXO VI
MINUTA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

O Município de Alvorada, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Avenida Presidente Getúlio Vargas, nº 2266, inscrito no CNPJ sob o nº 88.000.906/0001-57, representado por seu Prefeito, Sr. José Arno Appolo do Amaral, brasileiro, casado, CPF 043.514.100-78, residente e domiciliado neste Município, denominada CREDENCIANTE, e, inscrita no CNPJ sob o nº, estabelecida à Av., nº, Bairro,/..., CEP:, e-mail:, fone: (..), representada neste ato por, portador do RG nº, inscrito no CPF sob o nº, brasileiro, est civil, profissão, residente e domiciliado em/..., denominado CREDENCIADO, têm justos e acordados este Termo de Credenciamento, em conformidade com a Lei nº 14.133 de 2021 e suas alterações e o Decreto Municipal 102/2023 e o Termo de Referência, oriundo do **Processo Administrativo 61449/2024 e Credenciamento/Chamamento Público 003/2024**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente Chamamento Público, o CREDENCIAMENTO de pessoas jurídicas interessadas atuar como Planos de Saúde ofertando, no mínimo, 2 (dois) produtos de planos de saúde de assistência médica ambulatorial e hospitalar, compreendendo os procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais, internação clínica, cirúrgica e obstétrica, previstos no rol da ANS, através de médicos, hospitais e outros serviços de diagnóstico e terapia, aos servidores ativos, inativos e seus dependentes, do Município de Alvorada, contemplando atendimentos disciplinados na Lei Federal nº 9.656/1998 e suas alterações, (alterada pela Lei nº 14.538/2023), na Resolução Normativa nº 557/2022 e Resolução Normativa nº 543/2022, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, entre outras, observadas as alterações supervenientes, bem como pelas demais normas complementares e disposições deste instrumento.

Item	Produto	Unid.	Qtde	Qtde (10 anos)
1	PLANO DE SAÚDE	SERVIÇO	1	10

1.2. As demais disposições quanto ao objeto estão descritas detalhadamente no Termo de Referência, ANEXO I do Edital.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA ORIGEM

2.1. Este termo tem origem no Chamamento Público nº 003/2024, Processo Administrativo nº 61449/2024, fazendo parte do mesmo todas as disposições do edital do referido processo.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES TÉCNICAS ESPECÍFICAS:

3.1. Documento comprobatório que esteja devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a atuar como Operadora, conforme exigência da Resolução Normativa ANS nº 543, de 2022, com suas alterações;



- 3.2.** Declaração expedida pela ANS de que possuem profissional médico habilitado e registrado no Conselho Regional de Medicina, observando o que dispõe a Resolução ANS nº 255 de 2011, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários;
- 3.3.** Declaração expedida por entidades públicas ou privadas, em que demonstre a permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde;
- 3.4.** Declaração de, no mínimo, 4 (quatro) instituições bancárias, comprovando possuir convênio para processar o débito em conta do valor das mensalidades dos beneficiários;
- 3.5.** Termos de Contrato, Acordos ou Ajustes de Conduta celebrados com, no mínimo, 2 (duas) operadoras de Planos de Saúde, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e que se comprove o conhecimento das condições do Termo de Credenciamento que vier a ser assinado com o Município de Alvorada;
- 3.6.** Comprovação de que suas Operadoras conveniadas dispõem de rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais conforme exigências descritas no Termo de Referência de Plano de Assistência à Saúde;

CLÁUSULA QUARTA – DO LOCAL E FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

