**ANEXO I**

**TERMO DE REFERÊNCIA**

**1. OBJETO**

1.1. Credenciamento de empresas operadoras de planos de saúde devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para a prestação de assistência médico-hospitalar e ambulatorial, com obstetrícia, para atendimentos de rotina, urgências ou emergências aos servidores ativos e inativos, pensionistas, comissionados, agentes políticos, estagiários e menores aprendizes, da Câmara Municipal de Quirinópolis e seus dependentes, com cobertura, em todo território nacional, conforme estabelecido na Lei Federal nº 9.656/98.

**2. JUSTIFICATIVA**

2.1. O procedimento administrativo especificado visa atender as disposições legais instituídas pela Lei Municipal nº 3.389, de 07 de junho de 2021, que autorizou o Poder Legislativo do Município de Quirinópolis a contratar plano de saúde coletivo para os agentes públicos pertencentes ao seu quadro de servidores e seus dependentes, oferecendo-lhes para tal um meio adequado e seguro para usufruir do benefício.

2.2. A abertura de processo por meio de credenciamento objetiva a criação de uma sintonia de igualdade nas condições entre as operadoras de planos de saúde interessadas no fornecimento do produto com as coberturas mínimas estabelecidas neste Termo de Referência, possibilitando a contratação de todas as empresas eventualmente interessadas, diante da inviabilidade de competição, o que por si só justifica o procedimento de inexigibilidade de licitação para a formulação da contratação, nos termos do art. 25, caput, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e em conformidade com o AC-CON nº 006/2020, processo 09073/2019, item 2, alínea IV, do Tribunal de Contas dos Municípios de Goiás.

2.3. Adotar-se-á para o presente procedimento licitatório, o regime jurídico estabelecido na Lei Federal nº 8.666/93, bem como nos dispositivos legais regulamentadores da matéria, na forma do art. 191 c/c art. 193, inciso II, da Lei Federal nº 14.133 de 1º de abril de 2021.

**3. CATEGORIA DO PLANO**

3.1. A operadora interessada deverá apresentar a rede de profissionais, os serviços credenciados e os valores do plano.

3.2. Os requisitos mínimos de especificações do plano são:

a) assistência médico-hospitalar e ambulatorial, com obstetrícia, na categoria básica, para os beneficiários vinculados a Câmara Municipal de Quirinópolis;

b) preços definidos por faixa etária;

c) área geográfica de abrangência compreendida por grupo de municípios situados na região Sudoeste do Estado de Goiás;

d) acomodação de internação em enfermaria;

e) serviço de atendimento de urgência e emergência com atendimento em todo o território nacional.

**4. RELAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **FAIXA ETÁRIA** | **QUANTIDADE** |
| **0-18** | **53** |
| **19-23** | **7** |
| **24-28** | **4** |
| **29-33** | **27** |
| **34-38** | **18** |
| **39-43** | **18** |
| **44-48** | **10** |
| **49-53** | **9** |
| **24-58** | **9** |
| **+ 59** | **2** |
| **TOTAL:** | **157** |

**5. DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO, INCLUSÃO, PERMANÊNCIA E PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO**

**5.1. DOS USUÁRIOS BENEFICIÁRIOS**

5.1.1. Serão admitidos como usuários titulares do plano de saúde as pessoas que mantenham vínculo de emprego com a contratante.

5.1.2. Poderá vincular-se ao plano, ainda:

a) os demitidos sem justa causa ou aposentados que, vinculados à pessoa jurídica contratante, tenham contribuído para o plano, na forma prevista nos arts. 30 e 31, da Lei nº 9.656, de 1998;

b) os estagiários e menores aprendizes vinculados à Câmara Municipal de Quirinópolis.

5.1.3. O ingresso de dependentes só será possível se, e enquanto houver a participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência à saúde.

5.1.4. São considerados beneficiários dependentes:

a) o cônjuge ou companheiro (a) do mesmo sexo ou de sexo oposto em união estável;

b) os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

c) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do beneficiário titular e, concomitantemente, estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;

d) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos itens “b” e “c”.

**5.2. DA INCLUSÃO**

5.2.1. A inclusão de beneficiários no plano de saúde coletivo far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa perante a operadora contratada.

5.2.2. São voluntárias a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de saúde coletivo de que trata este Termo de Referência.

5.2.3. O beneficiário titular disporá do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação da operadora do plano de saúde, para solicitar a sua adesão e de seus dependentes, para usufruir dos serviços contratados com isenção de carência.

5.2.4. Decorrido o prazo estabelecido no item 5.2.3 os beneficiários que solicitarem a adesão deverão cumprir as carências determinadas pela ANS.

5.2.5. O beneficiário titular que ingressar no quadro de servidores da Câmara Municipal de Quirinópolis após a data a que se deu a contratação do plano de saúde, disporá do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrar em exercício, para solicitar a sua inclusão e dos seus dependentes, se for o caso, no plano de assistência à saúde, ficando, nesse caso, após a apuração do número de participantes, isento ou não de carência para usufruir dos serviços abrangidos. Após esse prazo, o beneficiário deve cumprir as carências determinadas pela ANS.