- 4.1.** As empresas poderão habilitar-se para o item, desde que ofereçam na íntegra os serviços estipulados neste edital e seus anexos, além de possuírem capacidade técnica, equipamentos e recursos humanos compatíveis.
- 4.2.** Os serviços serão prestados com pessoal e material próprios, sendo de sua responsabilidade exclusiva e integral os encargos previdenciários, sociais, fiscais e comerciais decorrentes do serviço, cujos ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o Município.
- 4.3.** Forma de execução: A prestação de serviços será executada por meio de rede própria das Operadoras ou por ela credenciados, incluindo profissionais, hospitais, centros médicos, clínicas básicas e especializadas, laboratórios.
- 4.4.** Serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênicas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas complicações, desde que previsto no rol de procedimentos e eventos da ANS, e após devidamente cumpridos os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.
- 4.5.** Os serviços de pronto-socorro devem dar atendimento médico de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internação e exames complementares de diagnóstico.
- 4.6.** As exclusões de usuários do Plano de Assistência à Saúde serão, tempestivamente, comunicadas à empresa prestadora dos serviços, observado o constante do item 6 deste Termo de Referência. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da Operadora de Plano de Saúde.
- 4.7.** As operadoras de plano de saúde contratadas reservam-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998, com suas alterações.



4.8. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo às operadoras efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

4.9. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade com foto, juntamente com o cartão das operadoras de Plano de Saúde do Plano de Assistência à Saúde.

4.10. As operadoras de Plano de Saúde contratadas poderão exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

4.11. Nos casos em que as operadoras de Plano de Saúde contratadas estabelecerem autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 3 (três) dias úteis, contado da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

4.12. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas contadas da formalização do processo.

4.13. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

4.14. Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade das operadoras de Plano de Saúde contratadas durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantido a continuação da assistência.

4.15. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia do Município de Alvorada.

4.16. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

4.17. As operadoras de Plano de Saúde não se responsabilizarão pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

4.18. Os casos omissos serão dirimidos pela Administração Municipal em conjunto com a Operadora do Plano de Saúde.

4.19. A Operadora de Plano de Saúde deverá disponibilizar um canal de comunicação direto para contato dos servidores do Município de Alvorada (por telefone e por e-mail), visando futuras adesões, exclusões e/ou esclarecimentos.

4.20. As operadoras dos planos de saúde deverão oferecer, na área de abrangência do Município, e da Região Metropolitana em que ele se insere, a rede credenciada de Assistência Médico-



Hospitalar contemplando atendimentos em Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos conselhos, constando ainda de:

4.20.1. No mínimo, 04 (quatro) hospitais gerais de natureza multidisciplinar que tenham em sua infraestrutura:

- a) Pronto socorro;
- b) UTI;
- c) Internações em enfermaria e/ou apartamentos individuais;
- d) Procedimentos Médicos/Serviços Auxiliares para Cirurgias;
- e) Credenciamento de no mínimo, 03 (três) laboratórios que realizem serviços nas especialidades de Análises Clínicas e Patologia Clínica;
- f) Credenciamento para atendimento médico e/ou laboratorial em abrangência no município de Alvorada/RS e região metropolitana;
- g) Manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta.

4.21. A Credenciada também deverá cumprir as demais determinações constantes na cláusula 5 do Termo de Referência (anexo I), parte integrante deste Termo de Credenciamento.

CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA E DO REAJUSTE

5.1. O presente termo de credenciamento será vigente por 1 (um) ano, contado da data de sua assinatura, prorrogável por iguais e sucessivos períodos, a critério da Administração Pública, pelo prazo máximo de 10 (dez) anos, tendo em vista o disposto nos artigos 25 do Decreto 102/2023 e no 107 da Lei n.º 14.133/2021.

5.2 Se o credenciado não tiver interesse na prorrogação do credenciamento deverá comunicar a sua intenção por escrito ao Credenciante, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

5.3. Respeitadas as disposições da legislação em vigor, os preços contratuais pactuados com os beneficiários poderão ser objeto de reajuste, cumulativamente, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora, bem como com a da taxa de sinistralidade, visando à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do Contrato, quanto à referida taxa ultrapassar 70% (setenta por cento).

CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

6.1. Caberá às Operadoras conveniadas, além das responsabilidades resultantes do Termo de Credenciamento, cumprir os dispositivos da Lei 9.656 de 1998, com suas alterações e das Resoluções da ANS, com suas alterações e, demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:

- a) Oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;
- b) Realizar o pagamento do reembolso nos seguintes termos:
 - b.1) O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados



da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.

b.2) Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras de plano de saúde, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

c) Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados;

d) Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados de acordo com a legislação vigente e durante a vigência contratual;

e) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência à Saúde, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;

f) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência à Saúde, Manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos);

g) Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administração;

h) Fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários.

i) Assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência adquirida – AIDS e suas complicações;

j) Oferecer ferramenta de telecomunicação gratuita para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

k) Apresentar aos Beneficiários do Município de Alvorada, no mínimo 4 (quatro) hospitais de assistência à saúde médico-hospitalar, devidamente registrados na ANS;

l) Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto ao Município de Alvorada;

m) Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas no Termo de Credenciamento;

n) Exigir documentos dos beneficiários que comprovem seu vínculo junto ao Município de Alvorada;

o) Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários, bem como efetuar o recadastramento no aniversário do Termo de Credenciamento;

p) Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários;

q) Indicar ao beneficiário os Planos de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras conveniadas para a prestação dos serviços de assistência à saúde;



- r) Informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de plano de saúde contratadas;
- s) Informar mensalmente à Comissão de Fiscalização as exclusões de beneficiários titulares, dependentes Pensionistas:
- t) Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- u) Comunicar aos beneficiários, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 anos ou 24 anos para estudantes;
- v) As operadoras credenciadas deverão proteger os sigilos médicos dos beneficiários, cujo fluxo de informações médicas relativas à assistência aos beneficiários titulares e dependentes, bem como aos pensionistas, deverá ficar sob a responsabilidade de profissional médico devidamente registrado nos Conselhos Regionais de Medicina, especialmente designado para este fim, de acordo com a Resolução – RDC nº 255, de 2011, com suas alterações.
- w) As operadoras de planos de saúde deverão comprovar estarem com o registro ativo na ANS mediante apresentação de documento específico;
- l) Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Comissão de Fiscalização, com os seguintes dados:
- I) Perfil biométrico e epidemiológico da carteira;
- II) Perfil etário;
- III) Despesa per capita por: faixa etária, plano e sexo;
- IV) Percentual de sinistralidade da carteira;
- Indicadores sobre a utilização constando:
- a) Consultas por beneficiário, por ano;
- b) Valor médio da consulta;
- c) Percentual de frequência das 10 maiores especialidades em relação ao total de consultas (maiores incidências).
- VI) Diagnose, compreendendo:
- a) Exames por beneficiários, por ano;
- b) Exames por consulta, por ano;
- c) Valor médio dos exames de baixo e de alto custo;
- d) Percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram terapias em relação ao total.
- VII) Terapias, compreendendo:
- a) Valor médio;
- b) Percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram terapias em relação ao total;
- c) Percentual de frequência das 10 maiores terapias em relação ao total (maiores incidências);
- VIII) Internações clínicas, cirúrgicas, partos e UTI:
- a) Tempo médio de dias de internação;
- b) Percentual de internados em relação ao total da população por ano;
- c) Valor médio da Internação;



d) Percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram internações em relação ao total de internações (maiores incidências).

IX) Prestadores:

- a) curva ABC de prestadores X utilização;
- b) 50 maiores prestadores de serviços;
- c) Percentual de utilização por tipo de prestador (hospital, clínica, laboratório, etc).

X) Casos Crônicos:

- a) Identificação de casos crônicos;
- b) Efetivação de Monitoramento através da utilização;
- c) Descrição das Patologias;
- d) Valor médio mensal por assistido;
- e) Relatório técnico de acompanhamento.