5.2.6. É assegurada a inclusão no plano de saúde:

I - do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, desde que a sua inscrição seja realizada no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a data da adoção;

II - do recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, isento do cumprimento dos períodos de carência, contanto que, simultaneamente:

a) já tenha sido cumprido pelo usuário titular a carência relativa à cobertura obstétrica; e,

b) a inscrição do recém-nascido seja realizada no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento.

5.2.7. Os beneficiários que forem inscritos no plano de saúde no curso do contrato, devem cumprir as carências estabelecidas para os beneficiários inscritos inicialmente, a não ser que o grupo tenha a quantidade mínima de 30 (trinta) beneficiários e desde que os beneficiários formalizem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias de sua vinculação a Câmara Municipal.

5.2.8. Caberá a Câmara Municipal de Quirinópolis a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos membros e servidores ativos e inativos, seus dependentes, e pensionistas, indicando a relação de parentesco dos dependentes com o membro ou servidor, quando solicitados pela operadora de planos de saúde.

**5.3. DA REINCLUSÃO**

5.3.1. A reinclusão de usuários, após 30 (trinta) dias de sua exclusão, será permitida sob a condição de que cumpram as carências estabelecidas em lei.

**5.4. DA PERMANÊNCIA**

5.4.1. Em casos de demissão sem justa causa, fica assegurado ao beneficiário titular que tiver contribuído no pagamento do plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, conforme prevê o artigo 30 da Lei nº 9.656/98 e o disposto na Resolução Normativa nº 279/2011 da ANS, ou a vigente à data da demissão.

5.4.2. O período de manutenção da condição de beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

5.4.3. É garantida aos membros e servidores efetivos ativos e inativos, os ocupantes de cargos comissionados e contratados, servidores requisitados e os pensionistas a manutenção no Plano de Saúde, após a perda do vínculo com a Câmara Municipal de Quirinópolis, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio, por meio de débito em conta corrente ou boleto bancário.

5.4.4. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no plano coletivo de assistência à saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas por meio de débito em conta corrente ou boleto bancário.

5.4.5. Poderá a operadora do plano de saúde, manter o servidor requisitado como beneficiário do Plano de Saúde, após a perda do vínculo com a Câmara Municipal de Quirinópolis, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

5.4.6. É assegurado ao beneficiário titular que se aposentar e tiver contribuído no pagamento do plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, o direito de manutenção como beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, conforme prevê o artigo 31 da Lei 9.656/98, observado o disposto na Resolução Normativa nº 279/2011 da ANS, ou a vigente à data da aposentadoria.

5.4.7. Na hipótese de contribuição pelo empregado por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

5.4.8. A manutenção no mesmo plano dos empregados ativos de beneficiário demitido sem justa causa ou aposentado, observará as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fatores moderadores existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

5.4.9. De acordo com o que prevê artigo 15, da RN nº 279, o custo por faixa etária para os ativos, que será adotada como tabela de preço dos ex-empregados demitidos (ou exonerados) sem justa causa e aposentados, conforme definido na Proposta de Admissão.

5.4.10. Fica expressamente pactuado que o ex-empregado demitido (ou exonerado) sem justa causa e o aposentado, caso opte pela manutenção da condição de beneficiário, passará a pagar para si e seus dependentes, o valor da mensalidade correspondente a respectiva faixa etária. A Câmara Municipal, em nenhuma hipótese, subsidiará o pagamento das mensalidades para ex-empregados, que assumirão com exclusividade a obrigação pelo pagamento mensal.

5.4.11. O direito de permanência no plano na condição de beneficiário é garantido também ao grupo familiar do demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado inscrito no plano durante a vigência do contrato de trabalho, podendo haver novas inclusões apenas de novo cônjuge e filhos do titular.

5.4.12. Em caso de morte do beneficiário titular, demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano privado coletivo de assistência à saúde, até o limite de tempo previsto na Resolução Normativa nº 279 e suas alterações.

5.4.13. Os pensionistas e demais beneficiários dos titulares falecidos durante a vigência do contrato poderão permanecer no Programa de Assistência à Saúde, desde que façam a opção por permanecer na titularidade do plano junto a Coordenação de Recursos Humanos, após a publicação do ato de concessão, e terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a opção. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências determinadas pela ANS.

**5.5. DA EXTINÇÃO DO DIREITO DE PERMANÊNCIA**

5.5.1. O direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, se extingue na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:

1. a) pelo decurso do prazo previsto para o exercício do direito de permanência para o demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, conforme disposto na regulamentação vigente;
2. b) pela admissão do beneficiário titular demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego que possibilite o ingresso em um plano de assistência à saúde coletivo ou de autogestão;
3. c) pelo cancelamento, rescisão ou resilição do plano de assistência à saúde pela CONTRATANTE que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados (demitidos sem justa causa, exonerados ou aposentados);
4. d) pela inadimplência superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, após prévia notificação até o quinquagésimo dia de inadimplência, sem prejuízo do direito da operadora do plano de saúde de requerer judicialmente a quitação dos débitos, com as consequências da mora.

**5.6.** **PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO**

5.6.1. O beneficiário será excluído do plano de saúde ou ter sua cobertura suspensa por solicitação da Câmara de Quirinópolis. Poderá a operadora do plano de saúde, no entanto, suspender ou excluir o beneficiário e dependentes quando:

a) constatar fraude;

b) por perda de vínculos do beneficiário titular com a pessoa jurídica CONTRATANTE, ou de dependência, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31, da Lei n° 9.656/98;

c) por inadimplência de mensalidade, após a notificação do titular do plano e da CONTRATANTE;

d) por morte do beneficiário titular.

5.6.2. A exclusão do beneficiário titular cancela automaticamente a inscrição de seus respectivos dependentes, após a pertinente notificação.

**6. DOS BENEFÍCIOS**

6.1. As operadoras de planos de saúde contratadas cobrirão os custos relativos aos atendimentos clínicos, cirúrgicos, obstetrícios e aos atendimentos de urgência e emergência, de acordo com as coberturas assistenciais obrigatórias previstas na legislação vigente e mais especificamente no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, RN nº 465, de 24 de fevereiro de 2021.

**7. DAS ACOMODAÇÕES**

7.1. Nas acomodações será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede credenciada pelas operadoras contratadas, conforme a seguir:

a) PLANO BÁSICO - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria.

7.2. Na hipótese de o 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.

7.3. O plano deverá ser oferecido na modalidade com a coparticipação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

**8. DA REDE CREDENCIADA**

8.1. As operadoras de Plano de Saúde contratadas deverão oferecer a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar na área geográfica de abrangência compreendida por grupo de municípios situados na região Sudoeste do Estado de Goiás, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos da ANS.

8.2. As operadoras de Plano de Saúde contratadas deverão oferecer os serviços de UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel) em todas as cidades onde exista rede credenciada.

**9. DA CARÊNCIA**

9.1. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários não poderá ser exigida o cumprimento de prazos de carência para utilização dos benefícios, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

9.2. Se o número de beneficiários inscritos no plano for menor que 30 (trinta) no ato da contratação, os usuários estão obrigados a cumprir os prazos de carência definidos no art. 12, inciso V, alíneas de “a” a “c”, da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e suas alterações.

9.3. Após a celebração do contrato coletivo de plano privado de assistência à saúde, quando houver a inclusão de beneficiário, deverá ser apurado o número de participantes para o cumprimento ou não do período de carência.

9.4. Fica sujeita à carência determinadas pela ANS a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo beneficiário titular, ou por perda da condição de dependente.

**10. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

10.1. Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998, o inciso IX, do art. 4º, da Lei nº 9.961/2000 e artigo 12, da Resolução n° 195, com redação das Resoluções Normativas da ANS n° 200 e 204, ou as vigentes.

10.2. Quando o número de usuários for superior a 30 (trinta), não haverá limitação de cobertura, ou seja, não haverá Cobertura Parcial Temporária ou agravo. Contudo, se o beneficiário não se inscrever em até 30 (trinta) da data da assinatura do contrato ou em até 30 (trinta) dias de sua vinculação a pessoa jurídica CONTRATANTE, haverá Cobertura Parcial Temporária – CPT para Doenças e Lesões Preexistentes.

10.3. Cobertura Parcial Temporária é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão do usuário ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas.

10.4. O usuário deverá preencher a Declaração de Saúde no momento da contratação, estando obrigado, ao preenchê-la, a informar a condição de portador de doença ou lesão preexistente.

10.5. A declaração de saúde, cujo formulário é parte integrante do contrato, será preenchida pelo usuário mediante entrevista qualificada com um médico cooperado da operadora do plano de saúde, sem nenhum ônus, ou, a critério do usuário, com um médico não pertencente ao quadro de cooperados, assumindo, neste caso, o usuário, as despesas daí decorrentes.

10.6. Na Declaração de Saúde, cada usuário deverá relacionar as lesões e doenças preexistentes à contratação, sob pena da sua omissão voluntária caracterizar fraude contratual. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o usuário saiba ser portador no momento do preenchimento da Declaração de Saúde, acarretará a suspensão ou o cancelamento do contrato, a critério da operadora do plano de saúde.

**11. DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS E DA REMOÇÃO**

11.1. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de emergência e urgência, assim entendidos:

a) de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

b) de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

11.2. O atendimento de urgência e emergência será realizado de acordo com a segmentação contratada e a garantia de remoção, quando necessária, deverá ter indicação médica para outra unidade própria ou credenciada da operadora do plano de saúde ou para o SUS quando não houver cobertura para a continuidade do tratamento.

11.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente.

11.4. O atendimento de urgência e emergência será realizado de acordo com a segmentação contratada e a garantia de remoção, quando necessária, deverá ter indicação médica para outra unidade da rede própria ou credenciada da operadora ou para o SUS quando não houver cobertura para a continuidade do tratamento.

11.5. A operadora do plano de saúde deverá garantir:

a) a remoção do usuário para unidade de atendimento da rede própria ou credenciada, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, na falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente;

b) a remoção do usuário para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

11.6. Na remoção, a operadora do plano de saúde deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o usuário quando efetuado o registro na unidade SUS; no entanto, quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade SUS de sua escolha, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

11.7. Caberá às operadoras de planos de saúde contratada 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.

**12. DAS EXCLUSÕES**

12.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656, de 1998, e nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei.