XI) Grupo de Risco

- a) Identificação de beneficiários de risco;
- b) Monitoramento;
- c) Patologias;

Relatório técnico de acompanhamento.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIANTE

7.1. São obrigações do Município:

- a) Colocar à disposição da OPERADORA informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;
- b) Permitir à Operadora de Saúde a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;
- c) Permitir aos profissionais da Operadora de Saúde acesso às dependências das repartições públicas do Município de Alvorada para orientar e explicar aos beneficiários sobre os procedimentos para utilização e as normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Credenciamento;
- d) O acompanhamento e a fiscalização da execução dos Termos de Credenciamentos objeto do presente edital consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços de acordo com as exigências e obrigações pactuadas, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por uma Comissão de Fiscalização designada através de Portaria.
- e) Encaminhar mensalmente relatório analítico contendo de forma pormenorizada os dados do contrato e a composição da totalidade dos Beneficiários vinculados, com as seguintes informações: I) número de cadastro do Beneficiário; II) nome completo; III) CPF; IV) nome do Plano de Saúde a que está vinculado; V) condição no contrato (titular ou dependente); VI) idade; VII) natureza da dependência ; VIII) data de inclusão no contrato; IX) rubrica do plano; X) valor do plano e; XI) valor total do plano por titular.



CLÁUSULA OITAVA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CREDENCIADO

- 8.1.** O Credenciado é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, ao órgão do SUS e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticados por seus empregados, profissionais ou prepostos.
- 8.2.** A fiscalização ou o acompanhamento da execução do Termo de Credenciamento pelos órgãos competentes da ANS não exclui nem reduz a responsabilidade do Credenciado, nos termos da legislação pertinente.
- 8.3.** A responsabilidade de que trata esta condição estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços.

CLÁUSULA NONA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO

- 9.1.** Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do CREDENCIADO poderá ensejar a não prorrogação deste Termo de Credenciamento ou a revisão das condições ora estipuladas;
- 9.2.** O CREDENCIADO facilitará ao CREDENCIANTE o acompanhamento permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pela equipe de fiscalização;
- 9.3.** Em qualquer hipótese é assegurado ao CREDENCIADO amplo direito de defesa.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA FISCALIZAÇÃO

- 10.1.** Para fins de cumprimento do art. 67 da Lei nº 14.133/2021, a CONTRATANTE designará através de portaria um servidor como responsável para acompanhamento e fiscalização administrativa deste termo.
- 10.2.** Para fins de cumprimento do art. 68 da Lei Federal nº 14.133/2021, a CREDENCIADA, designa o Sr. _____, para desempenhar a função de preposto perante o CONTRATANTE.
- 10.3.** Qualquer fiscalização exercida pelo CONTRATANTE, feita no seu exclusivo interesse, não implica em corresponsabilidade pela execução dos serviços e não exime a adjudicatária de suas obrigações pela fiscalização e perfeita execução do Termo de Credenciamento.
- 10.4.** Quaisquer exigências da fiscalização, inerentes ao objeto do contrato, deverão ser prontamente atendidas pela adjudicatária, sem qualquer ônus para a CONTRATANTE;
- 10.5.** A fiscalização do CONTRATANTE, em especial, terá o dever de verificar o cumprimento do termo de credenciamento, especialmente no que se refere à qualidade dos materiais fornecidos e da mão de obra empregada para a execução do objeto, podendo exigir a sua substituição quando este não atender aos termos do que foi proposto e credenciado, sem que assista à adjudicatária qualquer indenização pelos custos daí decorrentes.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS PENALIDADES

- 11.1** Comete infração administrativa, nos termos da lei, o interessado ou credenciado que, com dolo ou culpa:
- I.** apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante o credenciamento;



II. fraudar o credenciamento;

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

- a) agir em conluio ou em desconformidade com a lei;
- b) induzir deliberadamente a erro no julgamento;
- c) apresentar amostra falsificada ou deteriorada;

IV. praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos do credenciamento;

V. praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei n.º 12.846/13.

VI. descumprir qualquer uma das obrigações previstas na cláusula sexta, bem como por qualquer dano ou prejuízo causado à Administração ou aos beneficiários.