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

a) atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;

b) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

c) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

d) inseminação artificial;

e) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

f) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente da ANVISA;

g) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos nos incisos IX e X, do art. 18, e ressalvado o disposto no art. 13, ambos da Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

h) fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;

i) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

j) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

k) estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

l) aplicação de vacinas preventivas;

m) necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

n) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

o) procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e

p) consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

**13. DA PORTABILIDADE**

13.1. A portabilidade se dará de acordo com RN nº 438, de 3 de dezembro de 2018.

**14. DAS MEDIÇÕES DOS SERVIÇOS CONTRATADOS**

14.1. Após o término de cada período mensal, cada empresa credenciada elaborará relatório das adesões que deverá ser acompanhado de memória de cálculo e demonstrativos discriminando os serviços e preços, bem como listagem contendo no mínimo:

a) nome do contribuinte/titular;

b) nome dos dependentes e agregados;

c) valor individual do plano;

d) valor total do plano, por contribuinte/titular, dependentes e agregados;

e) resumo contendo: número de usuários, número de titulares, número de dependentes e agregados, valor total geral e valor total de cada plano.

14.2. Após a conferência dos quantitativos e valores apresentados, a Câmara atestará a medição, comunicando a cada credenciada, no prazo de até 10 (dez) dias úteis contados do recebimento do relatório, o valor aprovado, e autorizando a emissão da correspondente fatura.

**15. DA CO-PARTICIPAÇÃO NOS CUSTEIOS DOS SERVIÇOS**

15.1. O beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia, no percentual definido pela Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento.

15.2. A participação no custeio dos serviços utilizados poderá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento.

**16. DO REPASSE DOS PAGAMENTOS**

16.1. Inexiste empenho orçamentário prévio à celebração do Termo de Credenciamento já que o pagamento dos valores referentes ao plano será repassado do beneficiário titular da Câmara Municipal às empresas credenciadas contratadas, conforme adesão.

16.2. O pagamento será subtraído da remuneração/subsídio do beneficiário titular, por meio de desconto em folha de pagamento, e repassado deste às empresas credenciadas operadoras de planos de saúde, ou seja, no regime de pré-pagamento pelo usuário a Câmara e deste às empresas credenciadas, como pós-pagamento.

16.3. A Câmara Municipal se responsabiliza pelo repasse dos pagamentos dos beneficiários titulares às entidades operadoras de planos de saúde credenciadas e contratadas, enquanto vigente o contrato de fornecimento e mantido o vínculo por relação empregatícia ou estatutária daqueles com esta edilidade.

16.4. O interessado em aderir ao plano de saúde coletivo poderá, mediante autorização expressa, haver consignação na forma de desconto em folha de pagamento em favor da operadora de plano de saúde, no limite máximo de até 30% (trinta por cento) de sua remuneração/subsídio mensal.

16.5. Quando o benificiário titular solicitar o cancelamento de sua inscrição no Plano de Saúde da Câmara, será exigida, nessa hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou participação.

**17. DO REEMBOLSO**

17.1. Será assegurado o reembolso de valores nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiáriocom assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada.

17.2. 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.

17.3. 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 planos de saúde contratada, no prazo máximo de 90 (noventa) dias do atendimento, os seguintes documentos:

a) relatório do médico assistente;

b) conta hospitalar e relatório das despesas com todos os procedimentos e os respectivos honorários médicos, e;

c) notas fiscais e recibos dos serviços prestados.

17.4. Quando houver franquia ou coparticipação prevista no contrato, estas serão previamente deduzidas do valor a ser reembolsado.

17.5. Somente serão reembolsadas as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário.

17.6. Nas urgências e emergências o reembolso não será inferior ao valor praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano (artigo 12, inc. VI, da Lei n° 9.656/1998).

**18. DAS OBRIGAÇÕES**

18.1. São obrigações das operadoras de planos de saúde contratadas:

a) orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas na legislação de Saúde Suplementar e as do Termo de Acordo;

b) exigir dos beneficiários documento que comprove seu vínculo junto à Câmara Municipal de Quirinópolis e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;

c) efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;

d) informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados;

e) elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;

f) executar, quando solicitado pela Câmara Municipal de Quirinópolis, ações de saúde preventiva, bem como de qualidade de vida dos servidores e de seus dependentes, sem ônus financeiro para o órgão público;

g) disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;

h) comunicar, com antecedência mínima de 30 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;

i) proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a RN ANS 255/2011;

j) enviar ao Departamento de Recursos Humanos da Câmara, até o dia 10 (dez) de cada mês, relatório contendo nome do beneficiário titular, CPF, valor total por beneficiário titular, já incluídos os valores dos seus dependentes, para consignação em folha de pagamento.

k) enviar a Nota Fiscal e boleto bancário juntamente com relatório detalhado de gastos por beneficiário (titular e dependentes) ao Departamento de Recursos Humanos da Câmara, até o dia 10 (dez) de cada mês.

18.2. Caberá ainda às operadoras contratadas, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo:

a) cumprir os dispositivos da Lei Federal nº 9.656/98, da Resolução Normativa nº. 428, de 07 de novembro de 2017; da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13/08/09); e demais normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

b) 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;

c) 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;

d) zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados;

e) não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência da prestação de serviços;

f) fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, a 1ª via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;

g) fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa 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 contratadas);

h) manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios;

i) fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários;

j) 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.

18.3. São obrigações da Câmara Municipal de Quirinópolis:

a) colocar à disposição das operadoras 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 às operadoras 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 das operadoras o acesso às dependências da Câmara Municipal, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;

d) acompanhar e fiscalizar a execução dos Termos de Acordos, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento;

e) acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes;

f) realizar o repasse dos pagamentos, na forma especificada no item 16, deste termo de referência.

**19. DA VIGÊNCIA E DO REAJUSTE**

19.1. O prazo de vigência do credenciamento será de 12 (doze) meses, renováveis até o limite do inciso II do art. 57 da Lei 8.666/93.

19.2. Observando o disposto na Resolução Normativa ANS nº 309, de 24/10/2012 e demais normas em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários da Câmara Municipal de Quirinópolis poderão ser objeto de reajuste, 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 a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

19.3. Além do reajuste anual, o valor das mensalidades também sofrerá alteração por mudança de faixa etária do beneficiário, conforme previsto neste instrumento contratual.

**20. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

20.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes da Câmara Municipal de Quirinópolis a ser repassado diretamente para as operadoras credenciadas e contratadas, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do beneficiário titular, mediante consignação em folha.

**21. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

21.1. A aplicação das sanções administrativas será disciplinada em ato próprio na modalidade de licitação, contrato, Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores, etc.

**22. DISPOSIÇÕES GERAIS**

22.1. 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, respeitadas as situações de cobertura parcial temporária na forma prevista na legislação (RN 162/2007).

22.2. 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.

22.3. As exclusões de usuários do Programa de Assistência à Saúde serão, tempestivamente, comunicadas à empresa prestadora dos serviços, pela Departamento de Recursos Humanso da Câmara Municipal.

22.4. As operadoras de Plano de Saúde contratadas poderão reservar-se no direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998.

22.5. Não caberá às operadoras de Plano de Saúde contratadas nenhuma responsabilidade por atos culposos, dolosos ou acidentais que acarretem danos à saúde do servidor ou de seus dependentes, provocado por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do servidor.

22.6. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionadas na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde contratadas, 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.

22.7. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão das operadoras de Plano de Saúde contratadas.

22.8. 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.

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

22.10. Na hipótese de ocorrer à 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, garantindo a continuação da assistência.

22.11. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

22.12. 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.

22.13. Os parâmetros a serem adotados em relação ao reajuste de preços serão os estabelecidos levando-se em consideração o índice de sinistralidade de 70% apurado no mês de aniversário do contrato.

22.14. Os casos omissos serão dirimidos pelo Departamento de Recursos Humanos em conjunto com a operadora de planos de saúde.

22.15. Os casos omissos e as dúvidas suscitadas durante a execução do contrato serão resolvidos pelas partes contratantes de comum acordo e, ainda, de acordo com a Lei nº 8.666/93, de forma escrita, por ser a exigida pela legislação aplicável à execução do presente instrumento.

22.16. O termo contratual será fiscalizado pelo Gestor de Contrato da Câmara Municipal de Quirinópolis.

22.17. O presente instrumento obriga as partes contratantes e aos seus sucessores que, na falta delas, responsabilizar-se-ão pelo seu integral cumprimento;

22.18. Independente de declaração expressa, a simples participação nesta licitação implica a aceitação das condições estipuladas no presente Termo de Referência e submissão total às normas nele contidas.

Quirinópolis, 27 de setembro de 2021.

**FERNANDO MENDES NOVAIS**

Presidente da Câmara Municipal de Quirinópolis

**ANEXO II**

**MODELO DE PEDIDO DE CREDENCIAMENTO**

A empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estabelecida na Rua/Av.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por seu representante legal, após examinar todas as cláusulas e condições estipulados no **Edital de Chamamento Público nº 03/2021**, apresenta o pedido de pré-qualificação para credenciamento, nos termos consignados no ato convocatório, com os quais concorda plenamente, declarando possuir estrutura disponível e suficiente com pessoal técnico adequado, profissionais, hospitais e consultórios para pleno atendimento do produto ofertado.

Informa que o pedido ora formulado abrange os serviços discriminados no instrumento convocatório. Compromete-se a fornecer à Câmara Municipal de Quirinópolis quaisquer informações e documentos que forem eventualmente solicitados e informar toda e qualquer alteração na documentação referente à habilitação relacionadas à condição de credenciamento. Declara estar ciente de que, a qualquer momento, a CONTRATANTE poderá cancelar o credenciamento, sem qualquer direito à indenização e que não há obrigatoriedade de contratação.

Quirinópolis, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

carimbo e assinatura do responsável legal

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE PLENO ATENDIMENTO DAS EXIGÊNCIAS**

A empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estabelecida na Rua/Av.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por seu representante legal, declara junto à Câmara Municipal de Quirinópolis, que atende a todos os requisitos de habilitação, às condições de participação e que apresentará os envelopes contendo a indicação do objeto e dos preços oferecidos, no processo licitatório de que trata o **Edital de Chamamento Público nº 03/2021.**

Por ser verdade, firmamos a presente declaração.

Localidade, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

carimbo e assinatura do responsável legal

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE IMPEDITIVO DE HABILITAÇÃO**

A empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estabelecida na Rua/Av.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por seu representante legal, declara, sob as penas da lei, que até a presente data, inexistem fatos impeditivos de habilitação, na forma do art. 32, § 2º, da Lei Federal nº 8.666/93, para a habilitação em qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, direta ou indireta, Federal, Estadual ou Municipal.

Por ser verdade, firmamos a presente declaração.

Localidade, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

carimbo e assinatura do responsável legal

**ANEXO V**

**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO DE TRATAMENTO DIFERENCIADO E DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE**

EU, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ inscrito na CI/RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e no CPF/MF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ representante da empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicito na condição de ME/EPP/MEI, quando da sua participação na licitação, **Edital de Chamamento Público nº 03/2021**, seja dado tratamento diferenciado com base nos artigos 42 a 45, da Lei Complementar nº 123/2006 e suas modificações posteriores.

Declaro ainda, que não existe qualquer impedimento entres os previstos nos incisos do § 4º, do artigo 3º, da Lei Complementar nº 123/2006.

Como prova da referida condição, apresento em documento anexo, juntamente com a última Declaração de Informações Socioeconômicas e Fiscais (DEFIS) e/ou Certidão/Declaração expedido pela Junta Comercial, comprovando a condição de microempresa ou empresa de pequeno porte, sob pena de preclusão.

Por ser verdade, firmamos a presente declaração.

Localidade, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

carimbo e assinatura do representante legal

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO INCISO XXXIII, DO ART. 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

A empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estabelecida na Rua/Av.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por seu representante legal, declara, para os fins do disposto no art. 27, inciso V, da Lei Federal nº 8.666/93, acrescido pela Lei Federal nº 9.854/99, que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, bem como não utiliza, para qualquer trabalho, mão de obra direta ou indireta de menor de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos para a habilitação em qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, direta ou indireta, Federal, Estadual ou Municipal.

Por ser verdade, firmamos a presente declaração.

Localidade, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

carimbo e assinatura do representante legal

**ANEXO VII**

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO DE PARENTESCO COM AGENTE PÚBLICO**

A empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estabelecida na Rua/Av.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por seu representante legal, declara que não possui sócio ou dirigente na condição de cônjuge, companheiro ou parente, na linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau com os agentes políticos (vereadores) vinculados ao Poder Legislativo de Quirinópolis e com os ocupantes de cargos de direção, chefia e membros da comissão de licitação, pregoeiro e equipe de apoio da Câmara Municipal de Quirinópolis, nos moldes do Acórdão Consulta nº 002/2018, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás[[1]](#footnote-1), com vista dos princípios da isonomia, impessoalidade e moralidade e disposições no art. 9º, III, §§ 3º e 4º c/c art. 3º, da Lei 8.666/93.

Localidade, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2021.

carimbo e assinatura do responsável legal

**ANEXO VIII**

**MINUTA DO TERMO DE ACORDO Nº \_\_\_/\_\_\_**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº \_\_\_/\_\_\_\_**

**CONTRATO QUE FAZEM ENTRE SI A CÂMARA MUNICIPAL DE QUIRINÓPOLIS ........**

**DAS CONTRATANTES**

Pelo presente instrumento particular de contrato que celebram entre si, de um lado a **CÂMARA MUNICIPAL DE QUIRINÓPOLIS - GO**, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ sob o n º 02.536.522/0001-38, situada na Rua Professor Glicério da Cunha esq. c/ a Rua Domingos Jacinto da Luz, Bairro Municipal, Quirinópolis – Goiás, neste ato representada pelo seu Presidente **Sr**. **FERNANDO MENDES NOVAIS,** brasileiro, solteiro, inscrito na CI/RG sob o nº 5.240.642 SPTC/GO e no CPF nº 032.762.041-26, residente e domiciliado na Rua João Gervasi, Quadra 20, Lote 04, s/n – Residencial Portal do Lago, nesta cidade, denominada simplesmente **CONTRATANTE**, e do outro lado a empresa, \_\_\_\_\_\_\_,inscrita no CNPJ nº \_\_\_, localizada na \_\_\_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr. \_\_\_\_\_\_, inscrito na CI/RG \_\_\_\_\_ e no CPF nº \_\_\_\_\_, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA,** que pactuam este ato de conformidade com as Cláusulas e condições seguintes:

**Cláusula 1ª - Do Objeto do Contrato**

1.1. Contratação de empresas operadoras de planos de saúde devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para a prestação de assistência médico-hospitalar e ambulatorial, com obstetrícia, para atendimentos de rotina, urgências ou emergências aos servidores ativos e inativos, pensionistas, comissionados, agentes políticos, estagiários e menores aprendizes, da Câmara Municipal de Quirinópolis e seus dependentes, com cobertura, em todo território nacional, conforme estabelecido na Lei Federal nº 9.656/98.

1.2. Fazem parte integrante deste contrato, para todos os fins de direito, independentemente da transcrição, e obrigando as partes em todos os seus termos, os seguintes documentos:

a) Edital de Chamamento Público nº 003/2021 e seus anexos;

b) Proposta da Contratada.

**Cláusula 2ª - Das Obrigações**

2.1. Constitui obrigações da **CONTRATANTE**, com amparo na Lei Federal nº 8.666/93:

a) colocar à disposição das operadoras 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 às operadoras 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 das operadoras o acesso às dependências da Câmara Municipal, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;

d) acompanhar e fiscalizar a execução dos Termos de Acordos, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento;

e) acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes;

f) realizar o repasse dos pagamentos, na forma especificada no item 16, do Termo de Referência.

2.2. Constitui obrigações da **CONTRATADA**:

a) orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas na legislação de Saúde Suplementar e as do Termo de Acordo;

b) exigir dos beneficiários documento que comprove seu vínculo junto à Câmara Municipal de Quirinópolis e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;

c) efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;

d) informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados;

e) elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;

f) executar, quando solicitado pela Câmara Municipal de Quirinópolis, ações de saúde preventiva, bem como de qualidade de vida dos servidores e de seus dependentes, sem ônus financeiro para o órgão público;

g) disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;

h) comunicar, com antecedência mínima de 30 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;

i) proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a RN ANS 255/2011;

j) enviar ao Departamento de Recursos Humanos da Câmara, até o dia 10 (dez) de cada mês, relatório contendo nome do beneficiário titular, CPF, valor total por beneficiário titular, já incluídos os valores dos seus dependentes, para consignação em folha de pagamento.

k) enviar a Nota Fiscal e boleto bancário juntamente com relatório detalhado de gastos por beneficiário (titular e dependentes) ao Departamento de Recursos Humanos da Câmara, até o dia 10 (dez) de cada mês.

l) cumprir os dispositivos da Lei Federal nº 9.656/98, da Resolução Normativa nº. 428, de 07 de novembro de 2017; da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13/08/09); e demais normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

m) 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;

n) 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;

o) zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados;

p) não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência da prestação de serviços;

q) fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, a 1ª via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;

r) fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa 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 contratadas);

s) manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios;

t) fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários;

u) 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;

v) manter durante a execução do contrato todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;

w) todas e demais obrigações constantes do Termo de Referência do Edital de Chamamento Público nº 03/2021, que integra a presente contratação.

**Cláusula 3ª - Do Preço e Condições de Pagamento**

3.1. O pagamento será subtraído da remuneração/subsídio do beneficiário titular, por meio de desconto em folha de pagamento, e repassado deste às empresas credenciadas operadoras de planos de saúde, ou seja, no regime de pré-pagamento pelo usuário a Câmara e deste às empresas credenciadas, como pós-pagamento.

3.2. A Câmara Municipal se responsabiliza pelo repasse dos pagamentos dos beneficiários titulares às entidades operadoras de planos de saúde credenciadas e contratadas, enquanto vigente o contrato de fornecimento e mantido o vínculo por relação empregatícia ou estatutária daqueles com esta edilidade.

3.3. O interessado em aderir ao plano de saúde coletivo poderá, mediante autorização expressa, haver consignação na forma de desconto em folha de pagamento em favor da operadora de plano de saúde, no limite máximo de até 30% (trinta por cento) de sua remuneração/subsídio mensal.

3.4. Quando o benificiário titular solicitar o cancelamento de sua inscrição no Plano de Saúde da Câmara, será exigida, nessa hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou participação.

**Cláusula 4ª – Da vigência e do reajuste**

4.1. O prazo de vigência do credenciamento será de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, a critério da administração, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme o disposto no inciso II do art. 57 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

4.2. Observando o disposto na Resolução Normativa ANS nº 309, de 24/10/2012 e demais normas em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários da Câmara Municipal de Quirinópolis poderão ser objeto de reajuste, 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 a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

4.3. Além do reajuste anual, o valor das mensalidades também sofrerá alteração por mudança de faixa etária do beneficiário, conforme previsto neste instrumento contratual.

**Cláusula 5ª – Da dotação orçamentária**

5.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes da Câmara Municipal de Quirinópolis a ser repassado diretamente para as operadoras credenciadas e contratadas, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do beneficiário titular, mediante consignação em folha.

**Cláusula 6ª - Das Sanções**

6.1. Pela inexecução total ou parcial do presente Contrato a **CONTRATANTE** poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à **CONTRATADA** as seguintes sanções, na forma dos artigos 86 e 87 da Lei Federal 8.666/93:

a) advertência formal sempre que forem observadas irregularidades de pequena monta para os quais tenha concorrido;

b) multa moratória diária de 0,5% (meio por cento) sobre o valor da obrigação inadimplida, pelo atraso injustificado na execução de qualquer obrigação contratual ou legal, podendo esse valor ser abatido no pagamento a que fizer jus a **CONTRATADA**, ou ainda, quando for o caso, cobrado judicialmente;

c) multa compensatória de 20% (vinte por cento) sobre o valor da obrigação inadimplida, por inexecução total ou parcial da obrigação contratual ou legal ou não sendo possível determinar esse valor, sobre o valor total do Contrato, podendo esse valor ser abatido do pagamento a que fizer jus a CONTRATADA, ou cobrado judicialmente;

d) suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a **CONTRATANTE**, por prazo não superior a 02 (dois) anos;

e) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a **CONTRATADA** ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base na alínea “d”.

6.2. As multas aplicadas após regular processo administrativo poderão ser descontadas do pagamento a ser feito à **CONTRATADA**.

6.3. A aplicação das multas independe da aplicação das demais sanções.

6.4. As multas não impedem que a **CONTRATANTE** rescinda unilateralmente o presente Contrato e aplique as outras sanções previstas nos artigos 81, 86 e 87 da Lei Federal 8.666/93.

6.5. A Câmara Municipal poderá aplicar as demais penalidades previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil.

6.6. As sanções previstas nas alíneas “a”, “b”, “d” e “e”, do item 6.1., poderão ser aplicadas juntamente com a da alínea “c”, facultada a defesa prévia do interessado, no processo, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, na forma do § 1º do art. 86 e do § 2º do art. 87, ambos da Lei de Licitações.

**Cláusula 7ª - Da Rescisão**

7.1. Sem prejuízo das demais sanções, ficará o presente Contrato rescindido, mediante formalização, em regular processo Administrativo, assegurado o contraditório e a ampla defesa, nos seguintes casos, atendido o disposto nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/93:

I - atraso injustificado, a juízo da Administração, na execução dos serviços contratados;

II - não cumprimento ou cumprimento irregular de cláusulas contratuais;

III - paralisação do objeto sem justa causa ou sem a prévia comunicação à Administração;

IV - subcontratação, total do objeto este Contrato, ou parcial, sem prévia autorização da **CONTRATANTE**, associação da **CONTRATADA** com outrem, a cessão ou transferência total ou parcial, bem como a fusão, cisão ou incorporação, que afetem a boa execução do presente contrato;

V - descumprimento das determinações regulares da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar a execução deste Contrato, assim como a de seus superiores;

VI - cometimento reiterado de faltas na execução do Contrato, anotadas nas formas estabelecidas neste Contrato;

VII - decretação de falência ou instauração de insolvência civil;

VIII - dissolução da empresa;

IX - alteração social ou a modificação da finalidade ou estrutura da empresa que, a juízo da Administração, prejudiquem a execução deste Contrato;

X - razões de interesse público de alta relevância e amplo conhecimento, justificados e determinados pela máxima autoridade da esfera administrativa a que está subordinada a **CONTRATANTE** e exaradas no processo administrativo a que se refere o Contrato; e

XI - ocorrência de caso fortuito ou força maior, regularmente comprovada, impeditiva a execução deste Contrato.

7.2. A parte que der causa ao rompimento sem justo motivo, do presente contrato indenizará a outra na quantia equivalente a 10 % (dez por cento) do valor global do presente contrato, incluindo o montante das parcelas vincendas e das parcelas vencidas, porventura não pagas, do contrato, até a data da formalização da ruptura, observando as disposições contidas no art. 77 da Lei Federal nº 8.666/93, bem assim a legislação vigente aplicável à matéria posta.

**Cláusula 8ª - Do Foro**

8.1. Fica eleito o foro da Comarca de Quirinópolis - Goiás, para dirimir qualquer controvérsia inerente a este contrato, desistindo-se de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Assim, por estarem justos e contratados, assinam o presente em três vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas.

Quirinópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ de 2021.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Câmara Municipal de Quirinópolis  **FERNANDO MENDES NOVAIS**  Presidente da Câmara  **Contratante** | |  | Empresa  **Contratada**  P U B L I C A D O  PLACAR  Câmara Municipal de Quirinópolis  Em \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Secretária da Câmara Municipal |
|  |

**Testemunha 1º:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2º:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. EMENTA: CONSULTA. PARTICIPAÇÃO EM LICITAÇÃO E CONTRATAÇÃO COM MUNICÍPIO HAVENDO VÍNCULO DE PARENTESCO COM AGENTE PÚBLICO. IMPOSSIBILIDADE. Vedação a parentes (ou empresas de propriedade de parentes) de agente político ou ocupantes de cargos de direção e chefia e membros da comissão de licitação do órgão ou entidade licitante ou contratante, em vista dos princípios da isonomia, impessoalidade e moralidade e disposições no art. 9º, III, §§ 3º e 4º c/c art. 3º, da Lei 8.666/93, sendo as excepcionalidades avaliadas no caso concreto. (TCM/GO, AC nº 00002/2018 – Processo nº 00679/17, Relator: Conselheiro Substituto Vasco C. A. Jambo, data: 28.03.2018, publicação DOC: 954, de 03.04.2018. p. 30) [↑](#footnote-ref-1)