11.2 Com fulcro na Lei nº 14.133/21, a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos interessados e/ou credenciados as seguintes sanções, sem prejuízo das responsabilidades civil e criminal:

- a) advertência;
- b) multa;
- c) impedimento de licitar e contratar pelo prazo máximo de 3 (três) anos e
- d) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, no âmbito da Administração Pública direta e indireta de todos os entes federativos, pelo prazo mínimo de 3 (três) anos e máximo de 6 (seis) anos, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida sua reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

11.3 Na aplicação das sanções 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 que dela provierem para a Administração Pública;
- e) a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

11.4 A multa será em percentual de 0,5% a 30% incidente sobre o valor do item do qual o credenciado participa:

- a) Para as infrações previstas no item 10.1, a multa será de 15% a 30% do valor do item.
- b) Multa de 0,50%, por dia, limitada a 30% do valor do item, no caso de atraso na execução do objeto do contrato ou pelo descumprimento de quaisquer das condições estabelecidas no edital e seu anexo, caso não haja previsão de multa específica.

11.5 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.

11.6 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.

11.7 A sanção de impedimento de licitar e contratar será aplicada ao responsável em decorrência das infrações administrativas relacionadas no item 10.1. 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.

11.8 Poderá ser aplicada ao responsável a sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou



contratar, em decorrência da prática das infrações dispostas no item 12.1.

11.9 A recusa injustificada do adjudicatário em assinar o contrato ou em aceitar ou retirar o instrumento equivalente no prazo estabelecido pela Administração, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e o sujeitará às penalidades e à imediata perda da garantia de proposta em favor do órgão ou entidade promotora da licitação.

11.10. 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 por comissão composta por 2 (dois) ou mais servidores estáveis, que avaliará fatos e circunstâncias conhecidos e intimará o licitante ou o adjudicatário para, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação, apresentar defesa escrita e especificar as provas que pretenda produzir. Na hipótese de deferimento de pedido de produção de novas provas ou de juntada de provas julgadas indispensáveis pela comissão, o interessado/credenciado poderá apresentar alegações finais no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data da intimação.

11.11. Serão indeferidas pela comissão, mediante decisão fundamentada, provas ilícitas, impertinentes, desnecessárias, protelatórias ou intempestivas.

11.12. A personalidade jurídica poderá ser desconsiderada sempre que utilizada com abuso do direito para facilitar, encobrir ou dissimular a prática dos atos ilícitos previstos nesta Lei ou para provocar confusão patrimonial, e, nesse caso, todos os efeitos das sanções aplicadas à pessoa jurídica serão estendidos aos seus administradores e sócios com poderes de administração, a pessoa jurídica sucessora ou a empresa do mesmo ramo com relação de coligação ou controle, de fato ou de direito, com o sancionado, observados, em todos os casos, o contraditório, a ampla defesa e a obrigatoriedade de análise jurídica prévia.

11.13. Caberá recurso no prazo de 15 (quinze) dias úteis da aplicação das sanções de advertência, multa e impedimento de licitar e contratar, contado da data da intimação, o qual será dirigido à autoridade que tiver proferido a decisão recorrida, que, se não a reconsiderar no prazo de 5 (cinco) dias úteis, encaminhará o recurso com sua motivação à autoridade superior, que deverá proferir sua decisão no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do recebimento dos autos. Caberá a apresentação de pedido de reconsideração da aplicação da sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data da intimação, e decidido no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do seu recebimento. O recurso e o pedido de reconsideração terão efeito suspensivo do ato ou da decisão recorrida até que sobrevenha decisão final da autoridade competente. A aplicação das sanções previstas neste edital não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral dos danos causados ao Município.

11.14. A aplicação de multa de mora não impedirá que a Administração a converta em compensatória e promova a extinção unilateral do contrato com a aplicação cumulada de outras sanções.

11.15. Se a multa aplicada e as indenizações cabíveis forem superiores ao valor de pagamento eventualmente devido pela Administração ao credenciado, além da perda desse valor, a diferença será descontada da garantia prestada ou será cobrada administrativa ou judicialmente.

11.16. É admitida a reabilitação do credenciado perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, exigidos, cumulativamente:



- a) reparação integral do dano causado à Administração Pública;
- b) pagamento da multa;
- c) transcurso do prazo mínimo de 1 (um) ano da aplicação da penalidade, no caso de impedimento de licitar e contratar, ou de 3 (três) anos da aplicação da penalidade, no caso de declaração de inidoneidade;
- d) cumprimento das condições de reabilitação definidas no ato punitivo;
- e) análise jurídica prévia, com posicionamento conclusivo quanto ao cumprimento dos requisitos definidos neste artigo.

11.17. Como condição de reabilitação do credenciado, deverá apresentar a implantação ou aperfeiçoamento de programa de integridade pelo responsável, quando pertinente.

11.18. As infrações e penalidades dispostas nesse item se referem especialmente às disposições do credenciamento, ficando no contrato os regramentos complementares inerentes à fase contratual.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA RESCISÃO

12.1. O descredenciamento por ato da administração pública pode se dar, dentre outras hipóteses condizentes com o objeto do credenciamento:

- a) por desinteresse da administração no objeto, devidamente fundamentado no processo administrativo respectivo;
- b) por descumprimento das condições mínimas para a contratação por parte dos credenciados;
- c) pela rescisão do contrato decorrente do credenciamento por culpa do credenciado;
- d) pela aplicação das penalidades de impedimento de licitar e contratar com a administração pública, no âmbito deste Município, ou Declaração de Inidoneidade.

12.2. A revogação do edital de credenciamento não repercute nos contratos firmados sob sua égide.

12.3. O credenciado poderá solicitar o seu descredenciamento anteriormente à assinatura do contrato, sem a aplicação de penalidades administrativas.

12.4. Após a assinatura do contrato, o credenciado poderá solicitar o seu descredenciamento, observando as seguintes condições:

- a) permanecer fornecendo o serviço por mais 60 (sessenta) dias úteis a contar da formalização do pedido de descredenciamento junto ao Contratante;
- b) na hipótese de ainda persistir ordens de serviços ativas, o Credenciado permanece obrigado a finalizar o atendimento de todas as pendências, sob pena de aplicação de sanção prevista no item 12 do Edital e neste contrato.

12.4. Na hipótese de descumprimento das obrigações pelo credenciado, este estará sujeito às sanções previstas no Edital, seus Anexos e na Lei Federal nº 14.133/2021.

12.4.1. A ausência de manutenção das condições iniciais, o descumprimento das exigências do edital, do contrato ou da legislação pertinente pode ensejar o descredenciamento do interessado, observado o contraditório e a ampla defesa.

12.3. A CREDENCIADA deverá manter, durante toda a execução do contrato, o endereço devidamente atualizado, junto ao Departamento de Compras, Licitações e Contratos do Município de Alvorada-RS;



12.4. Toda e qualquer informação relacionada do Termo de Credenciamento deverá ser encaminhado ao Departamento de Compras, Licitações e Contratos, através do e-mail contratosalvorada@gmail.com, sob pena de não ser conhecida a manifestação.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

13.1. Inexiste a indicação e destaque de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Município de Alvorada, considerando que o pagamento das mensalidades e consultas do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva dos servidores que aderirem aos planos de assistência médico-hospitalar.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO FORO

14.1. Fica eleito o foro da Comarca de Alvorada-RS, para dirimir as eventuais dúvidas e divergências, que poderão advir ao presente contrato.

14.2. E por estarem justos e contratados, firmam o presente instrumento, em 3 (três) vias de igual teor e forma, para que surta os jurídicos e legais efeitos, juntamente com 2 (duas) testemunhas, a tudo presente.

Alvorada, __ de _____ de 202X.

Empresa Credenciada
Resp. Legal Credenciada

Município de Alvorada
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
PREFEITO

Testemunhas: