PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
ESTADO DE MINAS GERAIS

Of. nº 088 / GABI / 2023

Ponte Nova, 23 de fevereiro de 2023.

À Sua Excelência o Senhor
Dr. Wellerson Mayrink de Paula
Presidente da Câmara Municipal de Ponte Nova
Ponte Nova – MG

Assunto: Resposta aos ofícios 21 e 40/2023/SAPL/DG, referente ao PL nº 3.982/2022.

Senhor Presidente,

Em atenção aos ofícios 0021 e 0040/2023/SAPL/DG, solicitando informações acerca do PL nº 3.982/2023, informamos:

Quesito 1 - A contratação do Plano de Saúde será de maneira independente, obedecendo a autonomia do Executivo e de sua Autarquia, entretanto, sempre visando a equiparação da oferta, obedecendo a isonomia entre os servidores.

Assim, propomos as seguintes emendas:

Alteração dos seguintes artigos

Art. 1º Fica a Administração Pública Municipal Direta e Indireta autorizada a custear parcialmente plano de saúde de assistência médico-hospitalar complementar, para atender os servidores municipais.

Parágrafo único: o beneficio abrange a todos os servidores da Administração Pública Direta e sua Autarquia, seja efetivos ativos, o contratado por prazo determinado, detentor de cargo de provimento, em comissão e os secretários municipais.

Art. 2º A Administração Pública Municipal Direta e Indireta de Ponte Nova participará conjuntamente com os beneficiários para o custeio do plano de saúde.
Parágrafo único. A colaboração da Administração Pública Municipal Direta e Indireta de Ponte Nova constituirá no pagamento de 20% (vinte por cento) do valor do plano de saúde.

Art. 3º A adesão do servidor público ao plano de saúde a ser contratado é facultativa.
***Parágrafo único.** O servidor público interessado em aderir ao plano de saúde contratado pela Administração Pública Municipal Direta e Indireta arcará com*

80% (oitenta por cento) do valor do plano de saúde, ficando autorizado o desconto em folha de pagamento.

Quesito 2 – O Projeto permite que o valor a ser custeado pelo servidor poderá ser descontado em folha, dentro do limite de 30% da remuneração, sendo observado o limite máximo de 70% da remuneração do Servidor, conforme entendimento de nossos Tribunais.

Quesito 3 – Conforme a proposta de emenda acima, o benefício será concedido a todos os servidores, incluindo contratados e secretários municipais e equiparados.

Quesito 4 – O Projeto de Lei visa contemplar os seguintes dependentes dos servidores:
a) Cônjuge ou companheiro, havendo união estável, nos termos estabelecidos no Código Civil Brasileiro;
b) Ex-cônjuge, por determinação judicial, sem eventual concorrência com o cônjuge ou companheiro;
c) Filhos, adotivos ou não, solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos;
d) Enteados solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos;
e) Netos solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos.

Quesito 5 – O Servidor perderá o benefício em caso de inadimplência de uma parcela, após devidamente notificado a recolher aos cofres públicos o valor a título de reembolso ou pelo encerramento de vínculo mediante exoneração ou demissão, caracteriza o imediato cancelamento do plano.

Solicita-se pelas peculiaridades, que sejam regularizadas tais hipóteses por meio de regulamento.

Quesito 6 – Na hipótese de estar o servidor sob a tutela da autarquia previdenciária, o Município arcará com as parcelas e notificará o servidor para fins de reembolso ao Erário, dentro do prazo de 15 (quinze) dias mediante guia avulsa.

Caso entendam necessário agendamento de reunião objetivando maiores esclarecimentos ou sugestões ao PL, estamos à disposição.

Atenciosamente,

Wagner Mol Guimarães
Prefeito Municipal

Câmara Municipal de Ponte Nova (MG)
PROTOCOLO GERAL 163/2023
Data: 24/02/2023 - Horário: 13:54
Administrativo

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
ESTADO DE MINAS GERAIS

DIVISÃO DE LICITAÇÕES

01

Nos termos do artigo 38 da lei 8.666/93, autuei o presente processo. Ponte Nova, 27 / 07 /2022

Nome/Assinatura:

Processo Nº: 123/2022

Modalidade: Inexigibilidade

Nº: 030/2022 [ ]

VOLUME 01 DE _____.

CONTENDO _____ FOLHAS.

Objeto: Credenciamento para contratação de empresas operadoras de Plano de Saúde.

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Secretaria	Ficha	Secretaria	Ficha	Secretaria	Ficha

FASES DO PROCESSO

1 - [ ] Edital

2 - [ ] Publicação do Edital/Envio dos Convites

3 - [ ] Abertura de Documentação

4 - [ ] Recurso da Habilitação

5 - [ ] Abertura de Propostas

6 - [ ] Recurso de Classificação

7 - [ ] Ata de Reunião

8 - [ ] Parecer Jurídico

9 - [ ] Adjudicação

10- [ ] Homologação ou [ ] Cancelam/Revogação

CONTRATOS

Contratado	Data do Contrato	Data da Publicação
	___/___/____	___/___/____
	___/___/____	___/___/____
	___/___/____	___/___/____
	___/___/____	___/___/____

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
ESTADO DE MINAS GERAIS

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 02 -PM-PN-

SOLICITAÇÃO

De: Secretaria Municipal de Governo

Para: Gabinete do Prefeito

Assunto: Solicitação de contratação por credenciamento de operadoras de Plano de Saúde.

Senhor Prefeito,

Venho por meio desta solicitar autorização para contratação, por credenciamento de empresas operadoras de plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência a saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência a Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura asssistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, sendo que os procedimentos em urgência e emergência terão cobertura em todo o território nacional, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.

A contratação se dará por credenciamento tendo em vista a possibilidade de que seja firmado o contrato com o maior número possível de administradoras de beneficios interessadas inviabilizando a competição e tornando fática a inexigibilidade da licitação, nos termos do art. 25, caput, da Lei nº 8.666/1993.

Importante destacar que foi realizada ampla pesquisa de mercado, optando por utilizar como valor de referência o menor valor apresentado.

Como ação preventiva e com foco na qualidade de vida do servidor, é determinante possibilitar o acesso à assistência à saúde sempre que necessário.

Ponte Nova, 26 de julho de 2022.

Fernando Antônio de Andrade
Secretário Municipal de Governo

Fernando Antônio de Andrade
Secretário Municipal de Governo
CPF [redacted]472.786[redacted]

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
ESTADO DE MINAS GERAIS

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 03 PM-PN-

PROJETO BÁSICO

1 OBJETO

1.1 O presente projeto básico tem por objeto a **contratação através de credenciamento** de empresas operadoras de plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência a saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência a Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura asssistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, sendo que os procedimentos em urgência e emergência terão cobertura em todo o território nacional, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.

2 JUSTIFICATIVA

Como ação preventiva e com foco na qualidade de vida do servidor, é determinante possibilitar o acesso à assistência à saúde sempre que necessário. A Saúde Suplementar no Brasil oferece assistência médica e hospitalar privada através das Operadoras de Planos de Saúde.

O credenciamento caberá quando a Administração Pública estiver disposta a celebrar contrato com todas as entidades que demonstrarem interesse em executar objeto por ela delimitado, sem que a escolha de uma entidade privada implique em prejuízo de outra(s).

A possibilidade de que seja firmado o contrato com o maior número possível de administradoras de beneficios interessadas inviabiliza a competição, tornando fática a inexigibilidade da licitação, nos termos do art. 25, caput, da Lei nº 8.666/1993.

Este credenciamento pretende disponibilizar aos servidores uma maior oferta de planos e programas de assistência à saúde suplementar, por meio das administradoras credenciadas, para que assim sejam obtidas melhores opções na prestação de serviço, aliada à possibilidade de menor custo.

Verificamos que o objeto, sendo ofertado por um maior número de administradoras de plano

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 04 PMPN

de saúde, representará um ganho para os servidores do municipo de Ponte Nova, pois abrirá diversidade de opções de escolha de planos de saúde de assistência suplementar médica. Por isso, o credenciamento visa garantir a igualdade de condições entre os interessados habilitados a firmar o contrato, não se falando em competição para a escolha da melhor proposta através de procedimento licitatório, uma vez que, de acordo com os critérios objetivos, haverá a garantia da impessoalidade para a convocação de todos os habilitados a fim de formalizarem o contrato.

Por fim, evidenciamos que o objeto será melhor atendido pela contratação do maior número de interessados habilitados possível, sendo legítimo promover chamamento público para credenciamento, restando comprovada a inviabilidade de competição para a contratação do objeto, tendo em vista que a necessidade da Administração ficaria restrita e limitada com a contratação de apenas uma administradora habilitada em concorrência por meio de procedimento licitatório.

3 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

3.1 Lei nº 8.666/93, art. 25;

3.2 Parecer nº 07/2013/CPLC/DEPCONSU/PGF/AGU;

3.3 Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;

3.4 Resolução Normativa ANS – nº 465, de 24 de fevereiro de 2021;

3.5 Resolução Normativa ANS – nº 195, de 14 de julho de 2009.

4 DA CONCEITUAÇÃO

4.1 Para fins deste documento, considera-se:

USUÁRIOS - os inscritos no Plano de Assistência à Saúde dos Servidores, na condição de beneficiários ativos e dependentes.

BENEFICIÁRIO TITULAR – membros e servidores efetivos ativos, os ocupantes de cargos comissionados, os contratados e os agentes políticos do Município de Ponte Nova/MG.

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – grupo familiar do Beneficiário Titular, na forma da Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações.

REDE CREDENCIADA – hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores pela Credenciada, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE – no mínimo: Ponte Nova e Região, em caráter eletivo, urgência e emergência, sendo que os procedimentos em urgência e emergência terão cobertura em todo o território nacional.

OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE – empresa responsável pela

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 05 PM-PN-

prestação de assistência médica, ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêuticana internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Nacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, e atendimentos médico - hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 dejunho de 1998 e demais resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros(as) profissionais/instituições.

TIPOS DE PLANOS – a Operadora de Plano de Saúde credenciada deverá oferecer plano de saúde na modalidade com e sem obstetrícia, ambos na modalidade co-participativa em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

PLANO COM OBSTETRÍCIA - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria com no máximo 2 (dois) leitos.

UTI MÓVEL – compreende a prestação de assistência de Pronto Socorro Móvel de Emergência Médica, para os dois tipos de planos, na forma disciplinada neste Termo de Referência.

REMOÇÃO - deslocamento dos usuários para o atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Termo de Referência, de acordo com a Resolução Normativa da ANS nº 259/2011, para garantir os prazos máximos de atendimento.

TERMO DE ADESÃO – termo que formaliza a adesão do servidor ao Termo de Credenciamento firmado entre a Prefeitura de Ponte Nova, gestor do Plano de Assistência à Saúde e a Operadora do Plano de Saúde.

CO-PARTICIPAÇÃO – é o valor que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

5 DOS BENEFICIÁRIOS

5.1 São considerados beneficiários titulares membros e servidores efetivos ativos, os ocupantes de cargos comissionados e os contratados do Município de Ponte Nova/MG.

5.2 São considerados beneficiários dependentes dos servidores:

3.2.1 o cônjuge ou companheiro e os filhos, de qualquer condição, inclusive os enteados até vinte e um anos de idade ou, se estudante universitário, até os vinte e quatro anos de idade, ou, se inválido, de qualquer idade;

3.2.2 o menor de vinte e um anos que, mediante autorização judicial, viver na companhia e às

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 06 PMPN

expensas do servidor;

3.2.3 a mãe ou o pai inválido sem economia própria;

3.3 Considera-se, para fins deste edital, companheira ou companheiro a pessoa que, sem ser casada, mantém união estável com o segurado ou com a segurada.

6 RELAÇÃO DE SERVIDORES POR FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETARIA	QUANTIDADE DE SERVIDORES
0-18	0
19-23	33
24-28	102
29-33	227
34-38	275
39-43	401
44-48	336
49-53	270
54-58	244
>59	224
Total	**2112**

6.1 A proposta do CREDENCIANTE deverá observar os valores máximos apresentados nas tabelas abaixo, sendo permitida a apresentação de preços menores:

PLANO – AMBULATORIAL/ HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA - ENFERMARIA		
FAIXA ETÁRIA		VALOR
1	0-18	69,17
2	19-23	89,93
3	24-28	99,82
4	29-33	112,80
5	34-38	126,33
6	39-43	142,75
7	44-48	169,87
8	49-53	236,12
9	54-58	304,60
10	>59	414,26

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 07 PMPN

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
Consulta Eletiva	50% (R$45,00)
Exames / Terapias / Outros atendimentos ambulatoriais	20%
Franquia Internação Enfermaria	R$ 00,00

6.2 Os procedimentos ambulatoriais em regime eletivo já inclusos todas as despesas como honorários, taxas, diárias, medicamentos e quaisquer outros gastos serão pagos de acordo com a Tabela CBHPM.

6.3 O valor a ser pago pelos beneficiários pelos exames laboratoriais e exames de média e alta complexidade será pela Tabela AMB/92, sendo o valor do CH R$ 0,24 (vinte e quatro centavos).

6.4 Não serão admitidas cobranças de taxas adicionais seja a que título for.

7 CO-PARTICIPAÇÃO NOS CUSTEIOS DOS SERVIÇOS

7.1 A co-participação é de inteira responsabilidade do beneficiário titular e será paga ao Plano de Saúde.

7.2 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.

7.3 A participação no custo dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, autorização de débito em conta corrente, ou boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.

7.4 Quando o beneficiário titular solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde a que estiver vinculado, será exigida, nessa hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou participação.

8 DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

8.1 A inclusão de beneficiários no Plano de Saúde far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa perante o Plano de Assistência a Saúde dos Servidores.

8.2 É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário do Plano de Saúde de que trata este objeto.

8.3 O Beneficiário Titular disporá do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação do Plano de Saúde, para solicitar as suas adesões e dos seus dependentes, se for o caso, no Plano de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após esse prazo os beneficiários cumprirão as carências determinadas pela ANS.

8.4 O Beneficiário Titular que ingressar na Prefeitura Municípal de Ponte Nova/MG após 30

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 08 PMPN

(trinta) dias da 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, isentos de carência para usufruir dos serviços abrangidos. Após esse prazo, o beneficiário deve cumprir as carências determinadas pela ANS.

8.5 Em caso de pluralidade de empresas credenciadas, o beneficiário que desejar migrar de um plano para outro, será isento de carência, desde que, tenham cumprido todos os requisitos do contrato anterior, tendo em vista as regras contratuais e da ANS.

8.6 Os dependentes que adquirirem essa condição por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade após a inclusão inicial de membros e servidores ativos terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no Plano de Assistência à Saúde, sob pena do cumprimento da carência determinadas pela ANS.

8.7 Fica sujeita à carência determinadas pela ANS a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo Beneficiário Titular.

8.8 A solicitação de inscrição de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	INICÍO DA VIGÊNCIA
1º ao 20º dia	1º dia do mês subsequente.
21º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente.

8.9 A solicitação de exclusão de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial.

PERÍODO DE EXCLUSÃO	FIM DE VIGÊNCIA
1º ao 30º dia	1º dia do mês subsequente.

8.10 Caberá ao Município de Ponte Nova/MG a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos membros e servidores ativos, seus dependentes, indicando a relação de parentesco dos dependentes com o membro ou servidor, quando solicitados pelo Plano de Saúde.

9 DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

9.1 A exclusão do titular no Plano de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique a suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 09 PM-PN-

plano e outras situações previstas em Lei.

9.2 No caso de afastamento legal, o servidor poderá optar por permanecer no Programa de Assistência à Saúde, durante o período do afastamento.

9.3 É de responsabilidade do Beneficiário Titular solicitar, formalmente ao Plano de Assistência a Saúde dos Servidores, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

9.4 Os beneficiários excluídos do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores do Município de Ponte Nova/MG serão responsáveis pela devolução imediata de sua carteira de identificação, as de seus dependentes e as dos demais vinculados, se houver.

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

10 DA CARÊNCIA

10.1 Não poderá ser exigida nenhuma carência para utilização dos benefícios do Plano de Saúde:

10.1.1 dos usuários inscritos na forma regulamentada no item 6;

10.1.2 em situações de urgência ou emergência, ocorridas após o início de vigência da cobertura.

10.1.3 para consultas médicas.

10.2 Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

10.3 Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

11 DA PORTABILIDADE

11.1 A portabilidade se dará de acordo com a norma de vigência estabelecida pela ANS (RNnº 252/2011 e alterações posteriores).

12 DOS BENEFÍCIOS

12.1 As operadoras de planos de saúde credenciadas cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, hospitalares, psiquiátricos e obstétricos, previstos na legislação vigente e conforme o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

13 DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES

13.1 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.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
-PM-PN-

14 DAS URGÊNCIAS E EMÊRGENCIAS

14.1 Atendimentos de Emergência e Urgência nos seguintes casos:

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

14.1.2 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.

14.1.3 É assegurado o atendimento de urgência e emergência, imediatamente a 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, observando-se o seguinte:

14.1.4 O Plano de Saúde deverá garantir cobertura de urgência ou emergência,incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, garantindo cobertura para internação;

14.1.5 Caberá às operadoras de plano de saúde contratadas pela Prefeitura de Ponte Nova 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.

15 DO REEMBOLSO

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

15.1.1 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;

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

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

15.3 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 penade perder o direito ao reembolso.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
11
PM-PN

16 DA REMOÇÃO

16.1 A Operadora de Plano de saúde deverá garantir a remoção do usuário internado de acordo com a solicitação do médico assistente para outro estabelecimento hospitalar dentro do território nacional utilizando para tanto veículo equipado com recursos técnicos que garantam a segurança e conforto ao beneficiário.

16.2 A operadora de Plano de Saúde deverá dispor de serviço 24 (vinte e quatro) horas de ambulância e UTI móvel para atendimento aos beneficiários.

16.3 Caso o beneficiário necessite de transporte aéreo, a operadora do Plano de Saúde deverá dispor de serviço 24 (vinte e quatro) horas de ambulância e UTI móvel para transporte do paciente até o hospital mais próximo onde o serviço de UTI no ar tenha acesso.

17 DAS ACOMODAÇÕES

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

17.1.1 Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria de no máximo 2 (dois) leitos.

17.2 Os planos deverão ser oferecidos na modalidade com a co-participação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

18 REDE CREDENCIADA

18.1 As operadoras de Plano de Saúde contratadas através deste credenciamento deverão oferecer aos servidores do município de Ponte Nova/MG toda sua rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar, com cobertura no minimo regional.

18.2 As Operadoras de Plano de Saúde contratadas através deste credenciamento deverão oferecer 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.

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

19 DAS OBRIGAÇÕES

19.1 São obrigações da Operadora do Plano de Saúde:

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

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 12 PM-PN

b) elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;

c) proteger o sigilo médico dos beneficiários;

d) entregar os documentos comprobatórios dos gastos, as autorizações e listagem por usuário realativo aos procedimentos executados até o dia 25 do mês de competência;

e) Caberá às Operadoras contratadas, além das responsabilidades resultantes do Contrato, cumprir os dispositivos da Lei Federal nº 9.656/98; 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;

f) 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;

g) Promover o reembolso de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial;

h) Promover o reembolso de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial;

i) 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;

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

k) fornecer, gratuitamente, aos usuários, 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 àdisposição dos usuários);

l) manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato;

m) assumir inteira resposabilidade civil, administrativa e penal por quaisquer danos e prejuízos materiais ou pessoais causados pelo contratado, seus empregados ou prepostos, a contratante, seus funcionários e depentendentes ou terceiros, aplicando-se ao presente contrato na Lei n. 8.078/90 e especial os artigos 14 e 20;

n) avisar a contratante qualquer alteração no quadro de profissionais e entidades prestadoras dos serviços;

o) assegurar os direitos e cumprimento de todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da ANS, inclusive quanto aos preços praticados neste contrato;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 13 PM - PN

p) manter durante o período contratual as mesmas condições de habilitação;

q) arcar com o pagamento de todos os encargos fiscais, trabalhistas, previdenciários, fretes, seguros mão-de-obra que incidam sobre os serviços prestados;

r) garantir coberturas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira e as que venham a ser incorporadas;

s) garantir cobertura de quaisquer exames e procedimentos médicos indicados pela Agência nacional de Saúde Suplementar;

t) assegurar o padrão de qualidade que obedeça as normas éticas no tocante ao relacionamento com o paciente e seus familiares, com respeito a sua integridade física e moral e acatamento a seus direitos de modo geral;

19.2. São obrigações da Prefeitura de Ponte Nova, gestor do Plano de Assistência a Saúde do servidor:

a) colocar à disposição da contratada informações e dados cadastrais dos Beneficiários, que não se encontrem resguardados por sigilo;

b) permitir a contratada a divulgação do plano de saúde, junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

c) permitir aos prepostos da contratada o acesso às dependências da Prefeitura de Ponte Nova/MG, 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 contrato;

d) acompanhar e fiscalizar a execução dos Termos de Credenciamento, 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) efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;

20 REQUISITOS TÉCNICOS DE CREDENCIAMENTO

20.1 As empresas interessadas em firmar Termo de Credenciamento com Município de Ponte Nova/MG deverão cumprir as seguintes condições:

20.1.1 Estar devidamente registrada na ANS e possuir autorização de funcionamento;

20.1.2 Comprovar, através de no mínimo 01 (um) atestado de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços compatíveis com o objeto desta licitação;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
14
-PM-PN-

20.1.3 Declarar que dispõe de Rede Credenciada para atender aos beneficiários do Município de Ponte Nova/MG, na forma exigida neste Termo;

20.1.4 Apresentar preços dos planos de saúde incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços;

21 DA VIGENCIA E DO REAJUSTE

21.1 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.

21.2 Os preços propostos não serão reajustados durante o período de 12 (doze) meses, na forma do § 1º do art. 28 da Lei 9.069, de 29 de junho de 1995. Os preços poderão ser alterados após esse período, e a cada 12 (doze) meses, com base no índice divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para reajuste da modalidade coparticipativa e/ou com base na sinistralidade quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento), mediante assinatura de Termo Aditivo contratual.

21.3 Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e o município de Ponte Nova/MG.

22 ALTERAÇÃO SUBJETIVA

22.1 É admissível a fusão, cisão ou incorporação da contratada com/em outra pessoa jurídica, desde que:

22.1.1 Sejam observados pela nova pessoa jurídica todos os requisitos de habilitação exigidos na licitação original;

22.1.2 Sejam mantidas as demais cláusulas e condições do Contrato;

22.1.3 Não haja prejuízo à execução do objeto pactuado e haja a anuência expressa da Administração à continuidade do contrato.

23 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

23.1 Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do município de Ponte Nova/MG a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

23.2 O pagamento será realizado mediante consignação em folha ou autorização de débito na conta corrente indicada no ato de adesão pelo beneficiário, ou mediante boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.

24 DO INÍCIO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 15 -PM-PN-

24.1 Após assinatura do contrato, as empresas têm até 5 (cinco) dias úteis para iniciar o oferecimento da prestação dos serviços aos servidores da Prefeitura de Ponte Nova/MG.

25 DISPOSIÇÕES GERAIS

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

25.2 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.

25.3 A operadora de Plano de Saúde deverá possuir, na data de assinatura do Termo de Credenciamento, Central de Atendimento, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

25.4 As exclusões de usuários do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores serão, tempestivamente, comunicadas a operadora. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva do beneficiário e da Operadora de Plano de Saúde.

25.5 O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde contratada, de acordo com o plano subscrito por ele, 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.

25.6 No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora de Plano de Saúde contratada.

25.7 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.

25.8 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.

25.9 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

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
16
-PM-PN-

ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

25.10 A liberação dos cartões de identificação de usuário deverá ocorrer em até 10 (dez) dias após a adesão ao Plano, porém deverá ser garantido o atendimento do usuário imediatamente após a adesão, de forma que a falta do cartão não lhe implique em prejuízo.

25.11 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.

25.12 No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora de Plano de Saúde contratada.

25.13 Os casos omissos serão dirimidos pela Prefeitura de Ponte Nova em conjunto com a Administradora de Benefícios.

26 DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

26.1 - Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 8.666, de 1993, a Contratada que: Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação; Ensejar o retardamento da execução do objeto; Fraudar na execução do fornecimento; Comportar-se de modo inidôneo; Cometer fraude fiscal; Não mantiver a proposta.

26.2 - A Contratada que cometer qualquer das infrações discriminadas no subitem acima ficará sujeita, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às sanções impostas pelo Decreto Municipal 11.955/2021.

Ponte Nova, 14 de julho de 2022.

Elaborado por,

José Damásio Gomes Junior
Auxiliar Administrativo
(Setor de Compras)

Ratificado por,

Fernando Antônio de Andrade
Secretário Municipal de Governo

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
ESTADO DE MINAS GERAIS

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 17 - P.M. - P.N. -

RELATÓRIO DE PESQUISA DE PREÇOS

O presente relatório é resultado da pesquisa de preços a seguir discriminada, em cumprimento ao determinado na Lei Federal n° 8.666/1993 e demais dispositivos legais, e em conformidadecom a Instrução Normativa nº 73, de 5 de agosto de 2020.

1) OBJETO: Contratação de operadoras de plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência a saúde.

2) PERÍODO DE REALIZAÇÃO: 14/07/2022 a 26/07/2022.

3) METODOLOGIA APLICADA: o valor de referência foi aferido por meio de

( ) Média ( ) Mediana (X) Menor

4) FONTES DE PESQUISA

Foi realizada a pesquisa de preços utilizando os seguintes parâmetros, observado o art. 5ºda IN 73/2020:

(X) II - contratações similares de outros entes públicos, em execução ou concluídos nos 12 meses anteriores à data da pesquisa de preços;

Objeto: **Contratação de operadoras de plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência a saúde.**		
Contratante: **Companhia Docas do Espírito Santo**		
Faixa Etária		**Valor Unitário (R$)**
1	0-18	202,43
2	19-23	253,04
3	24-28	278,34
4	29-33	311,75
5	34-38	358,50
6	39-43	412,28
7	44-48	494,74
8	49-53	628,32
9	54-58	816,82
10	>59	1.208,89

Objeto: **Contratação de operadoras de plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência a saúde.**		
Contratante: **Conselho Regional de Administração da Bahia**		
Faixa Etária		**Valor Unitário (R$)**
1	0-18	347,14

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
18
-PM-PN-

2	19-23	444,36
3	24-28	472,11
4	29-33	485,94
5	34-38	531,08
6	39-43	607,44
7	44-48	850,39
8	49-53	1.138,52
9	54-58	1.277,41
10	>59	2.082,66

Objeto: **Contratação de operadoras de plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência a saúde.**		
Contratante: **Conselho Regional de Biologia 3ª Região RS/SC**		
Faixa Etária		**Valor Unitário (R$)**
1	0-18	369,59
2	19-23	374,69
3	24-28	521,02
4	29-33	672,51
5	34-38	703,70
6	39-43	736,68
7	44-48	905,55
8	49-53	1.040,49
9	54-58	1.285,09
10	>59	2.217,25

Objeto: **Contratação de operadoras de plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência a saúde.**		
Contratante: **Conselho Federal de Contabilidade**		
Faixa Etária		**Valor Unitário (R$)**
1	0-18	330,61
2	19-23	404,68
3	24-28	506,70
4	29-33	559,93
5	34-38	596,40
6	39-43	691,82
7	44-48	827,02
8	49-53	991,85
9	54-58	1.177,55
10	>59	1.893,98

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 19 - PM - PN -

(X) IV - pesquisa com os fornecedores;

Objeto: **Contratação de operadoras de plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência a saúde.**		
Fornecedor: **Unimed Ponte Nova Cooperativa de Trabalho Médico Ltda** CNPJ: 01.012.474/0001-16 Data do orçamento: 18/07/2022		
Faixa Etária		**Valor Unitário (R$)**
1	0-18	93,64
2	19-23	107,64
3	24-28	123,84
4	29-33	142,39
5	34-38	163,73
6	39-43	189,96
7	44-48	229,86
8	49-53	298,83
9	54-58	403,40
10	>59	560,72

Objeto: **Contratação de operadoras de plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência a saúde.**		
Fornecedor: **Qualicorp Administradora de Benefícios S.A.** CNPJ: 07.658.098/0001-18 Data do orçamento: 19/07/2022		
Faixa Etária		**Valor Unitário (R$)**
1	0-18	182,47
2	19-23	215,30
3	24-28	260,52
4	29-33	312,63
5	34-38	356,39
6	39-43	367,08
7	44-48	446,94
8	49-53	525,70
9	54-58	625,58
10	>59	1.094,77

Objeto: **Contratação de operadoras de plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência a saúde.**		
Fornecedor: **Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho** CNPJ: 26.150.979/0001-78 Data do orçamento: 21/07/2022		
Faixa Etária		**Valor Unitário (R$)**
1	0-18	69,17
2	19-23	89,93
3	24-28	99,82

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 20 PM - PN

4	29-33	112,80
5	34-38	126,33
6	39-43	142,75
7	44-48	169,87
8	49-53	236,12
9	54-58	304,60
10	>59	414,26

5) ANÁLISE DA PESQUISA

Após análise detalhada dos preços obtidos, tendo sido priorizado o inciso II e IV como fonte de consulta chegou-se ao:

Preço de Referência		
Faixa Etária		**Valor Unitário (R$)**
1	0-18	69,17
2	19-23	89,93
3	24-28	99,82
4	29-33	112,80
5	34-38	126,33
6	39-43	142,75
7	44-48	169,87
8	49-53	236,12
9	54-58	304,60
10	>59	414,26

6) ANEXOS: A documentação comprobatória que compõe apesquisa de preços, segue anexa a este relatório.

Ponte Nova, 26 de julho de 2022.

José Damásio Gomes Junior
Auxiliar Administrativo
(Setor de Compras)

PREGÃO ELETRÔNICO

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 21

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
SECRETARIA ESPECIAL DE PORTOS
COMPANHIA DOCAS DO ESPÍRITO SANTO

Termo de Homologação do Pregão Eletrônico
Nº 00011/2022

Às 10:50 horas do dia 09 de junho de 2022, após constatada a regularidade dos atos procedimentais, a autoridade competente, Sr. JEAN RICARDO ALVES DUQUE, HOMOLOGA a adjudicação referente ao Processo nº 50904.101217/2021, Pregão nº 00011/2022.

Resultado da Homologação

Item: 1
Descrição: Corretagem - Plano de Saúde
Descrição Complementar: Corretagem - Plano de Saúde Serviços de assistência a saúde, por meio de operadora, seguradora ou administradora de planos de saúde, com rede própria e/ou credenciada, na modalidade de contratação coletivo empresarial, nos termos da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998 e devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS, conforme especificações do Termo de Referência e Anexos.
Tratamento Diferenciado: -
Aplicabilidade Decreto 7174: Não
Aplicabilidade Margem de Preferência: Não
Quantidade: 1
Unidade de fornecimento: UNIDADE
Valor Estimado: R$ 4.828.572,8000
Intervalo Mínimo entre Lances: 0,25 %
Situação: Homologado

Adjudicado para: QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS S.A. **, pelo melhor lance de** R$ 5.404.528,0500 **, com valor negociado a** R$ 4.828.366,9200 .

Eventos do Item

Evento	Data	Nome	Observações
Adjudicado	08/06/2022 10:05:53	-	Adjudicação em grupo da proposta. Fornecedor: QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS S.A., CNPJ/CPF: 07.658.098/0001-18, Melhor lance: R$ 5.404.528,0500, Valor Negociado: R$ 4.828.366,9200
Homologado	09/06/2022 10:50:05	JEAN RICARDO ALVES DUQUE	

Fim do documento

ublico

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
22

São Paulo-SP, 31 de maio de 2022.

À: COMPANHIA DOCAS DO ESPÍRITO SANTO
PREGÃO Nº: EDITAL - CODESA Nº 011/2022 - PLANO DE SAÚDE RETIFICADO/2022
PROCESSO Nº 50904.101217/2021-63
A/C Pregoeiro

1. Considerando a sessão pública realizada no dia 31/05/2022, apresentamos a nossa Proposta para a contratação de empresa especializada para prestação de serviços de assistência à saúde, por meio de operadora, seguradora ou administradora de planos de saúde, com rede própria e/ou credenciada, na modalidade de contratação coletivo empresarial, nos termos da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998 e devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS, conforme especificações do Termo de Referência e Anexos, pelo valor e condições abaixo especificados:

2. Planilha de preços

ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR TOTAL – ITEM 01
01	Contratação de plano saúde privado, na modalidade coletivo empresarial, com custo por faixa etária, mensalidade paritária (EMPRESA X EMPREGADO) pré-fixada, coparticipação, nas condições mínimas estabelecidas no Termo de Referência	R$ 4.828.366,92

2.1 Valor da proposta por extenso: R$ 4.828.366,92 (quatro milhões, oitocentos e vinte e oito mil, trezentos e sessenta e seis reais e noventa e dois centavos)

2.2 Valor da Proposta por faixa etária e coparticipação:

	EMPREGADOS ATIVOS + DEPENDENTES LEGAIS					
Faixa	Titular	Dependente	Total de Beneficiários	Valor Unitário	Valor Mensal	Valor Total Anual
Até 18	0	188	188	R$ 202,43	R$ 38.056,84	R$ 456.682,08
19 – 23	0	29	29	R$ 253,04	R$ 7.338,16	R$ 88.057,92
24 – 28	0	7	7	R$ 278,34	R$ 1.948,38	R$ 23.380,56
29 - 33	4	13	17	R$ 311,75	R$ 5.299,75	R$ 63.597,00
34 - 38	36	32	68	R$ 358,50	R$ 24.378,00	R$ 292.536,00
39 - 43	58	46	104	R$ 412,28	R$ 42.877,12	R$ 514.525,44
44 - 48	44	20	64	R$ 494,74	R$ 31.663,36	R$ 379.960,32
49 - 53	19	11	30	R$ 628,32	R$ 18.849,60	R$ 226.195,20
54 - 58	24	22	46	R$ 816,82	R$ 37.573,72	R$ 450.884,64
59 +	51	31	82	R$ 1.208,89	R$ 99.128,98	R$ 1.189.547,76
Total	**236**	**399**	**635**	-	**R$ 307.113,91**	**R$ 3.685.366,92**
Valor limite de Coparticipação por beneficiário				**R$ 150,00**	**R$ 92.250,00**	**R$ 1.143.000,00**
VALOR ESTIMADO DE CONTRATAÇÃO DO ITEM						**R$ 4.828.366,92**

Este documento foi assinado eletronicamente por Michele Pereira de Oliveira Santos.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://qualicorp.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 9713-9156-867E-B03C.

Este documento foi assinado eletronicamente por Michele Pereira de Oliveira Santos.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://qualicorp.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 9713-9156-867E-B03C.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 23

3. A presente proposta contempla as seguintes especificações técnicas do plano de saúde a ser ofertado

DADOS DA OPERADORA PARCEIRA:

SAMP ESPÍRITO SANTO ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A., inscrita no CNPJ/MF nº: 02.403.281/0001-59 estabelecida na Rua Padre Antonio Ribeiro Pinto, 195 – Salas 301, 401 a 406, 501, 506, 1009, 1010 e Loja 02 - Guizzardi Center, Vitoria - ES, CEP: 29.052-290, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob Nº 34203-3.

a) Registro na ANS: 483.128/19-4
b) Tipo de plano (modalidade): Coletivo Empresarial
c) Segmento Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar, com obstetrícia
d) Acomodação: Quarto Particular (Apartamento)
e) Cobertura: As coberturas previstas na Lei nº 9.656/98 e no Rol de Procedimentos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e as especificações constantes do Termo de Referência anexo ao Edital.
f) Área de Abrangência: Estadual
g) Condições de coparticipação: Conforme tabela a seguir
h) Regras gerais de execução do serviço contratado: As regras gerais de execução serão aquelas estabelecidas no Edital e Anexos.

3.1. CONDIÇÕES DE COPARTICIPAÇÃO:

PROCEDIMENTOS	VALOR DA COPARTICIPAÇÃO
Consultas eletivas	R$ 15,00
Consultas em pronto atendimento	R$ 30,00
Sessões de Fisioterapia	R$ 5,00
Sessões de psicologia, nutrição, fonoaudiologia, acupuntura e terapia ocupacional	R$ 10,00
Procedimentos ambulatoriais tipo I (de R$ 5,00 a R$ 10,99)	R$ 2,50
Procedimentos ambulatoriais tipo II (de R$ 11,00 a R$ 20,99)	R$ 5,00
Procedimentos ambulatoriais tipo III (de R$ 21,00 a R$ 30,99)	R$ 10,00
Procedimentos ambulatoriais tipo IV (de R$ 31,00 a R$ 50,99)	R$ 15,00
Procedimentos ambulatoriais tipo IV (de R$ 51,00 a R$ 100,99)	R$ 25,00
Procedimentos ambulatoriais tipo VI (de R$ 101,00)	R$ 40,00

4. Declaramos que:

a) No preço proposto, estão computados todos os custos necessários para a prestação dos serviços, bem como todos os tributos, fretes, seguros, encargos trabalhistas, comerciais e quaisquer outras despesas que incidam ou venham a incidir sobre o objeto do Edital em referência, e que influenciem na formação dos preços desta proposta;

Este documento foi assinado eletronicamente por Michele Pereira de Oliveira Santos.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://qualicorp.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 9713-9156-867E-B03C.

Este documento foi assinado eletronicamente por Michele Pereira de Oliveira Santos.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://qualicorp.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 9713-9156-867E-B03C.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 24

b) A proponente se obriga a prestar os serviços nos termos do Edital de licitação, entendendo-se como tal, o resultado final obtido na Planilha de Preços, incluídos todos os encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, fiscais, securitários, parcelas ou taxas de administração, lucro, despesas indiretas e eventuais, enfim, todos e quaisquer ônus incidentes sobre os serviços e o respectivo Contrato;

c) O prazo de validade da proposta é de 90 (noventa) dias, contados da data da sua apresentação.

d) Temos conhecimento da Política de Integridade da Codesa, formalizada pela Resolução 42, de 30 de setembro de 2020 que encontra-se disponível no site da Companhia, em www.codesa.gov.br – Transparência – Transparência – Políticas e Práticas de Governança – Política de Integridade ou no seguinte endereço: http://codesa.gov.br/scriptcase/file/doc/codesa_arquivos/RESOLUCAO%20422020(1) ; reforçamos que nossa proposta foi elaborada de maneira independente e que conduzimos nosso negócio de forma a coibir fraudes, corrupção e a prática de quaisquer outros atos lesivos à Administração Pública, nacional ou estrangeira, em atendimento à Lei Federal nº 12.846/2013, comprometendo-se com os mais altos padrões de ética durante o procedimento licitatório bem como todo o período da contratação.

5. Declaramos ainda que:

a) Estamos cientes e concordamos com as condições contidas no edital e seus anexos;

b) Cumprimos plenamente os requisitos de habilitação definidos no Edital e nossa proposta apresentada está em conformidade com as exigências editalícias;

c) Nos preços ofertados estão inclusos todos os custos operacionais, encargos previdenciários, trabalhistas e tributários, comerciais e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente na prestação dos serviços;

d) Os serviços a serem prestados não estão enquadrados na relação do CNAE de que trata a Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011. (desoneração de folha de pagamento);

e) A QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A. não é optante dos benefícios da Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011. (desoneração de folha de pagamento);

f) Na composição de custos da proposta não estão considerados os benefícios da Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011 (desoneração de folha de pagamento).

g) A QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A. não se enquadra em qualquer das situações previstas nos artigos 26 do Regulamento Interno de Licitações e Contratos da Codesa ou 38 Lei nº 13.303/2016, a respeito do cumprimento de sanções administrativas e vínculo com a Codesa.

Este documento foi assinado eletronicamente por Michele Pereira de Oliveira Santos.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://qualicorp.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 9713-9156-867E-B03C.

Este documento foi assinado eletronicamente por Michele Pereira de Oliveira Santos.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://qualicorp.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 9713-9156-867E-B03C.

ublico

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 25

6. Caso nos seja adjudicado o objeto da licitação, comprometemo-nos a assinar o contrato no prazo determinado no Edital, e para esse fim fornecemos os seguintes dados:

DADOS DA EMPRESA

Razão Social: QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.		
CNPJ: 07.658.098/0001-18		
Endereço: Rua Doutor Plínio Barreto, nº 365, parte, Bela Vista		
Cidade: São Paulo	UF: SP	Cep: 01313-020
E-mail: credenciamentos@qualicorp.com.br		Tel/fax: (61) 99190-0202 (61) 99692-8534
Banco: Bradesco	Agência: [redacted]	C/C: [redacted]

DADOS DOS REPRESENTANTES LEGAIS DA EMPRESA

Nome: Michele Pereira de Oliveira Santos	Cargo/Função: Superintendente de Implantação e Relacionamento com Cliente – Segmento Público	
Endereço: [redacted]		
CEP: [redacted]	Cidade: Brasília	UF: DF
CPF: [redacted]222.696[redacted]	RG: [redacted]	Órgão Expedidor: SSP/DF
Naturalidade: Araguari-MG		Nacionalidade: Brasileira

Nome: Luciana Mira Palma	Cargo/Função: Superintendente Jurídico	
Endereço: Avenida José Galante, 290 Apto 174 – Vila Suzana		
CEP: [redacted]	Cidade: São Paulo	UF: SP
CPF: [redacted].431.968-[redacted]	RG: [redacted]	Órgão Expedidor: SSP/SP
Naturalidade: São Paulo/SP		Nacionalidade: Brasileira

DADOS DO RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA EM NOME DA EMPRESA

Nome: Michele Pereira de Oliveira Santos	Cargo/Função: Superintendente de Relacionamento com Cliente – Segmento Público	
Endereço: [redacted]		
CEP: [redacted]	Cidade: Brasília	UF: DF
CPF: [redacted]222.696-[redacted]	RG: [redacted]	Órgão Expedidor: SSP/DF
Naturalidade: Araguari-MG		Nacionalidade: Brasileira

Qualicorp Administradora de Benefícios S.A.
Michele Pereira de Oliveira Santos
Superintendente de Implantação e Relacionamento com Clientes
RG nº [redacted] SSP/DF e CPF Nº [redacted]222.696[redacted]

Mais escolhas para você.
Mais Quali para a sua vida.
qualicorp.com.br

Este documento foi assinado eletronicamente por Michele Pereira de Oliveira Santos.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://qualicorp.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 9713-9156-867E-B03C.

Este documento foi assinado eletronicamente por Michele Pereira de Oliveira Santos.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://qualicorp.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 9713-9156-867E-B03C.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 26

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal de Assinaturas Qualicorp. Para verificar as assinaturas clique no link: https://qualicorp.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/9713-9156-867E-B03C ou vá até o site https://qualicorp.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 9713-9156-867E-B03C

Hash do Documento

F9075CF8C08B86A05430C5473F834DFAF51C724C2022BF7014790C218113775A

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 31/05/2022 é(são) :

☑ Michele Pereira de Oliveira Santos - [redacted]***.***-[redacted] em 31/05/2022 13:43 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Autenticação de conta

Evidências

Client Timestamp Tue May 31 2022 13:43:02 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -15.8008314 Longitude: -47.8821141 Accuracy: 12.99
IP 177.39.96.180
Hash Evidências:
B92FAAB9E6C0B2C41FC7E6A318D9FD724C085BAD92EE39EC9E566C6FB731DB1D

PREGÃO ELETRÔNICO

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 27 PR PN

CONSELHO FEDERAL DE ADMINSITRACAO CFA
Conselho Regional de Administração da Bahia

Termo de Homologação do Pregão Eletrônico
Nº 00003/2022

Às 10:05 horas do dia 02 de junho de 2022, após constatada a regularidade dos atos procedimentais, a autoridade competente, Sr. RAMIRO LUBIAN CARBALHAL, HOMOLOGA a adjudicação referente ao Processo nº 476901001477/2022, Pregão nº 00003/2022.

Resultado da Homologação

Item: 1
Descrição: Assistência Médica - Hospitalar / Domiciliar complementar deSaúde / Convênio
Descrição Complementar: Assistência Médica - Hospitalar / Domiciliar complementar deSaúde / Convênio
Tratamento Diferenciado: -
Aplicabilidade Decreto 7174: Não
Aplicabilidade Margem de Preferência: Não
Quantidade: 1
Unidade de fornecimento: UNIDADE
Valor Estimado: R$ 423.855,9600
Intervalo Mínimo entre Lances: 1,00 %
Situação: Homologado

Adjudicado para: CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL , **pelo melhor lance de** R$ 417.474,2900 , **com valor negociado a** R$ 414.492,3300 .

Eventos do Item

Evento	Data	Nome	Observações
Adjudicado	02/06/2022 09:10:10	-	Adjudicação individual da proposta. Fornecedor: CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL, CNPJ/CPF: 02.812.468/0001-06, Melhor lance: R$ 417.474,2900, Valor Negociado: R$ 414.492,3300
Homologado	02/06/2022 10:05:24	RAMIRO LUBIAN CARBALHAL	

Fim do documento

DocuSign Envelope ID: B37DF59A-739C-43EF-8166-498E6236E051

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
28
PM PN

Central Nacional Unimed
www.centralnacionalunimed.com.br
Alameda Santos, 1826
01418 102 - Cerqueira César - São Paulo - SP

Ao
Conselho Regional de Administração da Bahia – CRA-BA

PREGÃO ELETRÔNICO N. 03/2022 - PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 476901001477/2022-12

Objeto: Contratação de empresa operadora de plano de saúde coletivo empresarial para prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, hospitalar com obstetrícia, ambulatorial e laboratorial para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos e obstétricos, atendimento de urgência e emergência, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico, procedimentos terapêuticos e internações, sem exclusão de doenças e lesões preexistentes ou crônicas, através de plano de saúde, de acordo com a Lei Federal nº 9.656 de 03/06/1998 e suas regulamentações, com cobertura em todo o território nacional, com acomodação em apartamento, para atendimento aos funcionários do CRA-BA, sendo extensível a seus dependentes.

PROPOSTA DE PREÇOS
Conf. Anexo II do Edital

Prezado Sr. Pregoeiro,

Apresentamos a V.Sa. a nossa proposta de preços para o PREGÃO ELETRÔNICO N. 03/2022, conforme a seguir relacionados, discriminados de acordo com Edital e seus anexos.

Faixa Etária	Qtde	Valor Unit.	Valor Mensal	Valor Anual
00 - 18	0	R$ 347,14	R$0,00	R$0,00
19 - 23	1	R$ 444,36	R$444,36	R$5.332,26
24 - 28	1	R$ 472,11	R$472,11	R$5.665,36
29 - 33	2	R$ 485,94	R$971,89	R$11.662,66
34 - 38	7	R$ 531,08	R$3.717,54	R$44.610,49
39 - 43	3	R$ 607,44	R$1.822,33	R$21.867,98
44 - 48	7	R$ 850,39	R$5.952,72	R$71.432,60
49 - 53	2	R$ 1.138,52	R$2.277,04	R$27.324,51
54 - 58	5	R$ 1.277,41	R$6.387,05	R$76.644,60
59 ou +	6	R$ 2.082,66	R$12.495,99	R$149.951,87
Total	**34**		**R$ 34.541,03**	**R$ 414.492,33**

Regras de coparticipação

Consulta eletiva: R$ 25,00.
Consulta P.S.: R$ 50,00.
Exames Grupo 1: 30% do valor da tabela, limitado a R$ 30,00.
Exames Grupo 2: 30% do valor da tabela, limitado a R$ 140,00.
Terapias: R$ 15,00 por sessão.

Válidas para planos Regionais e Nacionais com coparticipação.
Veja alguns exemplos na página 15.

Limitador mensal R$ 200,00 por beneficiário - não cumulativo.

DS EDSA

DS RF

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 29 PM-PN

Central Nacional Unimed
www.centralnacionalunimed.com.br
Alameda Santos, 1826
01418 102 - Cerqueira César - São Paulo - SP

Valor Global para 12 meses (por extenso): Quatrocentos e quatorze mil, quatrocentos e noventa e dois reais e trinta e três centavos.

Registro ANS: 481.002.183 Estilo Nac. Apto. com Copart.

Vigência do contrato: 12 meses, prorrogável até o limite de 60 meses mediante Termo Aditivo

Prazo de validade da proposta: 60 (sessenta) dias a contar da data de sua apresentação.

Declaramos expressamente que, no(s) preço(s) acima ofertado(s), estão inclusos todos os custos indiretos tais como: impostos, taxas, fretes, seguros etc.

Forma/Data de execução/entrega do objeto no prazo, conforme estabelecido no presente Edital.

Estamos de acordo com as demais condições do edital e seus anexos.

Dados da Empresa:
Razão Social: **Central Nacional Unimed - Cooperativa Central**
CNPJ: 02.812.468/0001-06
Inscrição Estadual: isento
Inscrição Municipal: 2.735.686-8
Registro na ANS: 339679
Endereço: Alameda Santos, 1826, Cerqueira César - CEP 01418-102 – São Paulo-SP
Site: www.centralnacionalunimed.com.br

Licitação (correspondências): **Nivia Borges**
Fone: 11 97693-3163
E-mails: nivia.borges@centralnacionalunimed.com.br / vendaslicitacoes@centralnacionalunimed.com.br

Procuradores (Assinatura de Contrato):
Edinaldo de Souza Almeida
Superintendente Comercial
Brasileiro
[redacted]
CPF: [redacted]531.808-[redacted]
RG: [redacted] SSP/SP

Rosimeire Aparecida Franco
Superintendente de Gestão de Pessoas
Brasileira
[redacted]
CPF: [redacted]613.718-[redacted]
RG: [redacted] SSP-SP

Dados Bancários:
Banco: Itaú (No. 341)
Agência: [redacted]
Conta Corrente: [redacted]
Central Nacional Unimed - Cooperativa Central
CNPJ: 02.812.468/0001-06

São Paulo-SP, 01 de junho de 2022.

Atenciosamente,

DocuSigned by:
Edinaldo De Souza Almeida
889B318FB03F4A9...
Edinaldo De Souza Almeida

DocuSigned by:
Rosimeire Franco
ACE552658B8E429...
Rosimeire Franco

PREGÃO ELETRÔNICO

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 30

conselho regional de biologia 3º região - rs/sc

Termo de Homologação do Pregão Eletrônico

Nº 00001/2022

Às 16:09 horas do dia 19 de maio de 2022, após constatada a regularidade dos atos procedimentais, a autoridade competente, Sr. CLARICE LUZ, HOMOLOGA a adjudicação referente ao Processo nº 2021/000213, Pregão nº 00001/2022.

Resultado da Homologação

Item: 1
Descrição: Corretagem - plano de saúde
Descrição Complementar: Corretagem - plano de saúde
Tratamento Diferenciado: -
Aplicabilidade Decreto 7174: Não
Aplicabilidade Margem de Preferência: Não
Quantidade: 1
Unidade de fornecimento: UNIDADE
Valor Estimado: R$ 193.996,6800
Intervalo Mínimo entre Lances: R$ 100,00
Situação: Homologado

Adjudicado para: UNIMED PORTO ALEGRE - COOPERATIVA MEDICA LTDA , **pelo melhor lance de** R$ 282.291,9600 .

Eventos do Item

Evento	Data	Nome	Observações
Adjudicado	13/05/2022 11:04:08	-	Adjudicação individual da proposta. Fornecedor: UNIMED PORTO ALEGRE - COOPERATIVA MEDICA LTDA, CNPJ/CPF: 87.096.616/0001-96, Melhor lance: R$ 282.291,9600, Motivo: Considerando o valor atual do contrato de plano de saúde, tendo o INPC como índice de reajuste e o valor acumulado do mesmo nos últimos 12 (doze) meses, julgo que a proposta encaminhada, mesmo com valor acima do do estimado, pode ser aceita conforme as justificativas da empresa.
Homologado	19/05/2022 16:09:00	CLARICE LUZ	

Fim do documento

DocuSign Envelope ID: BFF4CE07-75F0-4969-A3F2-A1B30D514083

Unimed Porto Alegre
www.unimedpoa.com.br
Av. Venâncio Aires, 1040
Porto Alegre - RS
0800 510 4646

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 31 - PRA - PN -

ANEXO III - PROPOSTA DE PREÇOS

Ofertado ao
CONSELHO REGIONAL DE BIOLOGIA 3ª REGIÃO – RS/SC
AUTARQUIA FEDERAL

Unimed Porto Alegre - Cooperativa Médica Ltda
87.096.616/0001-96
Av. Venâncio Aires 1040, Porto Alegre/RS, CEP 90.040-192

Apresentamos nossa proposta para o fornecimento do objeto deste Pregão **(Pregão Eletrônico 01/2022 - PRA 2021/000213)**, acatando todas as estipulações consignadas, conforme abaixo:

1. Contratação de operadora de plano de saúde para fornecimento de serviços de assistência médica com coparticipação que englobe os segmentos ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e assistencial odontológica por meio de Plano de Saúde Privado Coletivo Empresarial, para quarto semi-privativo (enfermaria), e Plano Odontológico a fim de atender em todo território nacional os empregados do Conselho Regional de Biologia da 3º Região e seus respectivos dependentes, de acordo com as especificações constantes no Anexo I.

2. Quadro resumo da proposta:

Item	Descrição	Valor Global Anual
1	Serviço de Plano de Saúde Médica e Plano Odontológico;	R$ 282.291,96 (Duzentos e oitenta e dois mil, duzentos e noventa e um reais, com noventa e seis centavos)

Valores por faixa etária

Faixa Etária	Número de Usuários (incluindo dependentes)	Valor Total Mensal (plano de assistência médica)	Valor Total Mensal (plano de assistência odontológica)	Valor Total Anual
0-18 anos	8	R$369,59	R$24,00	R$3.148,72
19-23 anos	0	R$374,69	R$24,00	R$0,00
24-28 anos	1	R$521,02	R$24,00	R$545,02
29-33 anos	2	R$672,51	R$24,00	R$1.393,02
34-38 anos	8	R$703,70	R$24,00	R$5.821,60
39-43 anos	7	R$736,68	R$24,00	R$5.324,76
44-48 anos	3	R$905,55	R$24,00	R$2.788,65
49-53 anos	3	R$1.040,49	R$24,00	R$3.193,47
54-58 anos	1	R$1.285,09	R$24,00	R$1.309,09
59-999 anos	0	R$2.217,25	R$24,00	R$0,00
Total	**33**	**Valor Global/Anual**		**R$ 282.291,96**

DocuSign Envelope ID: BFF4CE07-75F0-4969-A3F2-A1B30D514083

Unimed Porto Alegre
www.unimedpoa.com.br
Av. Venâncio Aires, 1040
Porto Alegre - RS
0800 510 4646

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 32 PM - PN

PARTICIPAÇÕES

Atendimento	Percentual de Participação	Valor	Valor da Participação	Observações
Consulta Eletiva	30%	R$113,84	**R$ 45,54**	-
Consulta Urgência e Emergência	30%	R$113,84	**R$ 56,92**	
Consulta Urgência e Emergência entre 19:00h e 07:00h ou sábados, domingos e feriados	30%	R$147,99	**R$ 74,00**	-
Consulta Puericultura - Pediatria	30%	R$211,32	**R$ 84,53**	-
Consultas Psiquiátricas	30%	R$113,84	**R$ 75,13**	-
Sessões de Psicoterapia c/ Psiquiatra	30%	R$113,84	**R$ 75,13**	12 sessões ao ano/beneficiário*
Consultas/Sessões c/ Psicólogo	30%	R$77,65	**R$ 51,25**	24 sessões ao ano/beneficiário*
Consulta de Foniatria	30%	R$113,84	**R$ 75,13**	-
Sessões de Fonoaudiologia	30%	R$77,65	**R$ 51,25**	24 sessões ao ano/beneficiário*
Consulta/Sessão - Terapia Ocupacional	30%	R$77,65	**R$ 51,25**	12 sessões ao ano/beneficiário*
Consulta/Sessão - Nutricionista	30%	R$77,65	**R$ 51,25**	12 sessões ao ano/beneficiário*
Consulta/Sessão - Métodos Especiais	30%	R$90,00	**R$ 27,00**	-
Sessões de Acupuntura	30%	R$121,03	**R$ 48,41**	-
Estimulação Elétrica Transcutânea	30%	R$165,38	**R$ 66,15**	-
Fisioterapia	30%	Conforme solicitação do médico	**Conforme solicitação do médico**	-
Internações Psiquiátricas	30%	Conforme nº de diárias realizadas	**Conforme nº de diárias realizadas**	Participação a partir da 31ª diária
Oxigenoterapia Hiperbárica	30%	Conforme número de sessões	**Conforme número de sessões**	Participação sobre o valor de cada sessão de oxigenoterapia

3. Independentemente da quantidade de vidas indicada no Anexo I desta proposta, os Planos deverão prever a inclusão de vidas excedentes e a exclusão de vidas;

4. Os preços ora propostos incluem todas as despesas diretas, indiretas, impostos, benefícios, tributos, contribuições taxas de inscrição e segunda via de cartão, de modo a se constituírem a contraprestação básica mensal, podendo sofrer variação conforme inclusão/exclusão de beneficiários, bem como havendo coparticipação.

a) Dados cadastrais: Banco 001 – BANCO DO BRASIL Conta [redacted] AGENCIA [redacted]. Representada por Julio Cesar Cavalcante Wilasco , RG [redacted], CPF [redacted]453760-[redacted] telefone 3316 4898 e Tulia Brugali, RG [redacted], CPF [redacted]759580-[redacted], telefone 3316 4898.

b) A apresentação desta proposta implica plena aceitação, por parte deste proponente, das condições estabelecidas no Edital tratado e nos seus Anexos.

c) Validade da proposta: 60 dias corridos, a contar da data de sua apresentação conforme dispõe o art. 64, §3 da lei 8666/93.).

d) Consideramos todos os insumos necessários para a execução do contrato, inclusive aqueles decorrentes de impostos, seguros e encargos sociais;

Porto Alegre, 12 de maio de 2022.

DocuSigned by:
Julio Cesar Cavalcante Wilasco
B32C559FB1EF481...

Julio Cesar Cavalcante Wilasco
Superintendente de Clientes e Mercado

DocuSigned by:
Tulia Brugali
E527285825A842A...

Tulia Brugali
Superintendente de Controladoria e Finanças

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 33 PM-PN

9º TABELIONATO

LIVRO DIGITAL

Nº 877 - PROCURAÇÃO PÚBLICA: - **Saibam** todos quantos esta pública escritura virem que, aos treze dias do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e um (13/09/2021), nesta cidade de Porto Alegre, Capital do Estado do Rio Grande do Sul, neste 9º Tabelionato, como **OUTORGANTE**: **UNIMED PORTO ALEGRE - COOPERATIVA MÉDICA LTDA.**, inscrita no CNPJ sob nº 87.096.616/0001-96, com sede na Avenida Venâncio Aires número 1040, bairro Farroupilha, nesta Capital, neste ato representada por seu Diretor-Presidente **FLÁVIO DA COSTA VIEIRA**, brasileiro, [redacted], médico, inscrito no CPF sob número [redacted]319.600-[redacted], portador da cédula de identidade número [redacted] expedida pela SSP/RS, filho de [redacted] e [redacted], declara que [redacted], residente e domiciliado nesta Capital, na [redacted], bairro [redacted], com endereço eletrônico: flavio.vieira@unimedpoa.com.br; e por seu Diretor Vice-Presidente **ALEXEI EDUARDO GOBBI**, brasileiro, [redacted], médico, inscrito no CPF sob número [redacted]469.740-[redacted] portador da cédula de identidade número [redacted], expedida pela SSP/RS, filho de [redacted] e [redacted], residente e domiciliado nesta Capital, na [redacted], bairro [redacted] com endereço eletrônico: alexei.gobbi@unimedpoa.com.br; cujos documentos comprobatórios da representação legal, ficam arquivados nestas notas, no Livro de Registro de Representações Legais, número 196, às folhas 7 a 18, sob número de ordem 5.170. **Fizeram-se presentes nos termos do Provimento 100/2020 do CNJ**. Reconhecida como a própria e capaz para este ato, por mim, Escrevente Autorizada, que dou fé, conforme documento de identidade apresentado. Então, pela outorgante, me foi dito que, pela presente escritura e na melhor forma de direito, nomeia e constitui seus bastantes procuradores os **OUTORGADOS: GLAUCO SAMUEL CHAGAS**, brasileiro, [redacted] administrador, inscrito no CPF sob número [redacted]316.659-[redacted], portador da cédula de identidade número [redacted], expedida pela SSP/RS, filho de [redacted] e [redacted], residente e domiciliado nesta Capital, na [redacted] bairro [redacted], com endereço eletrônico: glauco.chagas@unimedpoa.com.br; **JULIO CESAR CAVALCANTE WILASCO**, brasileiro, [redacted] superintendência de clientes e mercado, inscrito no CPF sob número [redacted]453.760-[redacted], portador da cédula de identidade número [redacted] expedida pela SSP/RS, residente e domiciliado nesta Capital, na [redacted] bairro [redacted], com endereço eletrônico: julio.wilasco@unimedpoa.com.br; **ROSANGELA SILVEIRA D'AVILA**, brasileira, divorciada, médica, inscrita no CPF sob número [redacted]090.490-[redacted]

Esse documento foi assinado por FLAVIO DA COSTA VIEIRA, ALEXEI EDUARDO GOBBI e THAIS CRISTINA CEOLIN DA SILVA
Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://assinatura.e-notariado.org.br/validate e informe o código FRFH5-PDM29-JVQJ5-XTHAW

portadora da cédula de identidade número [redacted], expedida pela SSP/RS, filha de [redacted] e [redacted], residente e domiciliada nesta Capital, na [redacted], bairro [redacted], com endereço eletrônico: rosangela.davila@unimedpoa.com.br; e **TULIA BRUGALI**, brasileira, [redacted] administradora, inscrita no CPF sob número [redacted]759.580-[redacted], portadora da cédula de identidade número [redacted] expedida pela SSP/RS, residente e domiciliada na cidade de São Paulo/SP, na [redacted] bairro [redacted] com endereço eletrônico: tulia.brugali@unimedpoa.com.br; **PODERES OUTORGADOS**: Pela outorgante, me foi dito que, confere poderes especiais para, agirem da seguinte forma: **a)** a outorgada ROSÂNGELA SILVEIRA D'AVILA, poderá agir em conjunto com TULIA BRUGALI e/ou GLAUCO SAMUEL CHAGAS; **b)** o outorgado JULIO CESAR CAVALCANTE WILASCO, poderá agir em conjunto com TULIA BRUGALI e/ou GLAUCO SAMUEL CHAGAS, e **c)** os outorgados TULIA BRUGALI e/ou GLAUCO SAMUEL CHAGAS, poderão agir em conjunto entre si, sendo que os outorgados ROSÂNGELA SILVEIRA D'AVILA e JULIO CESAR CAVALCANTE WILASCO, não poderão agir em conjunto entre si; para o fim especial de promover a participação da outorgante em licitações públicas, concordar com todos os seus termos, assistir a abertura de propostas; interpor impugnação, reclamações, protestos; prestar cauções, levantá-las, receber as importâncias caucionadas ou depositadas; transigir, desistir e praticar todos os atos necessários ao cumprimento do presente mandato; constituir procurador *"ad judicia"* e substabelecer, com ou sem reserva de poderes, podendo ainda, apresentar Documentos de Identificação, Documentos de Habilitação (quando for o caso) e Propostas Financeiras, passar recibo, rubricar documentos, assinar lista de presença e atas, abrir mão de prazo recursal, interpor recursos e impugná-los, ter vista dos autos, assinar documentos de identificação, documentos de habilitação, propostas financeiras, inclusive todos os demais documentos concernentes aos poderes mencionados no presente instrumento, praticando todos os atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato; **VEDADO O SUBSTABELECIMENTO**; **VIGÊNCIA** - A presente procuração terá prazo indeterminado; (LAVRADA CONFORME MINUTA APRESENTADA); **DISPOSIÇÕES FINAIS** - Os nomes, dados e os elementos relativos ao objeto do presente instrumento, foram fornecidos e confirmados pelas partes, as quais por eles se responsabilizam, reservando-se o Ofício o direito de não corrigir erros daí advindos. E, de como assim o disse, me pediu esta escritura em notas, a qual lhe sendo lida, achou-a em tudo conforme, aceita, ratifica, outorga e assina. Eu, THAIS CRISTINA CEOLIN DA SILVA,

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 34 CPM-PMPA

Esse documento foi assinado por FLAVIO DA COSTA VIEIRA, ALEXEI EDUARDO GOBBI e THAIS CRISTINA CEOLIN DA SILVA
Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://assinatura.e-notariado.org.br/validate e informe o código FRFH5-PDM29-JVQJ5-XTHAW

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 35 PM-PN

9º TABELIONATO

LIVRO DIGITAL

Escrevente Autorizada, a fiz digitar dou fé e assino. A usuária pagou os seguintes valores: Procuração: R$ 78,50 (0462.04.2100002.03144 = R$ 3,30); Processamento eletrônico: R$ 5,30 (0462.01.2100002.01768 = R$ 1,40) Consulte a autenticidade deste ato acessando o Site **https://www.nonotabelionato.com.br/** informando a chave de acesso **83AYDC2B3** e o validador **974**.

Assinado digitalmente por:
FLAVIO DA COSTA VIEIRA
CPF: [redacted].319.600-[redacted]
Certificado emitido por AC SAFEWEB RFB v5
Data: 13/09/2021 12:00:42 -03:00

Assinado digitalmente por:
ALEXEI EDUARDO GOBBI
CPF: [redacted]469.740-[redacted]
Certificado emitido por AC SAFEWEB RFB v5
Data: 13/09/2021 12:06:17 -03:00

Colégio Notarial do Brasil

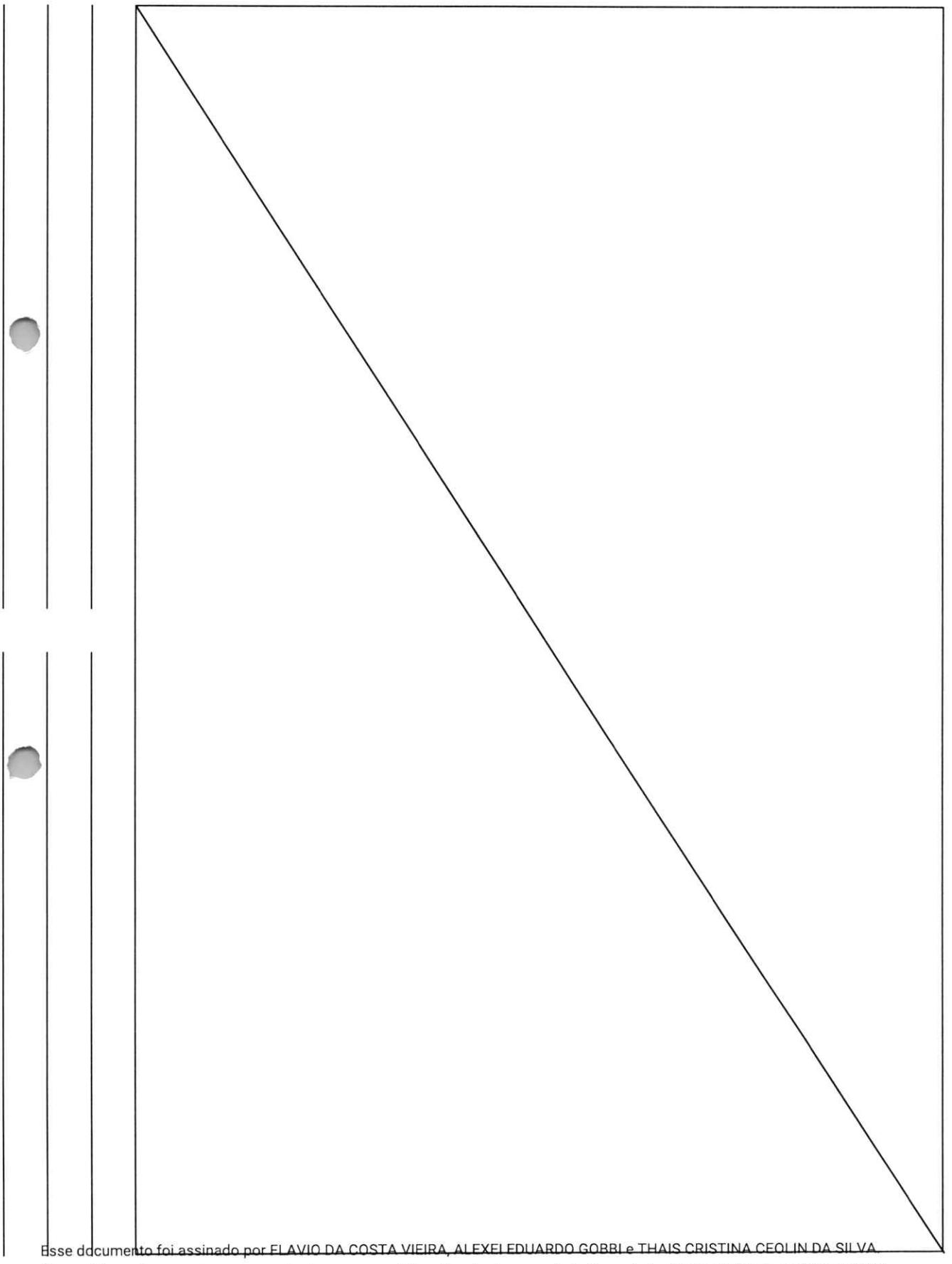
Colégio Notarial do Brasil

Assinado digitalmente por:
THAIS CRISTINA CEOLIN DA SILVA
CPF: [redacted]189.350-[redacted]
Certificado emitido por AC Certisign RFB G5
Data: 13/09/2021 12:20:40 -03:00

Colégio Notarial do Brasil

A consulta estará disponível em até 24h
no site do Tribunal de Justiça do RS
http://go.tjrs.jus.br/selodigital/consulta
Chave de autenticidade para consulta
098764 51 2021 00127709 98

Esse documento foi assinado por FLAVIO DA COSTA VIEIRA, ALEXEI EDUARDO GOBBI e THAIS CRISTINA CEOLIN DA SILVA.
Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://assinatura.bry.com.br/validate e informe o código FRFH5-PDM29-JVQJ5-XTHAW



Esse documento foi assinado por FLAVIO DA COSTA VIEIRA, ALEXEI EDUARDO GOBBI e THAIS CRISTINA CEOLIN DA SILVA
Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://assinatura.e-notariado.org.br/validate e informe o código FRFH5-PDM29-JVQJ5-XTHAW

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
37
-EM-PN-

MANIFESTO DE ASSINATURAS

Código de validação: FRFH5-PDM29-JVQJ5-XTHAW

Matrícula Notarial Eletrônica: 098764.2021.09.13.00000909-89

Este documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- ✔ FLAVIO DA COSTA VIEIRA (CPF [redacted].319.600-[redacted]) em 13/09/2021 12:00
- ✔ ALEXEI EDUARDO GOBBI (CPF [redacted].469.740-[redacted]) em 13/09/2021 12:06
- ✔ THAIS CRISTINA CEOLIN DA SILVA (CPF [redacted]189.350-[redacted]) em 13/09/2021 12:20

Para verificar as assinaturas acesse https://assinatura.e-notariado.org.br/validate e informe o código de validação ou siga o link a abaixo:

https://assinatura.e-notariado.org.br/validate/FRFH5-PDM29-JVQJ5-XTHAW

PREGÃO ELETRÔNICO

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 38 - PM - PN -

Termo de Homologação do Pregão Eletrônico

Nº 00003/2022

Às 08:34 horas do dia 05 de abril de 2022, após constatada a regularidade dos atos procedimentais, a autoridade competente, Sr. ADRIANA DA SILVA GUIMARAES, HOMOLOGA a adjudicação referente ao Processo nº 28.000014/2021-49, Pregão nº 00003/2022.

Resultado da Homologação

Item: 1
Descrição: Assistência Médica - Hospitalar / Domiciliar complementar deSaúde / Convênio
Descrição Complementar: Assistência Médica - Hospitalar / Domiciliar complementar deSaúde / Convênio
Tratamento Diferenciado: -
Aplicabilidade Decreto 7174: Não
Aplicabilidade Margem de Preferência: Não
Quantidade: 1
Unidade de fornecimento: UNIDADE
Valor Estimado: R$ 2.497.667,9500
Intervalo Mínimo entre Lances: -
Situação: Homologado

Adjudicado para: UNIMED SEGUROS SAUDE S/A **, pelo melhor lance de** R$ 2.095.604,6100 **, com valor negociado a** R$ 2.095.603,6800 .

Eventos do Item

Evento	Data	Nome	Observações
Adjudicado	04/04/2022 16:34:40	-	Adjudicação individual da proposta. Fornecedor: UNIMED SEGUROS SAUDE S/A, CNPJ/CPF: 04.487.255/0001-81, Melhor lance: R$ 2.095.604,6100, Valor Negociado: R$ 2.095.603,6800
Homologado	05/04/2022 08:34:44	ADRIANA DA SILVA GUIMARAES	

Fim do documento

SEGUROS Unimed

Cuidar para transformar

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 39 M-PN-

ANEXO

ANEXO A - PROPOSTA COMERCIAL

Ao

Comissão Permanente de Licitação

Conselho Federal de Contabilidade

SAUS, Quadra 05, Bloco J, Ed. CFC, Brasília/DF CEP 70070-920

Processo nº 90796110000028.000014/2021-49

Pregão Eletrônico nº 03/2022

Objeto: Contratação de empresa especializada na prestação de serviços de Assistência Médica Hospitalar, por meio de operadora, seguradora ou administradora de planos de saúde, com rede própria e/ou credenciada, com abrangência nacional, padrão apartamento individual com banheiro privativo, na modalidade de contratação coletivo empresarial, nos termos da Lei nº 9.656/1998 e devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, sem carência, com cobertura assistencial médico-hospitalar e ambulatorial com obstetrícia, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, inclusive cobertura para doenças e lesões pré-existentes, bem como internações, tanto em caráter eletivo como emergencial, em hospitais e clínicas e as demais exigências estabelecidas pela ANS, sem coparticipação, para os empregados do CFC e seus dependentes, com previsão de inativos, visando atender as necessidade do Conselho Federal de Contabilidade (CFC), sediado em Brasília - DF, conforme condições, quantidades, exigências e estimativas estabelecidas no Termo de Referência.

Lote 1:CATSER - 12920 - Assistência médica - hospitalar, domiciliar complementar de saúde, convênio

ITEM	FAIXA ETÁRIA	(A) QTDE DE BENEFICIÁRIOS p/ faixa etária	(B) VALOR UNITÁRIO (por faixa etária)	(C) VALOR MENSAL (a x b)	VALOR ANUAL (c x 12 meses)
1	00 a 18 anos	73	R$ 330,61	R$ 24.134,53	R$ 289.614,36
2	19 a 23 anos	22	R$ 404,68	R$ 8.902,96	R$ 106.835,52
3	24 a 28 anos	4	R$ 506,70	R$ 2.026,80	R$ 24.321,60
4	29 a 33 anos	11	R$ 559,93	R$ 6.159,23	R$ 73.910,76
5	34 a 38 anos	27	R$ 596,40	R$ 16.102,80	R$ 193.233,60
6	39 a 43 anos	22	R$ 691,82	R$ 15.220,04	R$ 182.640,48
7	44 a 48 anos	32	R$ 827,02	R$ 26.464,64	R$ 317.575,68
8	49 a 53 anos	30	R$ 991,85	R$ 29.755,50	R$ 357.066,00
9	54 a 58 anos	10	R$ 1.177,55	R$ 11.775,50	R$ 141.306,00
10	59 ou mais	18	R$ 1.893,98	R$ 34.091,64	R$ 409.099,68
TOTAL		**249**		**R$ 174.633,64**	**R$ 2.095.603,68**

Unimed Seguros Saúde S/A - CNPJ/MF: 04.487.255/0001-81 ANS - nº 00.070-1
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - Cerqueira César - CEP: 01410-901 - São Paulo – SP
Atendimento Nacional: 0800 016 6633 | Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611
Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565

SEGUROS Unimed

Cuidar para transformar

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 40 PM PN

LOTE	DESCRIÇÃO	QTDE	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
1	1 Prestação de serviços de Assistência Médica Hospitalar, por meio de operadora, seguradora ou administradora de planos de saúde, com rede própria e/ou credenciada, com abrangência nacional, conforme condições, quantidades, exigências e estimativas estabelecidas no Termo de Referência.	249 vidas	**R$ 174.633,64**	**R$ 2.095.603,68**

Valor mensal da proposta: R$ R$ 174.633,64 (Cento e noventa e quatro mil, seiscentos e trinta e três reais e sessenta e quatro centavos).

Valor total anual da proposta R$ 2.095.603,68 (Dois milhões, noventa e cinco mil, seiscentos e três reais e sessenta e oito centavos).

O valor acima se baseia no quantitativo, à época, de 249 beneficiários, em que pese a possibilidade de sofrer alterações durante o contrato, na medida das inclusões ou exclusões de beneficiários.

O Prazo de validade da proposta: 60 (sessenta) dias, contados a partir da data da sua apresentação.

Declaramos que em nosso preço estão incluídos todos os custos diretos e indiretos para perfeita execução do contrato, inclusive as despesas com materiais, mão-de-obra especializada ou não, seguros em geral, equipamentos auxiliares, ferramentas, encargos da legislação social trabalhista, previdenciária, da infortunística do trabalho e responsabilidade civil por quaisquer danos causados a terceiros ou dispêndios resultantes de impostos, taxas, regulamentos e posturas municipais, estaduais e federais, enfim, tudo o que for necessário para a execução total e completa dos serviços complementares, conforme projetos e especificações constantes do edital, sem que nos caiba, em qualquer caso, direito regressivo em relação ao órgão requisitante.

Declaramos que verificamos todas as especificações contidas no Edital e seus anexos, não havendo discrepância entre quaisquer informações ou documentos que dele fazem parte, e estamos cientes de todas as condições que possam de qualquer forma, influir nos custos, assim como qualquer despesa relativa à realização integral de seu objeto, assumindo total responsabilidade pelas informações, bem como pelos erros ou omissões, contidas tanto no formulário proposta, como em seus anexos.

Declaramos a inexistência no nosso quadro societário de cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive dos conselheiros do plenário do CFC, assim como de empregados e cargos de assessoramento da diretoria, conforme disciplina o Decreto nº7.203/2010.

Unimed Seguros Saúde S/A - CNPJ/MF: 04.487.255/0001-81 ANS - nº 00.070-1
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - Cerqueira César - CEP: 01410-901 - São Paulo – SP
Atendimento Nacional: 0800 016 6633 | Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611
Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
41
PM-PN-

Declaramos que cumprimos, no que couber, as orientações estabelecidas na Instrução Normativa nº 1, de 19 de janeiro de 2010, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPDG), referente aos critérios de sustentabilidade.

Declaramos que nos obrigamos a nos relacionar com o CFC com ética, respeito e profissionalismo, não recebendo qualquer forma de vantagem ou favorecimento, nem oferecendo suborno ou praticando quaisquer atos de corrupção com o intuito de exercer influência sobre qualquer colaborador, empregado ou conselheiros com o fim de obter ou manter negócio para si próprio, para terceiros ou em favor do CFC. O proponente declara-se ciente de que não serão tolerados quaisquer comportamentos antiéticos ou contrários às normas nacionais ou internacionais anticorrupção aplicáveis às atividades da presente contratação, incluindo-se, mas não se limitando à Lei no 12.846, de 01/08/2013.

Declaramos que no ato da assinatura do contrato disponibilizaremos rede de atendimento credenciada ou própria nas seguintes localidades, com as características, especialidades e quantitativos mínimos:

a) Cinco (5) hospitais gerais, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, sendo 1 (um) na Asa Sul, 1 (um) na Asa Norte, 1 (um) no Lago Sul e 2 (dois) em Taguatinga/Ceilândia que possuam atendimento emergencial (pronto-socorro) todos os dias da semana,24h/dia, em Clínica-Geral, Cardiologia, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral e Ortopedia e realizem cirurgias eletivas e emergenciais. Na especialidade de Pediatria a CONTRATADA deverá apresentar pelo menos 3 (três) hospitais com atendimento de emergência sendo 1 (um) na Asa Sul, 1 (um) na Asa Norte e 1 (um) em Taguatinga/Ceilândia.
b) Dois (2) hospitais especializados em oftalmologia, credenciado ou referenciado, com atendimento eletivo e emergencial (pronto-socorro) sendo 1 (um)na Asa Sul ou Asa Norte e 1 (um) em Taguatinga.
c) Dois (2) laboratórios (não unidades) que realizem Análises Clínicas e Patologia Clínica.
d) Duas (2) clínicas radiológicas de grande porte, sendo: 1 (um) na Asa Sul ou Asa Norte e 1 (um) em Taguatinga que realizem, no mínimo: Densitometria Óssea, Mamografia Digital, Raio X Digital, Ressonância, Tomografia e Ultrassonografia.
e) contratada deverá disponibilizar, no mínimo, o quantitativo fora do Distrito Federal:
e.1) Cem (100) Hospitais Gerais, Clínicas e estabelecimentos credenciados, nas regiões Norte, Nordeste, Sul, Sudoeste e Centro-oeste, que em seu somatório atuem como hospital geral, com atendimento 24 horas/dia; atendendo, no mínimo, nas especialidades de clínica médica, ginecologia-obstetrícia, pediatria e cirurgia geral.
e.2) Duzentos (200) unidades de laboratórios de análises clínicas que realiza todos os exames laboratoriais de acordo com o rol de procedimentos da ANS.

Dados da licitante:
Razão Social: Unimed Seguros Saúde S.A
Nome Fantasia: Seguros Unimed
CNPJ: 04.487.255/0001-81

Unimed Seguros Saúde S/A - CNPJ/MF: 04.487.255/0001-81 ANS - nº 00.070-1
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - Cerqueira César - CEP: 01410-901 - São Paulo – SP
Atendimento Nacional: 0800 016 6633 | Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611
Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565

SEGUROS Unimed

Cuidar para transformar

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 42 PM PN

Endereço: Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366

Bairro: Cerqueira Cesar - São Paulo/SP

CEP: 01410-901

Telefone: (11) 3265-9114

Fax: (11) 3265-9577

E-mail: licitacoes@segurosunimed.com.br

website: www.segurosunimed.com.br

Dados Bancários

Agência: [redacted] / Banco: 001-Banco do Brasil / Conta Corrente: [redacted]

Dados dos responsáveis pela assinatura do contrato:

AGENOR FERREIRA DA SILVA FILHO

Diretor, Brasileiro, [redacted], Médico, RG: [redacted] SSP/PR, CPF: [redacted].309.639-[redacted]

MÁRCIO DE OLIVEIRA ALMEIDA

Diretoria de Clientes e Produtos, Brasileiro, [redacted] Médico, RG: [redacted], CPF: [redacted].930.167-[redacted]

Por fim, declaramos que atendemos a todas as exigências do edital e seus anexos.

São Paulo, 04 de abril de 2022.

Katia de Bona

Unimed Seguros Saúde S/A
CNPJ/MF nº 04.487.255/0001-81
Katia de Bona
Gerente
RG nº [redacted] SSP/SP
CPF nº [redacted].801.059-[redacted]

Leticia Dias da Silva

Unimed Seguros Saúde S/A
CNPJ/MF nº 04.487.255/0001-81
Leticia Dias da Silva
Coordenadora
RG nº [redacted] SSP/SP
CPF nº [redacted].749.048-[redacted]

Unimed Seguros Saúde S/A - CNPJ/MF: 04.487.255/0001-81 ANS - nº 00.070-1
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - Cerqueira César - CEP: 01410-901 - São Paulo – SP
Atendimento Nacional: 0800 016 6633 | Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611
Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565

Gmail

segov segov <segov@pontenova.mg.gov.br>

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 43 PMPN

RE: Orçamento - Unimed Ponte Nova - Ângelo (31) 3819-8573

1 mensagem

Cadastro - Unimed Ponte Nova <cadastro@unimedpontenova.com.br> 18 de julho de 2022 16:05
Para: segov ponte nova <segov@pontenova.mg.gov.br>

Boa tarde Fernando,

Segue Proposta Comercial anexa, sobre os Planos Locais da Unimed Ponte Nova.

Quando possuírem os dados quantitativos e também se possível diferenciarmos por gênero Masculino e Feminino, farei um estudo sobre.

Permaneço à disposição.

Atenciosamente,

Ângelo Alves Piuzana Barbosa
Cadastro
Unimed Ponte Nova Cooperativa de Trabalho Médico Ltda
E-mail: cadastro@unimedpontenova.com.br
Telefax.: (31) 3819-8573
Skype: angeloalvespiuzana

Unimed Ponte Nova | 25 ANOS | Selo de Responsabilidade Social Rotary ABTRF EMPRESA CIDADÃ

De: segov ponte nova [mailto:segov@pontenova.mg.gov.br]
Enviada: segunda-feira, 18 de julho de 2022 15:05
Para: cadastro@unimedpontenova.com.br
Assunto: Orçamento

Boa Tarde

Solicitamos um orçamento para plano empresarial, para as seguintes faixas etárias.

19-23

24-28

29-33

34-38

39-43

44-48

49-53

54-58

Unimed Ponte Nova
www.unimed.coop.br/web/pontenova
Av. Dom Bosco, 447 - Palmeiras
35430-232 - Ponte Nova - MG
T. (31) 3819-8550 / 8551

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 44 PMPN
FSC

Proposta Comercial Empresarial – UNIMED PONTE NOVA
Solicitante: Prefeitura de Ponte Nova

UNIVALE EMPRESARIAL

Abrangência: Ponte Nova e Região*
Co-parcticipação: 40% consultas e exames (a consulta tem valor fixo de R$ 42,00)
Internação não tem co-participação

Faixas Etárias	Enfermaria: 445983031	Apartamento: 472434148
0 a 18 anos	R$ 93,64	R$ 126,87
19 a 23 anos	R$ 107,64	R$ 145,90
24 a 28 anos	R$ 123,84	R$ 167,77
29 a 33 anos	R$ 142,39	R$ 192,90
34 a 38 anos	R$ 163,73	R$ 221,83
39 a 43 anos	R$ 189,96	R$ 257,35
44 a 48 anos	R$ 229,86	R$ 311,39
49 a 53 anos	R$ 298,83	R$ 404,82
54 a 58 anos	R$ 403,40	R$ 546,54
59 anos ou mais	R$ 560,72	R$ 759,62

---* Região: Ponte Nova, Rio Casca, Abre Campo, São Pedro dos Ferros, Raul Soares, Acaiaca, Amparo do Serra, Barra Longa, Guaraciaba, Jequeri, Oratórios, Piedade de Ponte Nova, Rio Doce, Santa Cruz do Escalvado, Santo Antônio do Grama, Sem-Peixe, Sericita, Urucânia.

Carências:

Consultas e Exames Simples : Imediato
Cirurgia ambulatoriais, Internações, Exames Especiais: 06 Meses
Diálise, hemodiálise e fisioterapia: 06 meses
Lesões ou doenças pré-existentes: 02 anos
Parto: 10 meses

Documentos Necessários:

Coletivos Empresariais: CNPJ; Contrato Social; Documentos pessoais dos sócios da Empresa.

Pessoa Física, Colaboradores ou Dependentes: RG e CPF; CNH; Comprovante de Residência; CNS; Certidão de Nascimento; Certidão de Casamento ou União Estável.

Consultor: Ângelo Alves
e-mail: cadastro@unimedpontenova.com.br
Tel.: (31) 3819-8550 / 3819-8551 / 3819-8573(Whatsapp)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 45 - PM-PN-

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA
01.012.474/0001-16 **MATRIZ**		**22/01/1996**

NOME EMPRESARIAL
UNIMED PONTE NOVA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO LTDA

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)	PORTE
UNIMED PONTE NOVA	**DEMAIS**

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
65.50-2-00 - Planos de saúde

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
86.90-9-99 - Outras atividades de atenção à saúde humana não especificadas anteriormente

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
214-3 - Cooperativa

LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
AV DOM BOSCO	**447**	********

CEP	BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
35.430-232	**PALMEIRAS**	**PONTE NOVA**	**MG**

ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE
SAC@CONTABILIDADEFARIA.COM	**(31) 3891-1589**

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)
*****

SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA	**03/11/2005**

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL
********	********

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia **26/07/2022** às **17:15:25** (data e hora de Brasília). Página: **1/1**

Gmail

segov segov <segov@pontenova.mg.gov.br>

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 46

RES: Orçamento Plano empresarial

Mariana Pizani Rocha <mrocha@qualicorp.com.br>
Para: segov ponte nova <segov@pontenova.mg.gov.br>

19 de julho de 2022 13:36

Confidencial

Conforme contato via telefone, segue abaixo os valores de co-oparte do plano de saúde da BRADESCO, sendo de 30%:

Exemplo de Procedimentos	Classificação	10%	20%	30%
Consulta	Consulta	**R$** 10,40	**R$** 20,80	**R$** 31,20
Hemograma Completo	Exame Simples	**R$** 1,08	**R$** 2,17	**R$** 3,25

Lembrando que o plano de saúde da BRADESCO SAÚDE, só é cobrado as co-opartes para consultas e exames laboratoriais.

Att;

Mariana Rocha

Comercial Interno PME

(31) 99808-5152

qualicorp.com.br

Siga a Quali:



De: Mariana Pizani Rocha
Enviada em: sexta-feira, 15 de julho de 2022 14:31
Para: segov ponte nova <segov@pontenova.mg.gov.br>
Assunto: RES: Orçamento Plano empresarial

Olá Patricia, boa tarde!

Segue abaixo cotações do plano EFETIVO – NACIONAL do BRADESCO SAÚDE, conforme solicitado.

Adianto que envio cotação sendo 1 vida por faixa etária, devido não ter discriminado a quantidade de pessoas por idade.

Nesta cotação será possível que visualize os valores por idade, mas caso seja de interesse me encaminhar a relação correta das idades, envio o valor final certinho, ok?

SEGURO SAÚDE BRADESCO EFETIVO – NACIONAL, VINCULADO AO CNPJ

PLANO EFETIVO =

PLANO NACIONAL

COM CO-PARTICIPAÇÃO;

CO-PARTICIPAÇÃO APENAS PARA CONSULTAS E EXAMES SIMPLES NOS PLANOS CO-OPARTICIPATIVOS;
AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA;
ACOMODAÇÃO
-ENFERMARIA
-APARTAMENTO

COM DIREITO A REEMBOLSO

SEGURO VIAGEM.

-**ENFERMARIA**:



Rede Saúde Efetivo IV **Região** Minas Gerais **Plano** TNWE **Tipo de Kit** Digital

Faixa Etária	Valor unitário Saúde	Quantidade	Valor Total (R$)

Faixa Etária	Valor unitário Saúde	Quantidade	Valor Total (R$)
Até 18 anos	182,47	0	0,00
19 a 23	215,30	1	215,30
24 a 28	260,52	1	260,52
29 a 33	312,63	1	312,63
34 a 38	356,39	1	356,39
39 a 43	367,08	1	367,08
44 a 48	446,94	1	446,94
49 a 53	525,70	1	525,70
54 a 58	625,58	1	625,58
59 adiante	1.094,77	1	1.094,77

-APARTAMENTO:



Rede Saúde Efetivo IV **Região** Minas Gerais **Plano** TNWQ **Tipo de Kit** Digital

Faixa Etária	Valor unitário Saúde	Quantidade	Valor Total (R$)

Faixa Etária	Valor unitário Saúde	Quantidade	Valor Total (R$)
Até 18 anos	202,73	0	0,00
19 a 23	239,23	1	239,23
24 a 28	289,47	1	289,47
29 a 33	347,36	1	347,36
34 a 38	395,99	1	395,99
39 a 43	407,87	1	407,87
44 a 48	496,61	1	496,61
49 a 53	584,11	1	584,11
54 a 58	695,10	1	695,10
59 adiante	1.216,41	1	1.216,41

PLANO EFETIVO =

PLANO NACIONAL

SEM CO-PARTICIPAÇÃO;
AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA;
ACOMODAÇÃO
-ENFERMARIA
-APARTAMENTO

COM DIREITO A REEMBOLSO

SEGURO VIAGEM.

-**ENFERMARIA**:



Rede Saúde Efetivo IV **Região** Minas Gerais **Plano** TNWE **Tipo de Kit** Digital

Faixa Etária	Valor unitário Saúde	Quantidade	Valor Total (R$)

Faixa Etária	Valor unitário Saúde	Quantidade	Valor Total (R$)
Até 18 anos	205,20	0	0,00
19 a 23	242,13	1	242,13
24 a 28	292,98	1	292,98
29 a 33	351,58	1	351,58
34 a 38	400,80	1	400,80
39 a 43	412,82	1	412,82
44 a 48	502,64	1	502,64
49 a 53	591,20	1	591,20
54 a 58	703,54	1	703,54
59 adiante	1.231,19	1	1.231,19

-APARTAMENTO:

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 51 PM - PN

Rede Saúde Efetivo IV	**Região** Minas Gerais	**Plano** TNWQ	**Tipo de Kit** Digital

Faixa Etária	Valor unitário Saúde	Quantidade	Valor Total (R$)

Faixa Etária	Valor unitário Saúde	Quantidade	Valor Total (R$)
Até 18 anos	228,00	0	0,00
19 a 23	269,04	1	269,04
24 a 28	325,54	1	325,54
29 a 33	390,65	1	390,65
34 a 38	445,33	1	445,33
39 a 43	458,70	1	458,70
44 a 48	558,49	1	558,49
49 a 53	656,89	1	656,89
54 a 58	781,71	1	781,71
59 adiante	1.367,99	1	1.367,99

Me deixo a disposição para esclarecimentos, e qualquer dúviada, podemos conversar por aqui, pelo whatsapp, ou pelo telefone, ok?

Obrigada e bom final de semana!

Att;

Mariana Rocha

Comercial Interno PME

(31) 99808-5152

qualicorp.com.br

Siga a Quali:

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 52 PM-PN

De: segov ponte nova <segov@pontenova.mg.gov.br>
Enviada em: quinta-feira, 14 de julho de 2022 18:06
Para: Mariana Pizani Rocha <mrocha@qualicorp.com.br>
Assunto: Orçamento Plano empresarial

Boa Tarde

Solicitamos um orçamento para plano empresarial, para as seguintes faixas etárias.

19-23

24-28

29-33

34-38

39-43

44-48

49-53

54-58

>59

Att.

PREFEITURA DE PONTE NOVA
Fernando Andrade
Secretário Municipal de Governo
www.pontenova.mg.gov.br
(31) 3819-5454 - Ramal 260 | 99667-6567 | 99405-1595
Av. Caetano Marinho, 306, Ponte Nova/MG | 35430-001

5 anexos

image010.png
9K

image017.png
3K







image020.png
3K



image022.png
2K



image024.png
3K

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 54 PM-PN

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA
07.658.098/0001-18 **MATRIZ**		**22/09/2005**

NOME EMPRESARIAL
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS S.A.

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)	PORTE
********	**DEMAIS**

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
65.50-2-00 - Planos de saúde

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
66.29-1-00 - Atividades auxiliares dos seguros, da previdência complementar e dos planos de saúde não especificadas anteriormente

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
205-4 - Sociedade Anônima Fechada

LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
AV PAULISTA	**475**	**ANDAR 3 PARTE**

CEP	BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
01.311-000	**BELA VISTA**	**SAO PAULO**	**SP**

ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE
AARRAIS@QUALICORP.COM.BR	**(11) 3191-4000**

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)
*****

SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA	**22/09/2005**

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL
********	********

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia **26/07/2022** às **17:25:10** (data e hora de Brasília). Página: **1/1**

PLAMHAG
ANS-32394-2

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
55
- PM - PN -

À Prefeitura Municipal De Ponte Nova

Em 21 de fevereiro de 1992, o Hospital Arnaldo Gavazza instituiu o Plano de Assistência Médica do Hospital Arnaldo Gavazza (PLAMHAG). Por meio do PLAMHAG, os usuários têm acesso a todo o corpo clínico do Hospital Arnaldo Gavazza, no consultório ou ambulatório. Acesso, também, a consultas em várias especialidades médicas, exames de alta complexidade, pronto-atendimento, CTI, central de diagnósticos, atendimento ambulatorial e internações.
O objetivo do PLAMHAG é garantir atendimento de qualidade para seus beneficiários, no maior complexo hospitalar da Zona da Mata Mineira.
Segue abaixo tabela de preços para contratação.

Conheça nossos planos

Plamhag Empresa / 20% ENF

- ✓ **Cobertura: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;**
- ✓ **Acomodação: Quarto coletivo;**
- ✓ **Atendimento em Ponte Nova e região/ Ouro Preto e região;**
- ✓ **Plano coparticipativo;**

Consultas médicas: 50% (atualmente tem um custo médio para o funcionário de R$45,00)
Exames: 20%
Terapias: 20%
Outros atendimentos ambulatoriais: 20%
Internação: R$ 00,00

(Sistema ABRAMGE: atendimento de urgência e emergência em trânsito)

Faixas etárias	*Valor*
0 A 18	*R$ 69,17*
19 A 23	*R$ 89,93*
24 A 28	*R$ 99,82*
29 A 33	*R$ 112,80*
34 A 38	*R$ 126,33*
39 A 43	*R$ 142,75*
44 A 48	*R$ 169,87*
49 A 53	*R$ 236,12*
54 A 58	*R$ 304,60*
59 e +	*R$ 414,26*

PLAMHAG
ANS-32394-2

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 56 -PMI-PM-

PRAZOS DE CARÊNCIAS

Urgência/emergência nos termos da lei 9656/98 e previstos em contrato	24 horas
Consultas Médicas	30 dias
Exames complementares simples	30 dias
Cirurgias ambulatoriais	180 dias
Internações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas	180 dias
Demais situações	180 dias
Partos a termo	300 dias

Cobertura Parcial Temporária para Doenças e Lesões Preexistentes	24 meses

Doenças e Lesões Preexistentes: a cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados à doenças e lesões preexistentes.

Obs.: Número mínimo de 03 pessoas para manter o contrato ativo e à partir de 30 vidas, ficará isento do cumprimento dos prazos de carências.

Leandro e Thainara
Consultores de Vendas

Tel.: (31) 98505-3703 / (31) 3819-5116 ZAP (31) 97103-0231
E-mail: *plamhagvendas@gavazza.com.br*

Orçamento válido por 15 dias: 21/07/2022

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 57 PM-PM

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA
26.150.979/0001-78 **MATRIZ**		**18/09/1991**

NOME EMPRESARIAL
FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)	PORTE
HOSPITAL ARNALDO GAVAZZA	**DEMAIS**

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
Não informada

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
306-9 - Fundação Privada

LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
AV DR JOSE GROSSI	**16**	********

CEP	BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
35.430-213	**GUARAPIRANGA**	**PONTE NOVA**	**MG**

ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE
SECRETARIA@GAVAZZA.COM.BR	**(31) 3819-5000/ (31) 3819-5012**

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)
*****

SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA	**03/11/2005**

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL
********	********

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia **26/07/2022** às **17:33:12** (data e hora de Brasília). Página: **1/1**

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 58 -PM-PN-

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
ESTADO DE MINAS GERAIS

DECRETO Nº 12.533/2022

Designa membros para a COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO.

O Prefeito Municipal de Ponte Nova, no uso de suas atribuições legais,

DECRETA:

Art.1º Ficam nomeados para integrar a COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO em conformidade com o art. 51, da Lei Federal nº 8.666, de 21/06/1993 os seguintes servidores:

II – Júlio Pires Monteiro - Presidente;
II – Sandra Helena de Carvalho Lana;
III - Marilena Parreira Alves;
IV – Isabella Gomides de Magalhães;
V – José Geraldo Crémonezi Júnior.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor a partir do dia 28 de junho de 2022.

Art. 3º Revogam-se disposições contrárias.

Ponte Nova, 23 de junho de 2022.

Wagner Mol Guimarães
Prefeito Municipal

Fernando Antonio de Andrade
Secretário Municipal de Governo

O presente Decreto foi afixado no Saguão da Prefeitura em 23/06/2022.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
59
PM PN

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
ESTADO DE MINAS GERAIS

DECRETO Nº 11.024/ 2018

O Prefeito Municipal de Ponte Nova usando de suas atribuições legais,

RESOLVE:

Art. 1º Nomear Néria Maria Moutinho Soares para exercer o cargo de Chefe do Departamento de Supervisão de Compras e Processos Licitatórios.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a partir do dia 03 de setembro de 2018.

Art. 3º Revogam-se disposições contrárias.

Ponte Nova, 05 de setembro de 2018.

Wagner Mol Guimarães
Prefeito Municipal

Eduardo Gomes Rodrigues Bemfeito
Secretário Municipal de Recursos Humanos

O presente Decreto foi afixado no Saguão
Da Prefeitura em 10/09/2018.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 60 - PM-PN-

CHAMADA PÚBLICA Nº 002/2022

EDITAL DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 123/2022 - INEXIGIBILIDADE Nº 010/2022

RECIBO DE RETIRADA DE EDITAL

Razão Social: _____

CNPJ Nº _____

Endereço: _____

E-mail: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____

Pessoa para contato: _____

Recebemos, através do acesso à página **www.pontenova.mg.gov.br** nesta data, copiado instrumento convocatório da licitação acima identificada.

Local: _____, ___ de _____ de 20____.

_____

Assinatura

Senhor Licitante,

Visando comunicação futura entre a Comissão Permanente de Licitações e a licitante, solicito de Vossa Senhoria preencher o recibo de entrega do edital e remeter à Comissão Permanente de Licitações através do e-mail: licitacao@pontenova.mg.gov.br

A não remessa do recibo exime a Comissão Permanente de Licitações da comunicação de eventuais retificações ocorridas no instrumento convocatório, bem como de quaisquer informações adicionais.

Av. Caetano Marinho, 306 - Centro - Ponte Nova/MG - CEP 35430-001 - Telefax: (31) 3819-5454

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 61 PM-PN

SÍNTESE INFORMATIVA DO EDITAL

EDITAL DE CREDENCIAMENTO
PROCESSO LICITATÓRIO Nº 123/2022 - INEXIGIBILIDADE Nº 010/2022

- **Departamento Solicitante:** Secretaria Municipal de Governo.
- **Protocolo de Envelopes:** A partir do dia **08/08/2022 à 30/12/2022.**
- **Objeto:** Constitui objeto deste Processo Licitatório o **credenciamento de empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura assistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, sendo que os procedimentos em urgência e emergência terão cobertura em todo o território nacional, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência N acional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.
- **Documentos Necessários:** Item 6 – Páginas 05 (cinco) a 08 (oito) do Edital.
- **Forma de execução:** conforme Projeto Básico, Anexo I deste Edital.
- **Vigência:** O contrato decorrente da presente licitação terá vigência de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado conforme dispõe o inciso II, do artigo 57 da Lei Federal N° 8.666/93.
- **Informações:** [31] 3819-5454 ramal 207 e 206 no horário de 12hs às 16hs e pelo e-mail licitacao@pontenova.com.br. Ao ligar, favor informar o número do **PROCESSO LICITATÓRIO Nº 123/2022 – INEXIGIBILIDADE Nº 010/2022.**

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 62 PM-PN

CHAMADA PÚBLICA Nº 002/2022

EDITAL DE CREDENCIAMENTO
PROCESSO LICITATÓRIO Nº 123/2022 - INEXIGIBILIDADE Nº 010/2022

Torna-se público, para conhecimento dos interessados, que o MUNICÍPIO DE PONTE NOVA, inscrito no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) sob o n° 23.804.149/0001-29, em conformidade com o caput do artigo 25 da Lei Federal 8.666/93, estará recebendo em sua sede a partir do dia **08 (oito) de agosto de 2022,** no horário de 12hs às 16hs, a documentação do **item 6** deste Edital, para credenciamento de **empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, com critérios e condições a seguir especificadas:

1. DAS NORMAS LEGAIS

1.1. O presente Edital rege-se pela Lei Federal Nº 8.666 de 21 de junho de 1993, com suas posteriores alterações, fundamentando-se nos termos do caput do artigo 25, firmado sob o regime de credenciamento.

2. DO EDITAL E SEUS ANEXOS:

2.1. O Edital da presente licitação estará disponível a qualquer interessado, de 12h às 16h, na Divisão de Procedimentos Licitatórios, sede da Prefeitura, à Avenida Caetano Marinho, Nº 306, Centro, Ponte Nova-MG, ou através do link https://www.pontenova.mg.gov.br/licitacoes.

2.2. Constituem anexos do presente **EDITAL**:

ANEXO I – Projeto Básico
ANEXO II – Modelo de Requerimento de Credenciamento;
ANEXO III – Modelo de Proposta de Adesão;
ANEXO IV – Modelo da Declaração de não Contratação de Menor;
ANEXO V – Modelo da Declaração de Atendimento dos Requisitos de Habilitação e Contratação;
ANEXO VI - Modelo de Declaração de Nepotismo;
ANEXO VII – Minuta do Contrato de Prestação de Serviços.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 63 -PM-PN-

3. DO OBJETO:

3.1. O objeto do presente Edital é o credenciamento de empresas operadoras de Plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura assistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, sendo que os procedimentos em urgência e emergência terão cobertura em todo o território nacional, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.

4. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO E DO PRAZO:

4.1. Poderão se credenciar todas as pessoas jurídicas que atenderem às exigências constantes neste Edital e seus anexos.

4.2. Fica permitido o credenciamento do dia **08/08/2022 a 30/12/2022,** bastando para tanto comprovar o atendimento a todos os requisitos fixados neste Edital, com a entrega da documentação pertinente, na forma do 6 deste Edital.

4.3. Em situações devidamente justificadas e com prévia publicação em Diário Oficial do Município, o Município poderá suspender o credenciamento de novas empresas.

4.4. Estão impedidos de se credenciar as pessoas jurídicas que tenham sido sujeitos de aplicação da penalidade de suspensão temporária de contratar com o MUNICÍPIO DE PONTE NOVA, pelo prazo da suspensão, ou que tenham sido declaradas inidôneas por qualquer órgão da Administração Pública, pelo prazo da declaração de inidoneidade.

5. DA PROPOSTA:

5.1. A proposta do CREDENCIANTE deverá observar os valores máximos apresentados na tabela abaixo**, sendo permitida a apresentação de preços menores**.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 64 PM-PN

PLANO – AMBULATORIAL/ HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA - ENFERMARIA		
FAIXA ETÁRIA		VALOR
1	0-18	69,17
2	19-23	89,93
3	24-28	99,82
4	29-33	112,80
5	34-38	126,33
6	39-43	142,75
7	44-48	169,87
8	49-53	236,12
9	54-58	304,60
10	>59	414,26

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
Consulta Eletiva	50% (R$45,00)
Exames / Terapias / Outros atendimentos ambulatoriais	20%
Franquia Internação Enfermaria	R$ 00,00

5.2. Os valores acima determinados são fixos e irreajustáveis, pelo período de 12 (doze meses), porém uma vez prorrogado o contrato, o valor descrito acima poderá ser reajustado, se comprovado a necessidade de reajuste econômico.

6. DA HABILITAÇÃO

6.1. Como condição prévia ao exame da documentação de habilitação do interessado, o Presidente verificará o eventual descumprimento das condições de participação, especialmente quanto à existência de sanção (a suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração de que trata o inciso III do art. 87 da Lei Federal nº 8.666/93, só impedira o licitante de concorrer nesta Licitação, caso tenha sofrido a penalidade diretamente pelo Município de Ponte Nova), que impeça a participação no certame ou a futura contratação, mediante a consulta aos seguintes cadastros[1]:

a) SICAF;

[1] ACÓRDÃO Nº 2242/2013 – TCU – Plenário:
"9.3. dar ciência ao Serpro/SP, relativamente aos subitens 2.2.2 e 2.2.4 do edital do Pregão Eletrônico 1.317/2013, de que a sanção prevista no inciso III do art. 87 da Lei 8.666/1993 produz efeitos apenas em relação ao órgão ou entidade sancionador, enquanto a prevista no art. 7º da Lei 10.520/2002 produz efeitos apenas no âmbito interno do ente federativo que a aplicar;"
A consulta aos dois cadastros – CEIS e CNJ –, além do tradicional SICAF, na fase de habilitação, é recomendação do TCU (Acórdão nº 1.793/2011 – Plenário). Trata-se de verificação da própria condição de participação na licitação.
A Consulta Consolidada de Pessoa Jurídica do TCU abrange o cadastro do CNJ, do CEIS, do próprio TCU e o Cadastro Nacional de Empresas Punidas – CNEP do Portal da Transparência.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 65 PM-PN

b) Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS, mantido pela Controladoria-Geral da União (http://www.portaldatransparencia.gov.br/);

c) Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça (www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php).

d) Lista de Inidôneos e o Cadastro Integrado de Condenações por Ilícitos Administrativos - CADICON, mantidos pelo Tribunal de Contas da União - TCU;

6.1.1. Para a consulta de licitantes pessoa jurídica poderá haver a substituição das consultas das alíneas "b", "c" e "d" acima pela Consulta Consolidada de Pessoa Jurídica do TCU (https://certidoes-apf.apps.tcu.gov.br/);

6.1.2. A consulta aos cadastros será realizada em nome da empresa licitante e também de seu sócio majoritário, por força do artigo 12 da Lei n° 8.429, de 1992, que prevê, dentre as sanções impostas ao responsável pela prática de ato de improbidade administrativa, a proibição de contratar com o Poder Público, inclusive por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário.

6.1.2.1. Caso conste na Consulta de Situação do Fornecedor a existência de Ocorrências Impeditivas Indiretas, o gestor diligenciará para verificar se houve fraude por parte das empresas apontadas no Relatório de Ocorrências Impeditivas Indiretas.

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

6.1.2.3. O licitante será convocado para manifestação previamente à sua desclassificação.

6.1.3. Constatada a existência de sanção, o Presidente reputará o licitante inabilitado, por falta de condição de participação.

6.2. **Serão admitidas fotocópias sem autenticação cartorial ou outro órgão competente, desde que os respectivos originais sejam apresentados no ato do Credenciamento.**

6.2.1. Os documentos mencionados no Edital não poderão ser substituídos por qualquer tipo de protocolo.

6.3. A certidão que não declarar o prazo de validade será considerada apenas a que tiver sido emitida no máximo até 90 (noventa) dias antes da data do protocolo do envelope.

6.4. As certidões emitidas através da rede mundial de computadores (internet) serão aceitas para fins desta licitação, sujeitas à verificação da veracidade das informações.

6.5. Não serão aceitos documentos de habilitação com indicação de CNPJ/CPF diferentes, salvo aqueles legalmente permitidos.

6.6. Se o licitante for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz, e se o licitante for a filial, todos os documentos deverão estar em nome da filial, exceto aqueles documentos que, pela própria natureza, comprovadamente, forem emitidos somente em nome da matriz.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 66 PM-PN

6.6.1. Serão aceitos registros de CNPJ de licitante matriz e filial com diferenças de números de documentos pertinentes ao CND (Federal, Estadual e Municipal) e ao CRF/FGTS, quando for comprovada a centralização do recolhimento dessas contribuições.

6.7. A documentação para Habilitação deverá ser protocolada junto à Comissão Permanente de Licitações, **a partir do dia 08 (oito) de agosto de 2022** no horário de 12hs às 16hs, em envelope lacrado, devidamente identificado, conforme a seguir:

PROCESSO N° 123/2022 - INEXIGIBILIDADE N° 010/2022
RAZÃO SOCIAL:
CNPJ:
ENDEREÇO: (Logradouro, número, bairro, cidade, UF, CEP, TEL e EMAIL)

6.8. Os interessados deverão encaminhar, nos termos deste Edital, a documentação relacionada nos itens a seguir, para fins de habilitação:

6.9. **Habilitação jurídica:**

6.9.1. No caso de empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;

6.9.2. Em se tratando de microempreendedor individual – MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio www.portaldoempreendedor.gov.br;

6.9.3. No caso de sociedade empresária ou empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial da respectiva sede, acompanhado de documento comprobatório de seus administradores;

6.9.4. inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz, no caso de ser o participante sucursal, filial ou agência;

6.9.5. No caso de sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de prova da indicação dos seus administradores;

6.9.6. No caso de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País: decreto de autorização;

6.9.7. Os documentos acima deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva;

6.10. **Regularidade fiscal e trabalhista:**

6.10.1. prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas ou no Cadastro de Pessoas Físicas, conforme o caso;

6.10.2. prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 67 PM-PN

Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02/10/2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.

6.10.3. prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);

6.10.4. prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a justiça do trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;

6.10.5. prova de regularidade com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do licitante.

6.10.6. prova de regularidade com a Fazenda Estadual do domicílio ou sede do licitante, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre

6.10.7. caso o licitante seja considerado isento dos tributos estaduais relacionados ao objeto licitatório, deverá comprovar tal condição mediante declaração da Fazenda Estadual do seu domicílio ou sede, ou outra equivalente, na forma da lei;

6.11. **Qualificação Econômico-Financeira**:

6.11.1. certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica;

6.12. **Qualificação Técnica:**

6.12.1. Certidão de Situação Cadastral de Operadora ou de Administradora de Benefícios emitida pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

6.12.2. Atestado de Capacidade Técnica emitido por entidades públicas ou privadas comprovando que a interessada prestou ou presta serviços compatíveis com o objeto desta licitação.

6.13. A abertura e julgamento das propostas de adesão ao presente CREDENCIAMENTO ficarão a cargo da Comissão Permanente de Licitação da Prefeitura Municipal de Ponte Nova, a qual competirá:

a) Receber e proceder à abertura dos envelopes contendo a documentação necessária ao CREDENCIAMENTO;

b) Examinar os documentos apresentados em confronto com as exigências deste Edital devendo recusar a participação das interessadas que deixarem de atender às normas e condições aqui fixadas;

c) Proceder à confecção do contrato de Prestação de Serviços.

7. DA SELEÇÂO

7.1. Havendo mais de um credenciado o servidor beneficiário fará opção a qual Plano de saúde deseja aderir.

7.2. O quantitativo devidas estimado poderá ser aumentado ou reduzido, hipótese em que o(s) credenciado(s) será(ão) oportunamente comunicados.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 68 P.M.-P.N.

8. DA CELEBRAÇÃO DO CONTRATO

8.1. O interessado habilitado será convocado para assinar o Termo de Contrato no prazo de 05 (cinco) dias, contados da convocação.

8.1.1. O prazo para assinatura do Termo de Contrato poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, quando solicitado pela credenciada durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado e aceito pela CPL.

8.2. O Termo de Contrato será publicado, por extrato no Diário Oficial do Município, como condição indispensável para sua eficácia.

8.3. O credenciado deverá manter durante toda a execução da avença, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas neste Edital;

8.4. Os contratos originados do presente edital serão regidos pela Lei Federal N° 8.666/93 e a Lei Complementar 123/2006, com suas posteriores alterações, juntamente com suas normas e as demais estabelecidas por este Edital.

8.5. O contrato poderá ser rescindido por ato unilateral do **CEDENTE**, devidamente justificado, quando o interesse púbico assim o exigir, sem que caiba direito à indenização, nas hipóteses previstas na Lei Federal 8.666/93 e suas posteriores alterações.

8.6. A inexecução total ou parcial do contrato enseja a sua rescisão, com as conseqüências contratuais e as previstas em lei ou regulamento.

8.7. A CONTRATADA reconhece os direitos da CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista no art. 77 da Lei nº 8.666, de 1993.

9. EXECUÇÃO E CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO DO OBJETO.

9.1. Os critérios de recebimento e aceitação do objeto e de fiscalização estão previstos no Projeto Básico e ficam a cargo da Secretaria Municipal de Governo.

10. DA VIGÊNCIA E DO REAJUSTE

10.1. O Contrato proveniente do presente credenciamento terá vigência de 12 (doze) meses, renováveis até o limite do inciso II do art.57 da Lei 8.666/93.

10.2. Os preços propostos não serão reajustados durante o período de 12 (doze) meses, na forma do § 1º do art. 28 da Lei 9.069, de 29 de junho de 1995. Os preços poderão ser alterados após esse período, e a cada 12 (doze) meses, com base no índice divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para reajuste da modalidade coparticipativa e/ou com base na sinistralidade quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento), mediante assinatura de Termo Aditivo contratual.

10.3. Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 69 PM - PN

Administradora de Benefícios e o município de Ponte Nova/MG.

11. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

11.1. O pagamento será realizado mediante consignação em folha ou autorização de débito na conta corrente indicada no ato de adesão pelo beneficiário, ou mediante boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.

11.2. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Município de Ponte Nova/MG a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

12. DOS RECURSOS E IMPUGNAÇÕES:

12.1. Caberá recurso, nos casos de habilitação ou inabilitação, no prazo de 5 (cinco)dias úteis.

12.2. Os recursos serão recebidos no mesmo local da entrega da documentação do credenciamento, e serão dirigidos à autoridade máxima do órgão ou entidade contratante por intermédio da Comissão, o qual poderá reconsiderar sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, ou, nesse mesmo prazo, fazê-lo subir, devidamente informado.

12.3. A autoridade superior, após receber o recurso e a informação da Comissão, proferirá, também no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a sua decisão.

12.4. Os recursos e impugnações do edital deverão ser entregues no Setor de Protocolos do Município de Ponte Nova, aos cuidados da Comissão Permanente de Licitação, no horário de 12h as 16h, onde será emitido comprovante de recebimento ou poderá ser enviado através do e-mail licitacao@pontenova.mg.gov.br.

12.5. Para Impugnação do edital ou interposição de recursos, o interessado ou licitante deverá apresentar junto com suas razões, os documentos necessários que identifiquem a empresa (caso não seja sócio ou proprietário, deverá apresentar procuração registrada no cartório), bem como que identifiquem suas alegações.

12.6. O Município de Ponte Nova/MG não se responsabilizará por recursos e impugnações endereçadas via postal ou por outras formas, entregues em locais diversos e, que, por isso, não sejam entregues no prazo legal.

13. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

13.1. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Contrato, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

13.1.1. advertência por escrito;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
70

13.1.2. multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados ao Plano de Saúde, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;

13.2. Suspensão temporária do Termo de Contrato;

13.3. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante à autoridade que aplicou a penalidade;

13.4. As sanções previstas nos subitens 14.1.1 e 14.1.2 poderão ser aplicados concomitantemente com as dos subitens 14.2. e 14.3., facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;

13.5. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no presente Edital, no Termo de Contrato, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao Município de Ponte Nova/MG apuradas em processo administrativo.

14. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

14.1. A Prefeitura Municipal de Ponte Nova poderá revogar o presente credenciamento, por interesse público ou anulá-lo por ilegalidade, de ofício ou por provocação sempre em despacho fundamentado, sem que caiba aos candidatos quaisquer indenizações ou reclamações.

14.2. A Comissão Permanente de Licitação poderá, em qualquer fase da licitação, promover diligências, objetivando esclarecer ou complementar as informações que possam instruir e elucidar questões pendentes do processo.

14.3. Os casos omissos e dúvidas com relação ao credenciamento, como também a este **EDITAL**, serão resolvidas pela Comissão Permanente de Licitação.

14.4. O Edital está disponibilizado, na íntegra, no endereço eletrônico https://www.pontenova.mg.gov.br/ e também poderão ser lidos e/ou obtidos no endereço sede do Município de Ponte Nova, sito à Av. Caetano Marinho, nº 306, Bairro Centro, Município de Ponte Nova, Estado de Minas Gerais, CEP: 35.430-001, no Departamento de Licitações, nos dias úteis no horário das 12:00 horas às 16:00 horas, período no qual os autos do processo administrativo permanecerão com vista franqueada aos interessados.

14.5. Ficam os licitantes/contratados obrigados a manterem os endereços físicos e eletrônico (e-mail) atualizados e, ainda, ficam obrigados a informar à Administração, no prazo máximo de 2 (dois) dias, em caso de quaisquer alterações.

14.6. Presumem-se como lidas as mensagens eletrônicas enviadas aos licitantes/contratados, após 5 (cinco) dias úteis do envio, a partir de quando os prazos para manifestações e/ou defesa começarão a correr.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 71 PMPN

14.7. Integram este Edital, para todos os fins e efeitos, os seguintes anexos:

14.7.1. ANEXO I – Projeto Básico

14.7.2. ANEXO II – Modelo de Requerimento de Credenciamento

14.7.3. ANEXO II – Modelo de Carta Proposta

14.7.4. ANEXO III – Modelo de Declarações.

14.8. ANEXO IV – Minuta de Termo de Contrato.

Ponte Nova, 28 de julho de 2022.

Júlio Pires Monteiro

Presidente da Comissão Permanente de Licitação

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 72 - P.M.P.N. -

ANEXO I

PROJETO BÁSICO

1 OBJETO

1.1 O presente projeto básico tem por objeto a **contratação através de credenciamento** de empresas operadoras de plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência a saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência a Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura asssistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, sendo que os procedimentos em urgência e emergência terão cobertura em todo o território nacional, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.

2 JUSTIFICATIVA

Como ação preventiva e com foco na qualidade de vida do servidor, é determinante possibilitar o acesso à assistência à saúde sempre que necessário. A Saúde Suplementar no Brasil oferece assistência médica e hospitalar privada através das Operadoras de Planos de Saúde.

O credenciamento caberá quando a Administração Pública estiver disposta a celebrar contrato com todas as entidades que demonstrarem interesse em executar objeto por ela delimitado, sem que a escolha de uma entidade privada implique em prejuízo de outra(s).

A possibilidade de que seja firmado o contrato com o maior número possível de administradoras de benefícios interessadas inviabiliza a competição, tornando fática a inexigibilidade da licitação, nos termos do art. 25, caput, da Lei nº 8.666/1993.

Este credenciamento pretende disponibilizar aos servidores uma maior oferta de planos e programas de assistência à saúde suplementar, por meio das administradoras credenciadas, para que assim sejam obtidas melhores opções na prestação de serviço, aliada à possibilidade de menor custo.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 73 PM-PN

Verificamos que o objeto, sendo ofertado por um maior número de administradoras de plano de saúde, representará um ganho para os servidores do município de Ponte Nova, pois abrirá diversidade de opções de escolha de planos de saúde de assistência suplementar médica. Por isso, o credenciamento visa garantir a igualdade de condições entre os interessados habilitados a firmar o contrato, não se falando em competição para a escolha da melhor proposta através de procedimento licitatório, uma vez que, de acordo com os critérios objetivos, haverá a garantia da impessoalidade para a convocação de todos os habilitados a fim de formalizarem o contrato.

Por fim, evidenciamos que o objeto será melhor atendido pela contratação do maior número de interessados habilitados possível, sendo legítimo promover chamamento público para credenciamento, restando comprovada a inviabilidade de competição para a contratação do objeto, tendo em vista que a necessidade da Administração ficaria restrita e limitada com a contratação de apenas uma administradora habilitada em concorrência por meio de procedimento licitatório.

3 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

3.1 Lei nº 8.666/93, art. 25;

3.2 Parecer nº 07/2013/CPLC/DEPCONSU/PGF/AGU;

3.3 Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;

3.4 Resolução Normativa ANS – nº 465, de 24 de fevereiro de 2021;

3.5 Resolução Normativa ANS – nº 195, de 14 de julho de 2009.

4 DA CONCEITUAÇÃO

4.1 **Para fins deste documento, considera-se:**

USUÁRIOS - os inscritos no Plano de Assistência à Saúde dos Servidores, na condição de beneficiários ativos e dependentes.

BENEFICIÁRIO TITULAR – membros e servidores efetivos ativos, os ocupantes de cargos comissionados, os contratados e os agentes políticos do Município de Ponte Nova/MG.

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – grupo familiar do Beneficiário Titular, na forma da Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações.

REDE CREDENCIADA – hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores pela Credenciada, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE – no mínimo: Ponte Nova e Região, em caráter eletivo, urgência e emergência, sendo que os procedimentos em urgência e emergência terão cobertura em todo o território nacional.

OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE – empresa responsável pela prestação de assistência médica, ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 74

doenças listadas na Classificação Estatística Nacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, e atendimentos médico - hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e demais resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros(as) profissionais/instituições.

TIPOS DE PLANOS – a Operadora de Plano de Saúde credenciada deverá oferecer plano de saúde na modalidade com e sem obstetrícia, ambos na modalidade co-participativa em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

PLANO COM OBSTETRÍCIA - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria com no máximo 2 (dois) leitos.

UTI MÓVEL – compreende a prestação de assistência de Pronto Socorro Móvel de Emergência Médica, para os dois tipos de planos, na forma disciplinada neste Termo de Referência.

REMOÇÃO - deslocamento dos usuários para o atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Termo de Referência, de acordo com a Resolução Normativa da ANS nº 259/2011, para garantir os prazos máximos de atendimento.

TERMO DE ADESÃO – termo que formaliza a adesão do servidor ao Termo de Credenciamento firmado entre a Prefeitura de Ponte Nova, gestor do Plano de Assistência à Saúde e a Operadora do Plano de Saúde.

CO-PARTICIPAÇÃO – é o valor que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

5 DOS BENEFICIÁRIOS

5.1 São considerados beneficiários titulares membros e servidores efetivos ativos, os ocupantes de cargos comissionados e os contratados do Município de Ponte Nova/MG.

5.2 São considerados beneficiários dependentes dos servidores:

3.2.1 o cônjuge ou companheiro e os filhos, de qualquer condição, inclusive os enteados até vinte e um anos de idade ou, se estudante universitário, até os vinte e quatro anos de idade, ou, se inválido, de qualquer idade;

3.2.2 o menor de vinte e um anos que, mediante autorização judicial, viver na companhia e às expensas do servidor;

3.2.3 a mãe ou o pai inválido sem economia própria;

3.3 Considera-se, para fins deste edital, companheira ou companheiro a pessoa que, sem ser casada, mantém união estável com o segurado ou com a segurada.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 75 PM-PN

6 RELAÇÃO DE SERVIDORES POR FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETARIA	QUANTIDADE DE SERVIDORES
0-18	0
19-23	33
24-28	102
29-33	227
34-38	275
39-43	401
44-48	336
49-53	270
54-58	244
>59	224
Total	**2112**

6.1 A proposta do CREDENCIANTE deverá observar os valores máximos apresentados nas tabelas abaixo, sendo permitida a apresentação de preços menores:

PLANO – AMBULATORIAL/ HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA - ENFERMARIA		
FAIXA ETÁRIA		VALOR
1	0-18	69,17
2	19-23	89,93
3	24-28	99,82
4	29-33	112,80
5	34-38	126,33
6	39-43	142,75
7	44-48	169,87
8	49-53	236,12
9	54-58	304,60
10	>59	414,26

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
Consulta Eletiva	50% (R$45,00)
Exames / Terapias / Outros atendimentos ambulatoriais	20%
Franquia Internação Enfermaria	R$ 00,00

6.2 Os procedimentos ambulatoriais em regime eletivo já inclusos todas as despesas como honorários, taxas, diárias, medicamentos e quaisquer outros gastos serão pagos de acordo com a Tabela CBHPM.

6.3 O valor a ser pago pelos beneficiários pelos exames laboratoriais e exames de média e alta complexidade será pela Tabela AMB/92, sendo o valor do CH R$ 0,24 (vinte e quatro centavos).

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
76
PM-PN-

6.4 Não serão admitidas cobranças de taxas adicionais seja a que título for.

7 CO-PARTICIPAÇÃO NOS CUSTEIOS DOS SERVIÇOS

7.1 A co-participação é de inteira responsabilidade do beneficiário titular e será paga ao Plano de Saúde.

7.2 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.

7.3 A participação no custo dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, autorização de débito em conta corrente, ou boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.

7.4 Quando o beneficiário titular solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde a que estiver vinculado, será exigida, nessa hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou participação.

8 DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

8.1 A inclusão de beneficiários no Plano de Saúde far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa perante o Plano de Assistência a Saúde dos Servidores.

8.2 É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário do Plano de Saúde de que trata este objeto.

8.3 O Beneficiário Titular disporá do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação do Plano de Saúde, para solicitar as suas adesões e dos seus dependentes, se for o caso, no Plano de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após esse prazo os beneficiários cumprirão as carências determinadas pela ANS.

8.4 O Beneficiário Titular que ingressar na Prefeitura Municipal de Ponte Nova/MG após 30 (trinta) dias da 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, isentos de carência para usufruir dos serviços abrangidos. Após esse prazo, o beneficiário deve cumprir as carências determinadas pela ANS.

8.5 Em caso de pluralidade de empresas credenciadas, o beneficiário que desejar migrar de um plano para outro, será isento de carência, desde que, tenham cumprido todos os requisitos do contrato anterior, tendo em vista as regras contratuais e da ANS.

8.6 Os dependentes que adquirirem essa condição por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade após a inclusão inicial de membros e servidores ativos terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no Plano de Assistência à Saúde, sob pena do cumprimento da

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 77 PM-PN-

carência determinadas pela ANS.

8.7 Fica sujeita à carência determinadas pela ANS a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo Beneficiário Titular.

8.8 A solicitação de inscrição de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	INICÍO DA VIGÊNCIA
1º ao 20º dia	1º dia do mês subsequente.
21º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente.

8.9 A solicitação de exclusão de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial.

PERÍODO DE EXCLUSÃO	FIM DE VIGÊNCIA
1º ao 30º dia	1º dia do mês subsequente.

8.10. Caberá ao Município de Ponte Nova/MG a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos membros e servidores ativos, seus dependentes, indicando a relação de parentesco dos dependentes com o membro ou servidor, quando solicitados pelo Plano de Saúde.

9 DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

9.1 A exclusão do titular no Plano de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique a suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e outras situações previstas em Lei.

9.2 No caso de afastamento legal, o servidor poderá optar por permanecer no Programa de Assistência à Saúde, durante o período do afastamento.

9.3 É de responsabilidade do Beneficiário Titular solicitar, formalmente ao Plano de Assistência a Saúde dos Servidores, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

9.4 Os beneficiários excluídos do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores do Município de Ponte Nova/MG serão responsáveis pela devolução imediata de sua carteira de identificação, as de seus dependentes e as dos demais vinculados, se houver.

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

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 78 PM-PN

10 DA CARÊNCIA

10.1 Não poderá ser exigida nenhuma carência para utilização dos benefícios do Plano de Saúde:

10.1.1 dos usuários inscritos na forma regulamentada no item 6;

10.1.2 em situações de urgência ou emergência, ocorridas após o início de vigência da cobertura.

10.1.3 para consultas médicas.

10.2 Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

10.3. Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

11 DA PORTABILIDADE

11.1 A portabilidade se dará de acordo com a norma de vigência estabelecida pela ANS (RN nº 252/2011 e alterações posteriores).

12 DOS BENEFÍCIOS

12.1. As operadoras de planos de saúde credenciadas cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, hospitalares, psiquiátricos e obstétricos, previstos na legislação vigente e conforme o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

13 DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES

13.1. 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.

14 DAS URGÊNCIAS E EMÊRGENCIAS

14.1 Atendimentos de Emergência e Urgência nos seguintes casos:

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

14.1.2 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.

14.1.3 É assegurado o atendimento de urgência e emergência, imediatamente a 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, observando-se o seguinte:

14.1.4. O Plano de Saúde deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, garantindo cobertura para internação;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 79 PM-PN-

14.1.5. Caberá às operadoras de plano de saúde contratadas pela Prefeitura de Ponte Nova 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.

15 DO REEMBOLSO

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

15.1.1 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;

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

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

15.3. 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.

16 DA REMOÇÃO

16.1 A Operadora de Plano de saúde deverá garantir a remoção do usuário internado de acordo com a solicitação do médico assistente para outro estabelecimento hospitalar dentro do território nacional utilizando para tanto veículo equipado com recursos técnicos que garantam a segurança e conforto ao beneficiário.

16.2 A operadora de Plano de Saúde deverá dispor de serviço 24 (vinte e quatro) horas de ambulância e UTI móvel para atendimento aos beneficiários.

16.3. Caso o beneficiário necessite de transporte aéreo, a operadora do Plano de Saúde deverá dispor de serviço 24 (vinte e quatro) horas de ambulância e UTI móvel para transporte do paciente até o hospital mais próximo onde o serviço de UTI no ar tenha acesso.

17 DAS ACOMODAÇÕES

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

17.1.1. Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria de no máximo 2 (dois) leitos.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
80
-P.M.-PN-

17.1.2. Os planos deverão ser oferecidos na modalidade com a co-participação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

18 REDE CREDENCIADA

18.1 As operadoras de Plano de Saúde contratadas através deste credenciamento deverão oferecer aos servidores do município de Ponte Nova/MG toda sua rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar, com cobertura no mínimo regional.

18.2. As Operadoras de Plano de Saúde contratadas através deste credenciamento deverão oferecer 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.

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

19 DAS OBRIGAÇÕES

19.1 São obrigações da Operadora do Plano de Saúde:

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

b) elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;

c) proteger o sigilo médico dos beneficiários;

d) entregar os documentos comprobatórios dos gastos, as autorizações e listagem por usuário realativo aos procedimentos executados até o dia 25 do mês de competência;

e) Caberá às Operadoras contratadas, além das responsabilidades resultantes do Contrato, cumprir os dispositivos da Lei Federal nº 9.656/98; 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;

f) 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;

g) Promover o reembolso de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial;

h) Promover o reembolso de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial;

i) 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;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
-PM-PR-

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

k) fornecer, gratuitamente, aos usuários, 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);

l) manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato;

m) assumir inteira responsabilidade civil, administrativa e penal por quaisquer danos e prejuízos materiais ou pessoais causados pelo contratado, seus empregados ou prepostos, a contratante, seus funcionários e dependentes ou terceiros, aplicando-se ao presente contrato na Lei n. 8.078/90 e especial os artigos 14 e 20;

n) avisar a contratante qualquer alteração no quadro de profissionais e entidades prestadoras dos serviços;

o) assegurar os direitos e cumprimento de todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da ANS, inclusive quanto aos preços praticados neste contrato;

p) manter durante o período contratual as mesmas condições de habilitação;

q) arcar com o pagamento de todos os encargos fiscais, trabalhistas, previdenciários, fretes, seguros mão-de-obra que incidam sobre os serviços prestados;

r) garantir coberturas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira e as que venham a ser incorporadas;

s) garantir cobertura de quaisquer exames e procedimentos médicos indicados pela Agência nacional de Saúde Suplementar;

t) assegurar o padrão de qualidade que obedeça, as normas éticas no tocante ao relacionamento com o paciente e seus familiares, com respeito a sua integridade física e moral e acatamento a seus direitos de modo geral;

19.2. São obrigações da Prefeitura de Ponte Nova, gestor do Plano de Assistência a Saúde do servidor:

a) colocar à disposição da contratada, informações e dados cadastrais dos Beneficiários, que não se encontrem resguardados por sigilo;

b) permitir a contratada a divulgação do plano de saúde, junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

c) permitir aos prepostos da contratada o acesso às dependências da Prefeitura de Ponte Nova/MG, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários os procedimentos para

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 82

utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do contrato;

d) acompanhar e fiscalizar a execução dos Termos de Credenciamento, 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;

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

20 REQUISITOS TÉCNICOS DE CREDENCIAMENTO

20.1 As empresas interessadas em firmar Termo de Credenciamento com Município de Ponte Nova/MG deverão cumprir as seguintes condições:

20.1.1 Estar devidamente registrada na ANS e possuir autorização de funcionamento;

20.1.2 Comprovar, através de no mínimo 01 (um) atestado de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços compatíveis com o objeto desta licitação;

20.1.3 Declarar que dispõe de Rede Credenciada para atender aos beneficiários do Município de Ponte Nova/MG, na forma exigida neste Termo;

20.1.4. Apresentar preços dos planos de saúde incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços;

21 DA VIGENCIA E DO REAJUSTE

21.1 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.

21.2 Os preços propostos não serão reajustados durante o período de 12 (doze) meses, na forma do § 1º do art. 28 da Lei 9.069, de 29 de junho de 1995. Os preços poderão ser alterados após esse período, e a cada 12 (doze) meses, com base no índice divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para reajuste da modalidade coparticipativa e/ou com base na sinistralidade quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento), mediante assinatura de Termo Aditivo contratual.

21.3 Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e o município de Ponte Nova/MG.

22 ALTERAÇÃO SUBJETIVA

22.1 É admissível a fusão, cisão ou incorporação da contratada com/em outra pessoa jurídica, desde que:

22.1.1 Sejam observados pela nova pessoa jurídica todos os requisitos de habilitação exigidos na licitação original;

22.1.2 Sejam mantidas as demais cláusulas e condições do Contrato;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
83
P.M.P.N.

22.1.3 Não haja prejuízo à execução do objeto pactuado e haja a anuência expressa da Administração à continuidade do contrato.

23 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

23.1 Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do município de Ponte Nova/MG a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

23.2. O pagamento será realizado mediante consignação em folha ou autorização de débito na conta corrente indicada no ato de adesão pelo beneficiário, ou mediante boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.

24 DO INÍCIO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

24.1 Após assinatura do contrato, as empresas têm até 5 (cinco) dias úteis para iniciar o oferecimento da prestação dos serviços aos servidores da Prefeitura de Ponte Nova/MG.

25 DISPOSIÇÕES GERAIS

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

25.2 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.

25.3 A operadora de Plano de Saúde deverá possuir, na data de assinatura do Termo de Credenciamento, Central de Atendimento, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

25.4 As exclusões de usuários do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores serão, tempestivamente, comunicadas a operadora. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva do beneficiário e da Operadora de Plano de Saúde.

25.5. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde contratada, de acordo com o plano subscrito por ele, 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.

25.6. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora de Plano de Saúde contratada.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 84 PM-PN

25.7. 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.

25.8. 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.

25.9. 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.

25.10. A liberação dos cartões de identificação de usuário deverá ocorrer em até 10 (dez) dias após a adesão ao Plano, porém deverá ser garantido o atendimento do usuário imediatamente após a adesão, de forma que a falta do cartão não lhe implique em prejuízo.

25.11. 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.

25.12. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora de Plano de Saúde contratada.

25.13. Os casos omissos serão dirimidos pela Prefeitura de Ponte Nova em conjunto com a Administradora de Benefícios.

26 DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

26.1 - Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 8.666, de 1993, a Contratada que: Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação; Ensejar o retardamento da execução do objeto; Fraudar na execução do fornecimento; Comportar-se de modo inidôneo; Cometer fraude fiscal; Não mantiver a proposta.

26.2. - A Contratada que cometer qualquer das infrações discriminadas no subitem acima ficará sujeita, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às sanções impostas pelo Decreto Municipal 11.955/2021.

Elaborado por,

José Damásio Gomes Junior
Auxiliar Administrativo
(Setor de Compras)

Ratificado por,

Fernando Antônio de Andrade
Secretário Municipal de Governo

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 85 PMPN

ANEXO II

MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

RAZÃO SOCIAL (PESSOA JURÍDICA)
CNPJ
ENDEREÇO: (Rua, Avenida, complemento e nº, bairro)
Telefone(s):
E-mail:

Vimos, por meio do presente, requerer nosso credenciamento na Chamada Pública 002/2022, cujo objeto é **credenciamento de empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura assistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, sendo que os procedimentos em urgência e emergência terão cobertura em todo o território nacional, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições, em conformidade com o Edital nº 123/2022 e anexos, juntando para tanto, todos os documentos exigidos, devidamente assinados e rubricados.

Declaramos, sob as penas da lei, que tomamos conhecimento de todas as normas e condições para o cumprimento das obrigações objeto deste Credenciamento, com as quais concordamos integralmente.

Data: ____/____/____

_____

Nome e Assinatura do Representante legal da Pessoa Jurídica

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 86 CPL-PN-

ANEXO III

MODELO DE PROPOSTA DE ADESÃO

Razão Social:_____

CNPJ: _____

Endereço: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Nome dos Sócios Representantes (conforme consta no Contrato Social/Estatuto em vigor):_____ CPF n.º _____

Dados bancários:

Nome Banco: _____ N.º Agência: _____ C/C: _____

TABELA DE VALORES

	FAIXA ETÁRIA	VALOR
1	0-18	
2	19-23	
3	24-28	
4	29-33	
5	34-38	
6	39-43	
7	44-48	
8	49-53	
9	54-58	
10	>59	

Vem requerer ao Município de Ponte Nova/MG o credenciamento desta Administradora de Benefícios para prestação dos serviços objeto deste credenciamento, nos termos do Edital 123/2022 e seus anexos. Em anexo, a documentação exigida.

Pede deferimento,

Data: ____/____/____

Declaramos estar ciente de todas as cláusulas constantes no Edital, e aguardamos a aceitação pela Prefeitura Municipal de Ponte Nova para Credenciamento.

_____

Nome e Assinatura do Representante legal da Pessoa Jurídica

***A LICITANTE DEVERÁ APRESENTAR ESTA CARTA PROPOSTA NO ENVELOPE LACRADO CONTENDO A DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO.**

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 87 PM-PN

ANEXO IV

A empresa _____, inscrita no CNPJ _____, localizada à Rua/Av. _____ _____, N° _____, por intermédio de seu representante legal _____, inscrito no CPF sob o nº _____ DECLARA:

a) que o proprietário, diretor e/ou provedor desta empresa não pertence aos quadros de servidores públicos municipais de Ponte Nova/MG e nem ocupa cargo de chefia ou função de confiança no município de Ponte Nova/MG;
b) que aceita as normas do edital;
c) que atenderá a qualidade necessária à prestação dos serviços, em conformidade com a sua especificidade;
d) que compromete-se em disponibilizar a todos os beneficiários, na área de abrangência geográfica de que trata este edital, uma rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais conforme descrito no Projeto Básico;
e) que não possui entre os proprietários nenhum titular de mandato eletivo;
f) que não possui empregado menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, nos termos do Art. 27, Inciso V, da Lei 8.666/93 e alterações posteriores;
g) que não foi considerada INIDÔNEA para licitar ou contratar com a Administração Pública;
h) que inexiste fato impeditivo para a sua habilitação, estando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;
i) que cumpri o Estatuto da Criança e do Adolescente, conforme dispõe o art. 7º, Inciso XXXIII, da Constituição Federal.

Por ser expressão de verdade, firmamos a presente.

Local, ... de ..... de 2022.

Assinatura do responsável Nome (completo)
(carimbo da empresa e/ou individual)

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 88 PMPN

ANEXO V

MINUTA DO CONTRATO

MINUTA DE CONTRATO Nº _____/2022

CONTRATO Nº XX/2022 QUE ENTRE SI CELEBRAM MUNICÍPIO DE PONTE NOVA, E A XXXXXXXXXXXXX

Contrato que entre si celebram de um lado o **MUNICÍPIO DE PONTE NOVA**, com sede a Av. Caetano Marinho, Nº 306 – Centro, Ponte Nova – MG, CEP: 35.430-001, inscrito no CNPJ Nº: 23.804.149/0001-29, inscrição estadual isento, doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**, representado neste ato, pelo Prefeito Municipal, Sr. _____, brasileiro, casado, CPF Nº _____, e de outro _____, com sede à Rua _____ CNPJ:_____, Representada pelo Sr. _____ doravante denominado simplesmente **CONTRATADO**, conforme ressaiu do procedimento administrativo **Sistema Credenciamento, Processo Nº: 123/2022, Inexigibilidade Nº: 010/2022.**

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

1.1. O objeto do presente acordo é o **credenciamento de empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura assistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, sendo que os procedimentos em urgência e emergência terão cobertura em todo o território nacional, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 89 PM PN

1.2. Este contrato vincula-se ao Edital de Credenciamento e ao Projeto Básico, independentemente de transcrição.

CLÁUSULA SEGUNDA: DA VIGÊNCIA

2.1. O prazo de vigência deste contrato terá validade de 12 (doze) meses, com início na data de ...../...../..... e encerramento em ...../...../....., podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 60 (sessenta) meses, com fundamento no art. 57, inciso II, da Lei n.º 8.666/93, desde que haja autorização formal da autoridade competente e observados os seguintes requisitos:

a) Os serviços tenham sido prestados regularmente;

b) Esteja formalmente demonstrado que a forma de prestação dos serviços tem natureza continuada;

c) Haja manifestação expressa da Administradora de Benefícios informando o interesse na prorrogação;

d) A prorrogação do contrato deverá ser promovida mediante celebração de Termo Aditivo.

CLÁUSULA TERCEIRA– DO REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE

2.2. 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 Prefeitura de Ponte Nova, 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) e mediante solicitação da contratada.

CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes da Prefeitura de Ponte Nova a serem repassados diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do plano de assistência à saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

CLÁUSULA QUINTA - DO PAGAMENTO

5.1. O pagamento será realizado mediante consignação em folha ou autorização de débito na conta corrente indicada no ato de adesão pelo beneficiário, ou mediante boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 90 -PM-PN-

CLÁUSULA SEXTA: OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE E DA CONTRATADA

6.1. As obrigações da CONTRATANTE e da CONTRATADA são aquelas previstas no Projeto Básico, anexo do Edital.

CLÁUSULA SÉTIMA: SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

7.1. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Contrato, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

7.1.1. advertência por escrito;

7.1.2. multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados ao Plano de Saúde, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;

7.2. Suspensão temporária do Termo de Contrato;

7.3. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante à autoridade que aplicou a penalidade;

7.4. As sanções previstas nos subitens 7.1.1 e 7.1.2 poderão ser aplicados concomitantemente com as dos subitens 7.2. e 7.3, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;

7.5. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no presente Edital, no Termo de Contrato, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao Município de Ponte Nova/MG apuradas em processo administrativo.

CLAÚSULA OITAVA: FISCALIZAÇÃO

8.1. A fiscalização da execução do objeto será efetuada por Comissão/Representante designado pelo Secretário Municipal de Governo, na forma estabelecida no Projeto Básico, anexo do Edital.

CLAUSULA NONA: VEDAÇÕES

9.1. É vedado à CONTRATADA:

9.1.1. caucionar ou utilizar este Termo de Contrato para qualquer operação financeira;

9.1.2. interromper a execução contratual sob alegação de inadimplemento por parte da CONTRATANTE, salvo nos casos previstos em lei.

CLÁUSULA DÉCIMA: DAS NORMAS LEGAIS

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
PM-PN-
91

10.1. O presente contrato rege-se com base na Lei Federal Nº 8.666/93. Às demais normas deste Edital e seus anexos, aplicam-se subsidiariamente, no que couber, as normas da Lei Federal Nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e resoluções vigentes da ANS.

10.2. Aplica-se ao contrato decorrente da presente licitação, além dos dispositivos legais previstos, as normas da Lei Federal Nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), e do Código Civil Brasileiro (Lei 10.406/2002).

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DO FORO

11.1. As partes elegem o foro do município de Ponte Nova para dirimir as questões resultantes do presente contrato renunciando a qualquer outro.

Por se acharem justos e acordados, firmam o presente instrumento em 04 (quatro) vias de igual teor eforma, para um só efeito legal.

Ponte Nova, ... de ..... de .....

Prefeito

Representante Legal da Contratada

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 92 PM-PN

PARECER JURÍDICO

Processo Licitatório nº: 123/2022
Modalidade: Inexigibilidade de Licitação nº 010/2022
Objeto: Credenciamento para contratação de empresas operadoras de Plano de Saúde.
Finalidade do Parecer: Art. 38, inciso VI da lei 8666/93

SUMÁRIO: CONSULTA. PARECER JURÍDICO. INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO. CREDENCIMENTO. ANÁLISE.

1. RELATÓRIO

Trata a matéria de consulta formulada a esta Assessoria Jurídica a respeito da legalidade da contratação direta por inexigibilidade por meio de credenciamento de empresas operadoras de plano de saúde.

A justificativa da inexigibilidade se deu com fulcro no artigo 25 da Lei 8.666/93 (fls06). Com o pedido de parecer veio o processo licitatório nº 123/2022, com 01 (um) volume.

É, em síntese, o **relatório** do necessário.

2. FUNDAMENTAÇÃO

Antes de adentrar no mérito propriamente dito, importante destacar que o parecer possui caráter estritamente jurídico, não cabendo opinar acerca de questões técnicas, tampouco sobre a discricionariedade da Administração, bem como possui caráter opinativo e não vinculante.

Pois bem.

O exame se dá nos termos da Lei 8.666/93, *in casu* sobre a inexigibilidade da licitação para, por meio de chamada pública, realizar credenciamento.

De início, importante consignar que licitação é, em resumo, procedimento obrigatório, via de regra, para as contratações realizadas pela Administração Pública, com o fim de obter a proposta mais vantajosa, observados o direito à concorrência igualitária (princípio da isonomia), a formalidade e publicidade dos atos.

A obrigatoriedade mencionada alhures encontra guarida constitucional, inclusive, especificamente no seu artigo 37, XXI, CF/88.

> Art. 37:
> [...]
> XXI – Ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
93
-PMM-PMN-

> licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações.

Em obediência ao preceito constitucional mencionado alhures, se deu a regulamentação do procedimento licitatório através da Lei 8.666/93, que traz a finalidade precípua da licitação. É o artigo 3º da Lei 8.666/93 que traz o referido conceito, vejamos:

> Art. 3º A licitação destina-se a garantir a observância do princípio constitucional da isonomia, a seleção da proposta mais vantajosa para a administração e a promoção do desenvolvimento nacional sustentável e será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos.

Assim, temos que o ponto de partida para a análise da licitação se encontra no fato de que no mercado existem vários interessados em participar do procedimento licitatório com o fim de contratar com a Administração Pública, sendo certo que, ao final dele, observado o princípio da isonomia, será indicada a proposta mais vantajosa.

Ocorre que, nada obstante se tenha a licitação como sendo um procedimento obrigatório a ser observado pelo Poder Público, fato é que, como já ventilado anteriormente, a própria lei 8.666/93 prevê situações que, se verificadas, impõem a contratação direta.

No caso em tela, pelo que se lê do procedimento licitatório instaurado, foi solicitada a abertura de processo para possível contratualização com aqueles que se interessarem, através do sistema de credenciamento.

O TCU tem jurisprudência a respeito do credenciamento, vejamos:

> O credenciamento é hipótese de inviabilidade de competição não expressamente mencionada no art. 25 da Lei 8.666/1993 (cujos incisos são meramente exemplificativos). Adota-se o credenciamento quando a Administração tem por objetivo dispor da maior rede possível de prestadores de serviços.(...). **Nessa situação, a inviabilidade de competição não decorre da ausência de possibilidade de competição, mas sim da ausência de interesse da Administração em restringir o número de contratados.** (Acórdão 3.567/2014 - Plenário, rel. Min. José Múcio, rev. Min. Benjamin Zymler). (Grifos Nossos).

Nesse mesmo sentido é uma citação realizada pelo TCE/MG quando colacionou texto da Zênite Consultoria Jurídica, retirado do sítio eletrônico http://www.institutozenite.com.br:

> Esse procedimento tem cabimento quando a necessidade da Administração não puder ser satisfeita por meio da contratação de um único particular (ou de um número limitado de particulares), mas, pelo contrário, exigir a contratação de todos os que se encontrarem aptos a atendê-lo.

Nesse sentido, ainda, por pertinente, apresentamos a lição de Marçal Justen Filho:

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 94 PM-PN

> 3) Ausência de excludência e o credenciamento.
> Mas somente se impõe a licitação quando for inviável à Administração promover a contratação de todos os possíveis interessados. **Se for viável contratar com todos, não se imporá a necessidade de licitação.** A licitação é exigida nos casos em que for necessário selecionar apenas um ou alguns dos particulares que pretendem contratar com a Administração. Nessas hipóteses em que for necessária uma decisão da Administração, escolhendo um ou alguns dos particulares para contratação, será indispensável a licitação. Por meio dela a Administração escolherá a proposta mais vantajosa, com tratamento isonômico dos possíveis interessados.
> As considerações acima não são incompatíveis com a fixação de certos critérios para a escolha dos particulares a serem contratados. Somente poderão ser contratados os interessados que disponham de condições de exectuar satisfatoriamente o contrato. Justamente por isso, impõe-se a fixação de critérios de habilitação para determinar os particulares que preencherão os requisitos de contratação.
> 4) A questão do credencimanto
> **Nas hipóteses em que não houver excludência, a Administração poderá adotar um sistema de credenciamento, por meio dos quais os possíveis interessados comprovarão o preenchimento dos requisitos exigidos**. A viabilidade de contratação de um número ilimitado de particulares não significa a desnecessidade de requisitos indispensáveis à comprovação da qualificação do sujeito para desempenhar a atividade em questão. Portanto, poderão ser contratados todos aqueles que detenham condições de atuação adequada. (...) (JUSTEN FILHO, Marçal. Comentários à Lei de Licitações e Contratos Administrativos. 18ª ed. São Paulo: Dialética, 2019. fl. 74). (Grifos Nossos).

Com efeito, em tendo a Administração Pública interesse em contratar com os prestadores de serviço que manifestem interesse, o que, vale dizer, deve ser devidamente especificado no edital, o caso se enquadra nas hipóteses de inexigibilidade, adotando-se o procedimento de chamada pública, através de abertura de edital, pelo qual se chamam todos aqueles que se enquadrem nos requisitos constantes no instrumento convocatório com a finalidade de se credenciarem.

Abre-se um parêntese neste ponto para explanar que a contratação direta em razão da inexigibilidade não exime o Poder Público de realizar procedimento licitatório. Sobre o tema Marçal Justen Filho, em sua obra Comentários à Lei de Licitações e Contratos Administrativos, aduz que:

> (...) Os casos de dispensa e inexigibilidade de licitação envolvem, na verdade um procedimento especial e simplificado para a seleção do contrato mais vantajoso para a Administração Pública. Há uma série ordenada de atos, colimando selecionar a melhor proposta e o contratante mais adequado. "Ausência de licitação" não significa desnecessidade de observar formalidades prévias (tais como a verificação da necessidade e conveniência da contratação, a disponibilidade de recursos, etc.). Devem ser observados os princípios fundamentais da atividade administrativa, buscando selecionar a melhor contratação possível, segundo os princípios da licitação.
> A ausência de licitação não equivale a contratação informal, realizada com quem a Administração bem entender, sem cautelas, nem documentação. Ao contrário, a contratação direta exige um procedimento administrativo

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
95
- PM-PN -

> prévio, em que a observância de etapas e formalidades é imprescindível (JUSTEN FILHO, Marçal. **Comentários à Lei de Licitações e Contratos Administrativos**. 18ª ed. São Paulo: Dialética, 2019. fl. 645).
>
> A contratação direta não implica ausência de observância dos requisitos de planejamento desenvolvidos na fase interna. Aliás, nem poderia ser diferente, eis que a presença dos requisitos indispensáveis à dispensa ou à inexigibilidade apenas poderá ser identificada depois de exauridas as etapas iniciais de identificação do objeto e das soluções cabíveis. (JUSTEN FILHO, Marçal. **Comentários à Lei de Licitações e Contratos Administrativos**. 18ª ed. São Paulo: Dialética, 2019. fl. 646).

Dito isto, ressaltamos que deverá ser observada a instrução do procedimento, observados os requisitos traçados pela lei 8.666/93.

Assim, em sendo a hipótese enquadrada como licitação inexigível, não escapa o Poder Público de formalizar o procedimento, quando deve observar a atividade administrativa interna, não passando, todavia, pela fase externa, neste particular, transpondo-se diretamente à contratação direta. A fase interna deve-se, como visto, ser observada.

Desta feita, resta consolidado pelo TCU o entendimento de que o instituto do credenciamento se dá "por inexigibilidade de licitação" (art. 25, caput, da Lei nº 8.666/93), se prestando, entretanto, apenas na hipótese em que se configure a inviabilidade de competição, como ocorre no caso em comento, uma vez que todos os interessados que preencham os requisitos poderão se credenciar. Em suma, para a contratação nas situações de ausência de competição, onde o credenciamento é adequado, não precisa a Administração Pública obedecer a fase externa do certame, não se esquecendo, frise-se, de observar o procedimento adequado para tanto previsto na Lei 8.666/93.

Ultrapassado o exame do sistema de credenciamento e, consequentemente, do instituto da inexigibilidade, nos debruçamos sobre a análise do instrumento convocatório e minuta de contrato constante nos autos.

A análise de edital e minuta de contrato, importante registrar, é o exame jurídico prévio de que trata o parágrafo único do artigo 38, da lei nº 8.666/93, *que se restringe à parte jurídica e formal do instrumento, não abrangendo a parte técnica dos mesmos.* (Tolosa Filho, Benedito de Licitações: Comentários, teoria e prática: Lei nº 8.666/93. Rio de Janeiro: Forense, 2000, p. 119).

Especificamente no que tange à análise do edital verifica-se que estão presentes as previsões legais mínimas exigidas, estando adequado à legislação pertinente, pelo que se recomenda a sua aprovação.

Noutro giro, mais precisamente no que tange a análise da minuta do contrato, é preciso, pois, que a mesma seja realizada com base no artigo 55 da Lei 8.666/93. Da análise cuidadosa das cláusulas estipuladas, verificamos que presentes estão todas as cláusulas necessárias compatíveis com o objeto do certame.

Do confronto entre o disposto nas legislações que regulam o tema, especificamente no que diz respeito ao edital e às cláusulas necessárias do contrato, e os documentos apresentados para análise (edital e minuta do contrato), resta comprovado, s.m.j., que foram as formalidades observadas.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
96
PM-PN

3. CONCLUSÃO

Com efeito, com fulcro na fundamentação acima exposta, esta Assessoria Jurídica **OPINA**, s.m.j., no sentido de que o procedimento em questão **(proc. 123/2022 – inexigibilidade nº 010/2022)** atende a finalidade e aos requisitos para se optar pelo sistema de credenciamento, e, consequentemente pela inexigibilidade da licitação, com chamamento de todos aqueles que preencherem os requisitos estabelecidos para prestação dos serviços, não sendo tal fato, contudo, apto à contratação informal, devendo a Administração observar as etapas e formalidades que lhe são inerentes, sob pena de responsabilização nas searas administrativa, cível e criminal.

No que tange à análise do edital e da minuta do contrato, **OPINA,** também com apoio na fundamentação mencionada alhures, no sentido de que eles atendem às exigências contidas na Lei de regência,

OPINA, por fim, pela observância da publicidade dos atos subsequentes do procedimento.

Em tempo, registramos que a presente análise, realizada única e exclusivamente quanto à possibilidade de contratação por inexigibilidade e aos aspectos formais do edital e da minuta do contrato, não alcança a motivação da contratação, bem como a descrição do objeto e demais critérios de conveniência e oportunidade administrativa, que fogem à previsão legal de emissão de parecer jurídico

É o parecer, em caráter opinativo e não vinculativo.

Ponte Nova, 01 de agosto de 2022.

Daniel dos Santos Pavione
Assessor Jurídico II
OAB/MG 121.838

Mariana Rocha de Jesus Passos
Assessora Jurídica I
OAB/MG 190.487

PREFEITURA DE PONTE NOVA

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 97 - PM-PN -

Licitação

Confira abaixo as informações referentes à licitação selecionada.
Informação disponibilizada conforme Art. 8º, §1º Inciso IV, da Lei 12.527/11 e Art. 7º, Inciso I, alínea "e", do Decreto nº 7.185/10.

Número da licitação: 10/2022

Número do processo administrativo: 123

Modalidade da licitação: Inexigibilidade

Fundamentação legal: Artigo 25 Lei 8666/1993

Objeto: CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS OPERADORAS DE PLANO DE SDAÚDE MÉDICO HOSPITALAR ESPECIALIZADA PARA FORNECIMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, DEVIDAMENTE AUTORIZADAS PELA AGÊNCIA NACIONAL NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR ANS

Unidade solicitante: Prefeitura Municipal de Ponte Nova

Data de publicação: 03/08/2022

Data limite: 08/08/2022

Data de abertura: 08/08/2022

Horário de abertura: 12:00

Status: Em andamento

Arquivos para download

Realize o login para receber em seu e-mail todas as notificações pertinentes a este processo. É possível efetuar o download dos arquivos abaixo sem a necessidade do login, porém você não receberá as atualizações deste processo.

Clique aqui para fazer login. Caso ainda não possua cadastro, **cadastre-se aqui.**



Editais

Avisos/Erratas

Resultado

Esclarecimento

Contratos

Atas

Homologação

Outros documentos do processo

EDITAL DE CREDENCIAMENTO PRC 123/2022 INEXIGIBILIDADE 010/2022
371kb

Data da publicação: 03/08/2022

Enviar questionamentos

Questionamento

Caracteres restantes:

1000

Cadastre seu celular e faça parte da nossa lista de transmissão no Whatsapp

EXTRATO DE CONTRATO N° 063/2022 - PROCESSO Nº 250/2022 - DISPENSA N° 026/2022 – Objeto: Contratação de pessoa fisica para prestação de serviço de artesã ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV. Contratada: PAULINA MAGALHÃES DA PENHA OLIVEIRA, inscrita no CPF sob o n° 863.202.037-49. Vigência: 18/07/2022 a 18/11/2022. Valor Global: R$4.800,000 (quatro mil e oitocentos reais).

Pedra do Anta- MG, 18 de julho de 2022.

EDUARDO JOSÉ VIANA
Prefeito Municipal.

Publicado por:
Maria Magna Reis
Código Identificador:FB147C88

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
AVISO DE LICITAÇÃO - PE Nº 077/2022 REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE LIMPEZA E HIGIENE

PRC Nº 112/2022 – Pregão Eletrônico Nº 077/2022 - A Prefeitura Municipal de Ponte Nova - MG torna público para o conhecimento de quantos possam interessar que estará realizando as licitações, Pregão na forma eletrônica, conforme a seguir:

PROCESSO Nº 112/2022 – Pregão Eletrônico Nº 077/2022 – Data: 16/08/2022 às 09h30min. **Registro de preços para futura e eventual aquisição de material de limpeza e higiene.**

ISABELLA GOMIDES DE MAGALHÃES
Pregoeira

Informações gerais e obtenção dos Editais pelo telefone: [31] 3819-5454, ramais 206 e 207, no horário de 12h00 às 18h00. Obtenção da integra dos Editais à Avenida Caetano Marinho, 306 - Centro, Ponte Nova - MG, CEP 35.430-001, no endereço www.pontenova.mg.gov.br e no www.comprasnet.gov.br.

Publicado por:
Michele Cristina de Almeida Coelho
Código Identificador:E654C7C4

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
AVISO DE LICITAÇÃO - INEXIGIBILIDADE 009/2022 - AQUISIÇÃO DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS ORIUNDOS DA AGRICULTURA FAMILIAR PARA ALIMENTAÇÃO ESCOLAR DA REDE MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE PONTE NOVA

PRC 122/2022 Inexigibilidade 009/2022. Prefeitura Municipal de Ponte Nova – MG, torna público para quantos possam interessar que estará realizando a licitação, Chamada Pública 001/2022, conforme a seguir:

PROCESSO Nº 122/2022 – Inexigibilidade Nº009/2021 – Data: 23/08/2022, Início da Sessão: 14:30 hs. Protocolo de Envelopes: até as 14:15. Objeto: Aquisição de Gêneros Alimentícios oriundos da Agricultura Familiar para Alimentação Escolar da Rede Municipal de Educação de Ponte Nova.

JÚLIO PIRES MONTEIRO.
(Presidente da Comissão Permanente de Licitação)

Informações gerais e obtenção dos Editais pelo telefone: [31] 3819-5454, ramais 207, no horário de 12h00 às 18h00. Obtenção da integra dos Editais à Avenida Caetano Marinho, 306 - Centro, Ponte Nova - MG, CEP 35.430-001 ou no endereço www.pontenova.mg.gov.br.

Publicado por:
Michele Cristina de Almeida Coelho
Código Identificador:0FE4E11C

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
AVISO DE LICITAÇÃO - INEXIGIBILIDADE Nº 010/2022 - CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE MÉDICO HOSPITALAR ESPECIALIZADA PARA FORNECIMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, DEVIDAMENTE AUTORIZADAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

PRC 123/2022 Inexigibilidade nº 010/2022 - A Prefeitura Municipal de Ponte Nova - MG torna público para o conhecimento de quantos possam interessar que estará realizando a licitação, Chamada Pública 002/2022, na forma presencial, conforme a seguir:

PROCESSO 123/2022 – Inexigibilidade Nº 010/2022 – Data: A partir de 08/08/2022 Protocolo dos Envelopes de Documentação, término dia 30/12/2022. Credenciamento de empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Presidente da Comissão de Licitação: Júlio Pires Monteiro.

Informações gerais e obtenção dos Editais pelo telefone: [31] 3819-5454, ramais 207, no horário de 12h00 às 18h00. Obtenção da integra dos Editais: Avenida Caetano Marinho, 306 - Centro, Ponte Nova - MG, CEP 35.430-001 ou no endereço www.pontenova.mg.gov.br.

Publicado por:
Michele Cristina de Almeida Coelho
Código Identificador:4E602E21

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRATÁPOLIS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRATÁPOLIS
PREGÃO PRESENCIAL 67/2022

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRATÁPOLIS, Processo administrativo nº 174/2022 – Pregão Presencial 67/2022, torna público que celebrou contrato para **Registrar os preços para aquisições futuras e parceladas de Materiais Elétrico,** ficando como contratadas as empresas **CONTATTOS RIO PRETO MATERIAIS ELETRICOS LTDA** (CNPJ: 18.237.962/0001-24), **DEVALE MATERIAIS ELETRICOS LTDA** (CNPJ: 37.227.550/0001-58), **DIRECTY CONSTRUTORA EIRELI** (CNPJ: 41.402.715/0001-58), **INSTALAR COMERCIO E INSTALAÇÃO ELET. HID. EIRELI ME** (CNPJ: 19.521.237/0001-46), **JR MATERIAIS ELETRICOS E PARA CONSTRUÇÃO EIRELI ME** (CNPJ: 18.003.754/0001-60) e **WIKE MATERIAL ELETRICO E DECORAÇÃO LTDA** (CNPJ: 39.673.581/0001-68).

Publicado por:
Rafael Corrêa Ramos
Código Identificador:A281B21E

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRATÁPOLIS
PREGÃO PRESENCIAL 61/2022

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRATÁPOLIS, Processo administrativo nº 158/2022 – Pregão Presencial 61/2022, torna público que celebrou contrato para **Aquisição de Tiras reagentes Accu-Chek Active para testes de controle de glicemia,** ficando como contratadas a empresa **ACÁCIA COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA** (CNPJ: **03.9450.035/0001-91**).

Publicado por:
Rafael Corrêa Ramos
Código Identificador:F2F77DA8

Gmail

Licitação Comissão <licitacao@pontenova.mg.gov.br>

COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Edital PRC 123/2022 INEX 010/2022

1 mensagem

Licitação Comissão <licitacao@pontenova.mg.gov.br> 11 de agosto de 2022 14:02
Para: mrocha@qualicorp.com.br, cadastro@unimedpontenova.com.br, plamhagvendas@gavazza.com.br

Segue em anexo o edital para sua apreciação.

--
Comissão de Licitação
Prefeitura Municipal de Ponte Nova
(31) 3819-5454 ou (31) 3819-5456

Edital 123-2022 Credenciamento de operadoras de plano de saúde.pdf
371K

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
ESTADO DE MINAS GERAIS

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 101 PM PN

AVISO DE LICITAÇÃO

Nº Processo	Modalidade/ Nº	Descrição do Objeto	Início Protocolo de Envelopes Data/Horário	Término Protocolo de Envelopes Data/Horário
123/2022	INEXIGIBILIDADE Nº: 010/2022	Credenciamento de empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.	08/08/2022 12:00 hs às 16:00 hs.	30/12/2022 12:00 hs às 16:00 hs..
122/2022	INEXIGIBILIDADE Nº: 009/2022	Aquisição de Gêneros Alimentícios oriundos da Agricultura Familiar para Alimentação Escolar da Rede Municipal de Educação de Ponte Nova.		23/08/2022 até às 14:15 hs.

As pessoas físicas ou jurídicas, cadastradas na Prefeitura como fornecedores ou cujo objeto social e/ou atividade seja compatível com quaisquer das licitações, poderão requerer cópia completa dos respectivos Editais na Divisão de Licitações, no 3º andar do prédio da Prefeitura, **no horário de 12hs às 16hs**.

O edital encontra-se disponível no site da Prefeitura Municipal de Ponte Nova, no endereço www.pontenova.mg.gov.br

Informações e esclarecimentos poderão ser obtidos pelo telefone **31-3819-5454 ramais 206/207, no horário de 12hs às 18hs**, pelo e-mail licitaçao@pontenova.mg.gov.br ou pelo site www.pontenova.mg.gov.br.

Ponte Nova, 03 de agosto de 2022.

Afixado no saguão

03/08/2022

Júlio Pires Monteiro
Presidente da Comissão Permanente de Licitação

Gmail

Licitação Comissão <licitacao@pontenova.mg.gov.br>

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 102 PMPN

Edital PRC 123/2022 INEX 010/2022

1 mensagem

Licitação Comissão <licitacao@pontenova.mg.gov.br> 11 de agosto de 2022 14:02
Para: mrocha@qualicorp.com.br, cadastro@unimedpontenova.com.br, plamhagvendas@gavazza.com.br

Segue em anexo o edital para sua apreciação.

--
Comissão de Licitação
Prefeitura Municipal de Ponte Nova
(31) 3819-5454 ou (31) 3819-5456

Edital 123-2022 Credenciamento de operadoras de plano de saúde.pdf
371K

Gmail

Licitação Comissão <licitacao@pontenova.mg.gov.br>

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 103 P.M.P.N.

Edital PRC 123/2022 INEX 010/2022

1 mensagem

Licitação Comissão <licitacao@pontenova.mg.gov.br> 11 de agosto de 2022 14:02
Para: mrocha@qualicorp.com.br, cadastro@unimedpontenova.com.br, plamhagvendas@gavazza.com.br

Segue em anexo o edital para sua apreciação.

--
Comissão de Licitação
Prefeitura Municipal de Ponte Nova
(31) 3819-5454 ou (31) 3819-5456

Edital 123-2022 Credenciamento de operadoras de plano de saúde.pdf
371K

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 104 PM-PN

CHAMADA PÚBLICA Nº 002/2022

EDITAL DE CREDENCIAMENTO
PROCESSO LICITATÓRIO Nº 123/2022 - INEXIGIBILIDADE Nº 010/2022

RECIBO DE RETIRADA DE EDITAL

Razão Social: UNIMED PONTE NOVA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO LTDA
CNPJ Nº.: 01.012.474/0001-16
Endereço: Avenida Dom Bosco, nº 447, Bairro Palmeiras
E-mail: cadastro@unimedpontenova.com.br
Cidade: Ponte Nova - Estado: Minas Gerais - Telefone: (31) 3819-8573
Pessoa para contato: Ângelo Alves Piuzana Barbosa (Comercial)
Recebemos, através do acesso à página **www.pontenova.mg.gov.br** nesta data, copiado instrumento convocatório da licitação acima identificada.

Local: Ponte Nova, 11 de agosto de 2022.

Ângelo Alves P. Barbosa
(Cadastro)
Unimed Ponte Nova

_____

Assinatura

Senhor Licitante,

Visando comunicação futura entre a Comissão Permanente de Licitações e a licitante, solicito de Vossa Senhoria preencher o recibo de entrega do edital e remeter à Comissão Permanente de Licitações através do e-mail: licitacao@pontenova.mg.gov.br

A não remessa do recibo exime a Comissão Permanente de Licitações da comunicação de eventuais retificações ocorridas no instrumento convocatório, bem como de quaisquer informações adicionais.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
ESTADO DE MINAS GERAIS

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
105
PM-PN-

SOLICITAÇÃO DE RETIFICAÇÃO DE EDITAL
PROCESSO LICITATÓRIO 123/2022 – INEXIGIBILIDADE 010/2022

Objeto: Contratação através de credenciamento de empresas operadoras de plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Após estudar e entende melhor as regulamentações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência reguladora dos planos de saúde do Brasil, verificou-se a necessidade de retificar o edital para atender as regulamentações e promover a igualdade de condições aos credenciados.

Sendo assim solicitamos a retificação do edital para que seja incluído o Projeto Básico retificado anexo a este memorando.

Ponte Nova, 22 de agosto de 2022.

José Damásio Gomes Junior
Auxiliar Administrativo
(Setor de Compras)

Revisado por,

Bruno Oliveira do Carmo
Assessor Municipal de Executivo do Gabinete

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
ESTADO DE MINAS GERAIS

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 106 PM - PN

PROJETO BÁSICO

1 OBJETO

1.1 O presente projeto básico tem por objeto a **contratação através de credenciamento** de empresas operadoras de plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência a saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência a Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura asssistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.

2 JUSTIFICATIVA

Como ação preventiva e com foco na qualidade de vida do servidor, é determinante possibilitar o acesso à assistência à saúde sempre que necessário. A Saúde Suplementar no Brasil oferece assistência médica e hospitalar privada através das Operadoras de Planos de Saúde.

O credenciamento caberá quando a Administração Pública estiver disposta a celebrar contrato com todas as entidades que demonstrarem interesse em executar objeto por ela delimitado, sem que a escolha de uma entidade privada implique em prejuízo de outra(s).

A possibilidade de que seja firmado o contrato com o maior número possível de administradoras de beneficios interessadas inviabiliza a competição, tornando fática a inexigibilidade da licitação, nos termos do art. 25, caput, da Lei nº 8.666/1993.

Este credenciamento pretende disponibilizar aos servidores uma maior oferta de planos e programas de assistência à saúde suplementar, por meio das administradoras credenciadas, para que assim sejam obtidas melhores opções na prestação de serviço, aliada à possibilidade de menor custo.

Verificamos que o objeto, sendo ofertado por um maior número de administradoras de plano de saúde, representará um ganho para os servidores do municipo de Ponte Nova, pois abrirá

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
107
P.M.-P.N.

diversidade de opções de escolha de planos de saúde de assistência suplementar médica. Por isso, o credenciamento visa garantir a igualdade de condições entre os interessados habilitados a firmar o contrato, não se falando em competição para a escolha da melhor proposta através de procedimento licitatório, uma vez que, de acordo com os critérios objetivos, haverá a garantia da impessoalidade para a convocação de todos os habilitados a fim de formalizarem o contrato.

Por fim, evidenciamos que o objeto será melhor atendido pela contratação do maior número de interessados habilitados possível, sendo legítimo promover chamamento público para credenciamento, restando comprovada a inviabilidade de competição para a contratação do objeto, tendo em vista que a necessidade da Administração ficaria restrita e limitada com a contratação de apenas uma administradora habilitada em concorrência por meio de procedimento licitatório.

3 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

3.1 Lei nº 8.666/93, art. 25;

3.2 Parecer nº 07/2013/CPLC/DEPCONSU/PGF/AGU;

3.3 Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;

3.4 Resolução Normativa ANS – nº 465, de 24 de fevereiro de 2021;

3.5 Resolução Normativa ANS – nº 195, de 14 de julho de 2009.

4 DA CONCEITUAÇÃO

4.1 Para fins deste documento, considera-se:

USUÁRIOS - os inscritos no Plano de Assistência à Saúde dos Servidores, na condição de beneficiários ativos e dependentes.

BENEFICIÁRIO TITULAR – membros e servidores efetivos ativos, os ocupantes de cargos comissionados, os contratados e os agentes políticos do Município de Ponte Nova/MG.

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – grupo familiar do Beneficiário Titular, na forma da Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações.

REDE CREDENCIADA – hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores pela Credenciada, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE – no mínimo: Ponte Nova e Região, em caráter eletivo, urgência e emergência.

OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE – empresa responsável pela prestação de assistência médica, ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêuticana internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 108 PMPN

Estatística Nacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, e atendimentos médico - hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 dejunho de 1998 e demais resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros(as) profissionais/instituições.

TIPOS DE PLANOS – a Operadora de Plano de Saúde credenciada deverá oferecer plano de saúde na modalidade com obstetrícia, na modalidade co-participativa em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

PLANO COM OBSTETRÍCIA - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria com no máximo 2 (dois) leitos.

REMOÇÃO - deslocamento dos usuários para o atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Termo de Referência, de acordo com a Resolução Normativa da ANS nº 259/2011, para garantir os prazos máximos de atendimento.

TERMO DE ADESÃO – termo que formaliza a adesão do servidor ao Termo de Credenciamento firmado entre a Prefeitura de Ponte Nova, gestor do Plano de Assistência à Saúde e a Operadora do Plano de Saúde.

CO-PARTICIPAÇÃO – é o valor que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

5 DOS BENEFICIÁRIOS

5.1 São considerados beneficiários titulares membros e servidores efetivos ativos, os ocupantes de cargos comissionados e os contratados do Município de Ponte Nova/MG.

5.2 São considerados beneficiários dependentes dos servidores:

3.2.1 o cônjuge ou companheiro e os filhos, de qualquer condição, inclusive os enteados até vinte e um anos de idade ou, se estudante universitário, até os vinte e quatro anos de idade, ou, se inválido, de qualquer idade;

3.2.2 o menor de vinte e um anos que, mediante autorização judicial, viver na companhia e às expensas do servidor;

3.2.3 a mãe ou o pai inválido sem economia própria;

3.3 Considera-se, para fins deste edital, companheira ou companheiro a pessoa que, sem ser casada, mantém união estável com o segurado ou com a segurada.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 109 PMPN

6 RELAÇÃO DE SERVIDORES POR FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETARIA	QUANTIDADE DE SERVIDORES
0-18	0
19-23	33
24-28	102
29-33	227
34-38	275
39-43	401
44-48	336
49-53	270
54-58	244
>59	224
Total	**2112**

6.1 A proposta do CREDENCIANTE deverá observar os valores máximos apresentados nas tabelas abaixo, sendo permitida a apresentação de preços menores:

PLANO – AMBULATORIAL/ HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA - ENFERMARIA		
FAIXA ETÁRIA		VALOR
1	0-18	69,17
2	19-23	89,93
3	24-28	99,82
4	29-33	112,80
5	34-38	126,33
6	39-43	142,75
7	44-48	169,87
8	49-53	236,12
9	54-58	304,60
10	>59	414,26

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
Consulta Eletiva	50%
Exames / Terapias / Outros atendimentos ambulatoriais	20%
Franquia Internação Enfermaria	R$ 00,00

7 CO-PARTICIPAÇÃO NOS CUSTEIOS DOS SERVIÇOS

7.1 A co-participação é de inteira responsabilidade do beneficiário titular e será paga ao Plano de Saúde.

7.2 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.

7.3 A participação no custo dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 110 PM-PN

8 DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

8.1 A inclusão de beneficiários no Plano de Saúde far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa perante o Plano de Assistência a Saúde dos Servidores.

8.2 É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário do Plano de Saúde de que trata este objeto.

8.3 O Beneficiário Titular disporá do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação do Plano de Saúde, para solicitar as suas adesões e dos seus dependentes, se for o caso, no Plano de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após esse prazo os beneficiários cumprirão as carências determinadas pela ANS.

8.4 O Beneficiário Titular que ingressar na Prefeitura Municípal de Ponte Nova/MG após 30 (trinta) dias da 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, isentos de carência para usufruir dos serviços abrangidos. Após esse prazo, o beneficiário deve cumprir as carências determinadas pela ANS.

8.5 Em caso de pluralidade de empresas credenciadas, o beneficiário que desejar migrar de um plano para outro, será isento de carência, desde que, tenham cumprido todos os requisitos do contrato anterior, tendo em vista as regras contratuais e da ANS.

8.6 Os dependentes que adquirirem essa condição por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade após a inclusão inicial de membros e servidores ativos terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no Plano de Assistência à Saúde, sob pena do cumprimento da carência determinadas pela ANS.

8.7 Fica sujeita à carência determinadas pela ANS a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo Beneficiário Titular.

8.8 A solicitação de inscrição de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	INICÍO DA VIGÊNCIA
1º ao 20º dia	1º dia do mês subsequente.
21º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente.

8.9 A solicitação de exclusão de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial.

PERÍODO DE EXCLUSÃO	FIM DE VIGÊNCIA
1º ao 30º dia	1º dia do mês subsequente.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 111 PMPN

8.10 Caberá ao Município de Ponte Nova/MG a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos membros e servidores ativos, seus dependentes, indicando a relação de parentesco dos dependentes com o membro ou servidor, quando solicitados pelo Plano de Saúde.

9 DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

9.1 A exclusão do titular no Plano de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique a suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e outras situações previstas em Lei.

9.2 No caso de afastamento legal, o servidor poderá optar por permanecer no Programa de Assistência à Saúde, durante o período do afastamento.

9.3 É de responsabilidade do Beneficiário Titular solicitar, formalmente ao Plano de Assistência a Saúde dos Servidores, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

9.4 Os beneficiários excluídos do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores do Município de Ponte Nova/MG serão responsáveis pela devolução imediata de sua carteira de identificação, as de seus dependentes e as dos demais vinculados, se houver.

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

10 DA CARÊNCIA

10.1 Não poderá ser exigida nenhuma carência para utilização dos benefícios do Plano de Saúde:

10.1.1 dos usuários inscritos na forma regulamentada no item 8;

10.1.2 em situações de urgência ou emergência, ocorridas após o início de vigência da cobertura.

10.1.3 para consultas médicas.

10.2 Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

10.3 Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

11 DA PORTABILIDADE

11.1 A portabilidade se dará de acordo com a norma de vigência estabelecida pela ANS (RNnº 438/2018 e alterações posteriores).

12 DOS BENEFÍCIOS

12.1 As operadoras de planos de saúde credenciadas cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, hospitalares, psiquiátricos e obstétricos, previstos na legislação

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 112 PMPN

vigente e conforme o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

13 DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES

13.1 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.

14 DAS URGÊNCIAS E EMÊRGENCIAS

14.1 Atendimentos de Emergência e Urgência nos seguintes casos:

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

14.1.2 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.

14.1.3 É assegurado o atendimento de urgência e emergência, imediatamente a 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, observando-se o seguinte:

14.1.4 O Plano de Saúde deverá garantir cobertura de urgência ou emergência,incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, garantindo cobertura para internação;

14.1.5 Caberá às operadoras de plano de saúde contratadas pela Prefeitura de Ponte Nova 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.

15 DO REEMBOLSO

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

15.1.1 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;

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

15.2 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 trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 113 -PM-PN-

reembolso parcial.

15.3 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 penade perder o direito ao reembolso.

16 DA REMOÇÃO

16.1 A Operadora de Plano de saúde deverá garantir a remoção do usuário internado de acordo com a solicitação do médico assistente para outro estabelecimento hospitalar dentro do território nacional utilizando para tanto veículo equipado com recursos técnicos que garantam a segurança e conforto ao beneficiário.

16.2 A operadora de Plano de Saúde deverá dispor de serviço 24 (vinte e quatro) horas de ambulância e UTI móvel para atendimento aos beneficiários.

17 DAS ACOMODAÇÕES

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

17.1.1 Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria de no máximo 2 (dois) leitos.

17.2 Os planos deverão ser oferecidos na modalidade com a co-participação em eventos de consultas, exames, terapias e atendimentos ambulatoriais, os quais não necessitem de autorização prévia.

18 REDE CREDENCIADA

18.1 As operadoras de Plano de Saúde contratadas através deste credenciamento deverão oferecer aos servidores do município de Ponte Nova/MG toda sua rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar, com cobertura no minimo regional.

18.2 As Operadoras de Plano de Saúde contratadas através deste credenciamento deverão oferecer 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.

19 DAS OBRIGAÇÕES

19.1. São obrigações da Operadora do Plano de Saúde:

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

b) elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 114 P.M.-P.N.

c) proteger o sigilo médico dos beneficiários;

d) entregar os documentos comprobatórios dos gastos, as autorizações e listagem por usuário realativo aos procedimentos executados até o dia 25 do mês de competência;

e) Caberá às Operadoras contratadas, além das responsabilidades resultantes do Contrato, cumprir os dispositivos da Lei Federal nº 9.656/98; 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;

f) 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;

g) Promover o reembolso de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial;

h) Promover o reembolso de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial;

i) 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;

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

k) fornecer, gratuitamente, aos usuários, 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 àdisposição dos usuários);

l) manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato;

m) assumir inteira resposabilidade civil, administrativa e penal por quaisquer danos e prejuízos materiais ou pessoais causados pelo contratado, seus empregados ou prepostos, a contratante, seus funcionários e depentendentes ou terceiros, aplicando-se ao presente contrato na Lei n. 8.078/90 e especial os artigos 14 e 20;

n) assegurar os direitos e cumprimento de todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da ANS, inclusive quanto aos preços praticados no contrato;

o) manter durante o período contratual as mesmas condições de habilitação;

p) arcar com o pagamento de todos os encargos fiscais, trabalhistas, previdenciários, fretes, seguros mão-de-obra que incidam sobre os serviços prestados;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 115 PM-PN-

q) garantir cobertura de quaisquer exames e procedimentos médicos indicados pela Agência nacional de Saúde Suplementar;

r) assegurar o padrão de qualidade que obedeça as normas éticas no tocante ao relacionamento com o paciente e seus familiares, com respeito a sua integridade física e moral e acatamento a seus direitos de modo geral;

19.2. São obrigações da Prefeitura de Ponte Nova, gestor do Plano de Assistência a Saúde do servidor:

a) colocar à disposição da contratada informações e dados cadastrais dos Beneficiários, que não se encontrem resguardados por sigilo;

b) permitir a contratada a divulgação do plano de saúde, junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

c) permitir aos prepostos da contratada o acesso às dependências da Prefeitura de Ponte Nova/MG, 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 contrato;

d) acompanhar e fiscalizar a execução dos Termos de Credenciamento, 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) efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;

20 REQUISITOS TÉCNICOS DE CREDENCIAMENTO

20.1 As empresas interessadas em firmar Termo de Credenciamento com Município de Ponte Nova/MG deverão cumprir as seguintes condições:

20.1.1 Estar devidamente registrada na ANS e possuir autorização de funcionamento;

20.1.2 Comprovar, através de no mínimo 01 (um) atestado de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços compatíveis com o objeto desta licitação;

20.1.3 Declarar que dispõe de Rede Credenciada para atender aos beneficiários do Município de Ponte Nova/MG, na forma exigida neste Termo;

20.1.4 Apresentar preços dos planos de saúde incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços;

21 DA VIGENCIA E DO REAJUSTE

21.1 O prazo de vigência do credenciamento será de 12 (doze) meses, renováveis até o limite

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
116
PM-PN

do inciso II do art.57 da Lei 8.666/93.

21.2 Os preços propostos não serão reajustados durante o período de 12 (doze) meses, na forma do § 1º do art. 28 da Lei 9.069, de 29 de junho de 1995. Os preços poderão ser alterados após esse período, e a cada 12 (doze) meses, com base no índice divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para reajuste da modalidade coparticipativa e/ou com base na sinistralidade quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento), mediante assinatura de Termo Aditivo contratual.

21.3 Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e o município de Ponte Nova/MG.

22 ALTERAÇÃO SUBJETIVA

22.1 É admissível a fusão, cisão ou incorporação da contratada com/em outra pessoa jurídica, desde que:

22.1.1 Sejam observados pela nova pessoa jurídica todos os requisitos de habilitação exigidos na licitação original;

22.1.2 Sejam mantidas as demais cláusulas e condições do Contrato;

22.1.3 Não haja prejuízo à execução do objeto pactuado e haja a anuência expressa da Administração à continuidade do contrato.

23 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

23.1 Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do município de Ponte Nova/MG a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

23.2 O pagamento será realizado mediante consignação em folha ou autorização de débito na conta corrente indicada no ato de adesão pelo beneficiário, ou mediante boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.

24 DO INÍCIO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

24.1 Após assinatura do contrato, as empresas têm até 5 (cinco) dias úteis para iniciar o oferecimento da prestação dos serviços aos servidores da Prefeitura de Ponte Nova/MG.

25 DISPOSIÇÕES GERAIS

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

25.2 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

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
117
PMPN

exames complementares de diagnóstico.

25.3 A operadora de Plano de Saúde deverá possuir, na data de assinatura do Termo de Credenciamento, Central de Atendimento, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

25.4 As exclusões de usuários do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores serão, tempestivamente, comunicadas a operadora. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva do beneficiário e da Operadora de Plano de Saúde.

25.5 O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde contratada, de acordo com o plano subscrito por ele, 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.

25.6 No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora de Plano de Saúde contratada.

25.7 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.

25.8 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.

25.9 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.

25.10 A liberação dos cartões de identificação de usuário deverá ocorrer em até 10 (dez) dias após a adesão ao Plano, porém deverá ser garantido o atendimento do usuário imediatamente após a adesão, de forma que a falta do cartão não lhe implique em prejuízo.

25.11 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.

25.12 No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora de Plano de Saúde contratada.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 118 PM-PN-

25.13 Os casos omissos serão dirimidos pela Prefeitura de Ponte Nova em conjunto com a Administradora de Benefícios.

26 DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

26.1 - Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 8.666, de 1993, a Contratada que: Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação; Ensejar o retardamento da execução do objeto; Fraudar na execução do fornecimento; Comportar-se de modo inidôneo; Cometer fraude fiscal; Não mantiver a proposta.

26.2 - A Contratada que cometer qualquer das infrações discriminadas no subitem acima ficará sujeita, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às sanções impostas pelo Decreto Municipal 11.955/2021.

Ponte Nova, 26 de agosto de 2022.

Elaborado por,

José Damásio Gomes Junior
Auxiliar Administrativo
(Setor de Compras)

Revisado por,

Bruno Oliveira do Carmo
Assessor Municipal de Executivo do Gabinete

Ratificado por,

Fernando Antônio de Andrade
Secretária Municipal de Governo

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 119

PARECER JURÍDICO

Processo Licitatório nº: 123/2022
Modalidade: Pregão Eletrônico nº 010/2022
Objeto: Credenciamento para contratação de empresa operadoras de planos de saúde.
Finalidade do Parecer: Art. 38, VI, da lei 8666/93

SUMÁRIO: PARECER JURÍDICO. ANÁLISE. IMPUGNAÇÃO DO EDITAL.

1. RELATÓRIO

Trata-se de análise da possibilidade de retificação do edital em razão de mudanças no projeto básico.

Assim, os autos foram encaminhados para esta Assessoria para Parecer Jurídico.

É o relatório do necessário.

2. FUNDAMENTAÇÃO

Trata-se de análise de retificação do instrumento convocatório em razão de conveniência administrativa.

De início, convém asseverar que a licitação, conforme se pode aferir do dispositivo constitucional, mais precisamente o art. 37, XXI, é procedimento que precede as contratações públicas, devendo observar diversos princípios constitucionais e legais.

Como é cediço, um dos princípios mais importantes afetos à licitação é aquele que cuida da vinculação ao instrumento convocatório, vinculando tanto os licitantes quanto à Administração Pública. É nesse sentido o artigo 3º da Lei de Licitações:

> Art. 3º **A licitação destina-se a garantir** a observância do princípio constitucional da isonomia, a seleção da proposta mais vantajosa para a administração e a promoção do desenvolvimento nacional sustentável e será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da **vinculação ao instrumento convocatório**, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos. (grifos nossos).

Estabelecida esta premissa, especialmente no âmbito do princípio da vinculação ao instrumento convocatório, é preciso iniciar o estudo do caso em tela analisando o pedido de retificação do edital.

Assim sendo, passamos a analisar a legalidade dos procedimentos ulteriores ao pedido de retificação do edital.

Cumpre-nos trazer os preceitos da lei 8.666/93 acerca do tema, *verbis:*

> Art. 21, Lei 8.666/1993:

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
120
P.M.P.N.

> §4º: Qualquer modificação no edital exige divulgação pela mesma forma que se deu o texto original, reabrindo-se o prazo inicialmente estabelecido, exceto quando, inquestionavelmente, a alteração não afetar a formulação das propostas. (grifo nosso)

Dito isto, a obra do já citado Marçal Justen Filho, nos traz lições esclarecedoras acerca dos caminhos que a licitação deve tomar a partir da constatação de um vício nas exigências do edital, vejamos:

> Ao produzir e divulgar o ato convocatório, a Administração exercita juízos de conveniência e oportunidades sobre o objeto a ser contratado, os requisitos de participação, os critérios de seleção do vencedor. **Se a Administração identificar, posteriormente, algum defeito na sua atuação anterior, ser-lhe-á assegurada a faculdade de rever o edital – mas isso importará a invalidação do certame e a renovação da competição.** No curso de uma licitação, é vedado alterar os critérios e as exigências fixadas no ato convocatório. (Comentários à lei de licitações e contratos administativos; Marçal Justen Filho. Ed. 2019. Pg. 112).
>
> **Se a Administração reputar viciadas ou inadequadas as regras contidas no edital, não lhe é facultado pura e simplesmente ignorá-las ou alterá-las.** Verificando a nulidade ou a inconveniência dos termos do edital, a Administração poderá valer-se de suas faculdades para o desfazimento dos atos administrativos. Porém, **isso acarretará necessariamente o refazimento do edital, com invalidação do procedimento licitatório já desenvolvido. Deverá ser reiniciado o procedimento licitatório (inclusive com novas publicações pela imprensa). Ter-se-á, na verdade, novo procedimento licitatório.** Esse princípio foi expressamente consagrado no art. 21, §4º, da lei 8.666/93. (Comentários à lei de licitações e contratos administativos; Marçal Justen Filho. Ed. 2019. Pg. 963).

Neste sentido também é o entendimento do STJ:

> Consoante dispõe o art. 41 da Lei 8.666/1993, a Administração encontra-se estritamente vinculada ao edital de licitação, não podendo descumprir as normas e condições dele constantes. **É o instrumento convocatório que dá validade aos atos administrativos praticados no curso da licitação, de modo que o descumprimento às suas regras deverá ser reprimido.** Não pode a Administração ignorar tais regras sob o argumento de que seriam viciadas ou inadequadas.
>
> **Caso assim entenda, deverá refazer o edital, com reinício do procedimento licitatório, jamais ignorá-las**. (MS 13.005/CF, 1ª S., rel. Min. Denise Arruda, j. em 10.10.2007, Dje de 17.11.2008).

Com efeito, de tudo que se lê, o que se extrai do principio da inalterabilidade do instrumento convocatório é que havendo alteração das regras do edital, se faz necessário o seu "refazimento", nas palavras de Marçal Justen Filho, com nova publicação, inclusive, isso para que todos os interessados tenham ciência das novas regras do certame. Frise-se, somente é possível a sua alteração direta em situações excepcionais, atestada a irrelevância da alteração.

Quanto a minuta do edital e do contrato, analiso e concluo que não qualquer óbice para publicação do edital.

Pelo que se pode aferir da justificativa de retificação de edital, a alteração, s.m.j., é capaz de alterar a formulação das propostas, merecendo, pois, a realização dos procedimentos legalmente traçados.

Recomenda-se que este parecer seja utilizado em todos os casos análogos.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 121

3. CONCLUSÃO

Por todo exposto, esta Assessoria Jurídica **OPINA**, s.m.j., com fulcro na fundamentação acima apresentada, não se opõe à retificação do edital, devendo observar o princípio da publicidade, reabrindo-se o prazo inicialmente estabelecido, inclusive com novas publicações pela imprensa, nos termos do artigo 21, §4º da Lei 8.666/1993.

Registre-se que a presente análise não alcança a motivação da contratação, bem como a descrição do objeto, questões técnicas, preço estimado e demais critérios de conveniência e oportunidade administrativa, que são alheios a este parecer jurídico.

OPINA, por fim, pela observância da publicidade dos atos subsequentes do procedimento, nos termos legais.

Recomenda-se que este parecer seja utilizado em todos os casos análogos

É o parecer, em caráter opinativo e não vinculativo.

Ponte Nova, 29 de agosto de 2022.

Daniel dos Santos Pavione
Assessor Jurídico II
OAB/MG 121.838

Mariana Rocha de Jesus Passos
Assessora Jurídica I
OAB/MG 190.487

Contratação EMERGENCIAL de pessoa jurídica especializada para realização de procedimento cirúrgico de ANGIOPLASTIA CORONORIANA EM DA, conforme prescrição médica ao paciente J.O., e em cumprimento a decisão proferida no Processo Judicial nº 5001035-33.2022.8.13.0249, e em atendimento a solicitação da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Patrocínio do Muriaé - MG. Contratada: CASA DE SAÚDE SANTA LUCIA S/A, CNPJ nº 22.790.182/0001-84, Contrato nº 041/2022, onde se lê valor: R$ 15.800,00, leia-se valor: R$ 26.800,00. Prazo: 6 (seis) meses, iniciando-se em 10/08/2022 - Dotações Orçamentárias: 02.04.01.10.301.0017.2.024.33.90.39 e outras. Amparo no Artigo 24, Inciso IV da Lei nº 8.666/93 e suas alterações.

Patrocínio do Muriaé, 10 de Agosto de 2022.

PAULO AZIZ DAHER –
Prefeito.

Publicado por:
Flaviane Avila Ferreira
Código Identificador:47B6C20E

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA DO ANTA-MG

PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA DO ANTA - MG
PREGÃO ELETRÔNICO 07/2022

PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA DO ANTA/MG - EDITAL RETIFICADO Nº 043/2022 - Processo nº 274/2022 - Pregão Eletrônico nº 07/2022. Tipo menor preço por item. Objeto: Aquisição de retroescavadeira para atender às demandas da Secretaria de Infraestrutura, Serviços Públicos e Saneamento, em atendimento ao Contrato de Financiamento BDMG/BF nº 345.578/22. ONDE SE LÊ: A data de início e abertura será 09/09/2022. LEIA-SE: A data de início e abertura será 16/09/2022 às 9h no endereço eletrônico www.comprasgovernamentais.gov.br. O edital e seus anexos estão disponíveis nos sites: www.comprasnet.gov.br e www.pedradoanta.mg.gov.br -

Pedra do Anta, 30/08/2022.

MICHELLY CRISTINA DA SILVA
Pregoeira.

Publicado por:
Michelly Cristina
Código Identificador:34D1C94B

PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA DO ANTA - MG
PREGÃO PRESENCIAL 029/2022

Processo nº 284/2022 - Pregão Presencial nº 29/2022 – Edital nº 046/2022. Tipo Maior Oferta por Lote. Objeto: Permissão de uso e exploração comercial de bem público para instalação de praça de alimentação e bebidas e parque de diversão no evento "Pedra do Anta em Festa, 1º Trilhão e XXIII Cavalgada de Pedra do Anta" que será realizado nos dias 23, 24 e 25 de setembro de 2022. A data de início e abertura dos envelopes será no dia 13/09/2022 às 08h30. O edital e seus anexos estão disponíveis no site: www.pedradoanta.mg.gov.br -

Pedra do Anta, 30/08/2022.

MICHELLY CRISTINA DA SILVA -
Pregoeira.

Publicado por:
Maria Magna Reis
Código Identificador:57972872

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PINTÓPOLIS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PINTÓPOLIS
PREGÃO PRESENCIAL Nº 038/2022

PREGÃO PRESENCIAL Nº 038/2022

PREFEITURA MUNICIPAL DE PINTOPOLIS/MG, torna público que realizará Pregão Presencial 038/2022.Objeto: Contratação de empresa para aquisição de 01 (um) veículos 0km, tipo pick-up, em atendimento a proposta nº 11346.711000/1210-02 e 81000792.Data da abertura das propostas, dia 16/09/2022 às 09:00h. maiores informações pelo e-mail: licitacaopintopolis@yahoo.com.

NALDENE CORDEIRO PINTO
pregoeiro.

Publicado por:
Naldene Cordeiro Pinto
Código Identificador:6807BC12

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
AVISO DE SUSPENSÃO - PROCESSO Nº 129/2022, PREGÃO ELETRÔNICO Nº 089/2022

A Pregoeira, juntamente com a equipe de apoio, decide suspender a sessão do pregão referente ao Processo nº 129/2022, Pregão eletrônico nº 089/2022, cujo objeto é a Contratação de sistema de gestão de comunicação interna e externa e gerenciamento eletrônico de documentos, que seria realizada no dia 31/08/2022 (trinta e um de agosto de dois mil e vinte e dois) às 13:00hs, a pedido da Secretaria Municipal de Governo. A suspensão se faz necessária para avaliação dos pedidos de esclarecimentos e de impugnação. Portanto a sessão fica suspensa sine die.

SANDRA HELENA DE CARVALHO LANA
Pregoeira

Publicado por:
Sandra Helena de Carvalho Lana
Código Identificador:834A25C7

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
RETIFICAÇÃO DE EDITAL - PROCESSO Nº 123/2022 – INEXIGIBILIDADE Nº 010/2022

A Prefeitura Municipal de Ponte Nova, juntamente com a Pregoeiro e a Equipe de Apoio, vem por meio desta "RETIFICAR" o Edital do Processo Licitatório Nº 123/2022 – Inexigibilidade Nº 010/2022 cujo objeto é o credenciamento de empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. A referida retificação altera o Edital e estará disponível no site da Prefeitura no endereço www.pontenova.mg.gov.br, não obstante, serão avisados todos os possíveis participantes que enviaram o recibo de retirada de edital. Publique-se, afixe-se no Saguão para atendimento legal.

JÚLIO PIRES MONTEIRO
(Pregoeiro).

Publicado por:
Sandra Helena de Carvalho Lana
Código Identificador:6862B503

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
AVISO DE LICITAÇÃO PE Nº 098/2022 - SRP PARA AQUISIÇÃO DE EMULSÃO ASFÁLTICA

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA - MG. Aviso de Licitação. PRC Nº 138/2022 – Pregão Eletrônico Nº 098/2022 - A Prefeitura Municipal de Ponte Nova - MG torna público para o conhecimento de quantos possam interessar que estará realizando as licitações, Pregão na forma eletrônica, conforme a seguir:

PROCESSO Nº 138/2022 – Pregão Eletrônico Nº 098/2022 – Data: 14/09/2022 às 13h00min. Registro de preços para futura e eventual aquisição de material asfáltico.

PREFEITURA DE PONTE NOVA



Licitação

Confira abaixo as informações referentes à licitação selecionada.
Informação disponibilizada conforme Art. 8º, §1º Inciso IV, da Lei 12.527/11 e Art. 7º, Inciso I, alínea "e", do Decreto nº 7.185/10.

Número da licitação: 10/2022

Número do processo administrativo: 123

Modalidade da licitação: Inexigibilidade

Fundamentação legal: Artigo 25 Lei 8666/1993

Objeto: CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS OPERADORAS DE PLANO DE SDAÚDE MÉDICO HOSPITALAR ESPECIALIZADA PARA FORNECIMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, DEVIDAMENTE AUTORIZADAS PELA AGÊNCIA NACIONAL NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR ANS

Unidade solicitante: Prefeitura Municipal de Ponte Nova

Data de publicação: 03/08/2022

Data limite: 08/08/2022

Data de abertura: 08/08/2022

Horário de abertura: 12:00

Status: Em andamento

Arquivos para download

Realize o login para receber em seu e-mail todas as notificações pertinentes a este processo. É possível efetuar o download dos arquivos abaixo sem a necessidade do login, porém você não receberá as atualizações deste processo.

Clique aqui para fazer login. Caso ainda não possua cadastro, **cadastre-se aqui.**

Nós utilizamos cookies para otimizar e aprimorar sua navegação do site, manter uma melhoria contínua no conteúdo oferecido e aperfeiçoar a experiência de nossos usuários. Todos os cookies, exceto os estritamente necessários, necessitam de seu consentimento para serem executados.

CONFIGURAÇÕES CONCORDO

Editais

Avisos/Erratas

Resultado

Esclarecimento

Contratos

Atas

Homologação

Outros documentos do processo

EDITAL DE CREDENCIAMENTO PRC 123/2022 INEXIGIBILIDADE 010/2022
371kb

Data da publicação: 03/08/2022

EDITAL DE CREDENCIAMENTO RETIFICADO PRC 123A/2022 INEXIGIBILIDADE 010A/2022
368kb

Data da publicação: 31/08/2022

Enviar questionamentos

Questionamento

Caracteres restantes:

1000

Nós utilizamos cookies para otimizar e aprimorar sua navegação do site, manter uma melhoria contínua no conteúdo oferecido e aperfeiçoar a experiência de nossos usuários. Todos os cookies, exceto os estritamente necessários, necessitam de seu consentimento para serem executados.

CONFIGURAÇÕES **CONCORDO**

Cadastre seu celular e faça parte da nossa lista de transmissão no Whatsapp

Digite o seu e-mail e receba notícias da Prefeitura

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 125 M - P N -

Nós utilizamos cookies para otimizar e aprimorar sua navegação do site, manter uma melhoria contínua no conteúdo oferecido e aperfeiçoar a experiência de nossos usuários. Todos os cookies, exceto os estritamente necessários, necessitam de seu consentimento para serem executados.

CONFIGURAÇÕES CONCORDO

Gmail

Licitação Comissão <licitacao@pontenova.mg.gov.br>

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 126 PM - P.N.

Edital retificado

1 mensagem

Licitação Comissão <licitacao@pontenova.mg.gov.br> 31 de agosto de 2022 10:28
Para: cadastro@unimedpontenova.com.br, mrocha@qualicorp.com.br, plamhagvendas@gavazza.com.br

Segue em anexo o edital retificado.

--
Comissão de Licitação
Prefeitura Municipal de Ponte Nova
(31) 3819-5454 ou (31) 3819-5456

Edital 123A-2022 Credenciamento de operadoras de plano de saúde.docx
95K

HOSPITAL
ARNALDO GAVAZZA

Av. Dr. José Grossi, 16 - Tel/Fax: (31) 3819-5000
Guarapiranga - CEP:35430-213 - Ponte Nova - MG

MISSÃO: Oferecer soluções em serviços de saúde, com humanização e m
contínua da qualidade, visando a reintegração de nossos clientes à sociedad
VISÃO: Ser reconhecido como hospital de alta complexidade, qualidade e
em seus serviços no estado de Minas Gerais, buscando o equilíbrio econôm

PROCESSO N° 123/2022 - INEXIGIBILIDADE N° 010/2022 RAZÃO

SOCIAL: Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho

CNPJ: 26.150.979/0001-78

ENDEREÇO: Av. Dr. José Grossi, 16 - Guarapiranga, Ponte Nova - MG, 35430-213
E-mails: plamhag@gavazza.com.br, lucimar@gavazza.com.br,
plamhagvendas@gavazza.com.br

Telefones: 38195018 ou 38195017

HOSPITAL
ARNALDO GAVAZZA
PLAMHAG

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
128
CPL - PMN

ANEXO III

MODELO DE PROPOSTA DE ADESÃO

Razão Social: Fundação Filantrópica e Beneficentede Saúde Arnaldo Gavazza Filho
CNPJ: 26.150.979/0001-78
Endereço: Av. Dr. José Grossi, 16 – Guarapiranga Ponte. Nova - MG, 35430-213
E-mail: plamhag@gavazza.com.br, plamhagvendas@gavazza.com.br, lucimar@gavazza.com.br.
Telefone: 31819-5017 ou 3819-5018
Representante: Lucimar Regina de Oliveira Fonseca - **CPF:** 920.169.526-87

Dados Bancários:
Nome: Banco Itaú
Agência N.º: [redacted]
C/C: [redacted]

TABELA DE VALORES

FAIXA ETÁRIA		VALOR
1	0-18	69,17
2	19-23	89,93
3	24-28	99,82
4	29-33	112,80
5	34-38	126,33
6	39-43	142,75
7	44-48	169,87
8	49-53	236,12
9	54-58	304,60
10	>59	414,26

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
Consulta Eletiva	50%
Exames / Terapias / Atendimentos ambulatoriais	20%
Franquia Internação Enfermaria	R$ 00,00

HOSPITAL
ARNALDO GAVAZZA
PLAMHAG

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
179
PM - PN -

RESSALVAS AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO
PROCESSO LICITATÓRIO Nº 123A/2022 - INEXIGIBILIDADE Nº 010A/2022

A Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho apresenta abaixo suas ressalvas às disposições contidas no Edital de Credenciamento do Processo Licitatório nº 123A/2022, e informa que para participar do certame o Município de Ponte Nova deverá anuir com as refridas ressalvas. Vejamos:

DO ATENDIMENTO DE URGENCIA E EMERGENCIA

A Operadora cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas no Contrato que será firmado, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares eatendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida no Contrato, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da CONTRATADA, independente da circunstância e do local de origem doevento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento.

Ressalta-se que os procedimentos em urgência e emergência terão cobertura em todo o território nacional, o qual será oferecido através **DO SISTEMA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM TRÂNSITO ABRAMGE,** não compreendendo todo território brasileiro, ficando adstrito às localidades indicadas pelas operadoras associadas constantes nos canais de informação disponibilizados pela ABRAMGE Nacional.

DA COPARTICIPAÇÃO

Entende-se por coparticipação o valor que o beneficiário pagará pelo uso de eventos de consultas, exames e atendimentos ambulatoriais.

DA MANUTENÇÃO DO CONTRATO E RESCISÃO

O plano empresarial será caracterizado pelo contingente mínimo de 50 vidas.

Desta forma, na hipótese do Município de Ponte Nova excluir beneficiários e o contrato permanecer com um número inferior a 50 vidas, o mesmo poderá ser rescindido em 60 (sessenta dias) dias.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
130

DA REMOÇÃO

A Operadora de Plano de Saúde deverá garantir, DENTRO DA ÁREA DE ABRANGENCIA DO PLANO, a remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente, utilizando para tanto veículo equipado com recursos técnicos que garantam a segurança e conforto ao beneficiário.

DA MINUTA DO CONTRATO

No que tange ao ANEXO V, salientamos que a Minuta do Contrato deverá será redigida de acordo com as normas vigentes da ANS, não podendo esta Operadora assinar o referido instrumento da forma como disposto no Edital de Credenciamento.

Diante do exposto, vem requerer ao Município de Ponte Nova/MG o credenciamento desta Operadora de planos de saúde para prestação dos serviços objeto deste credenciamento, nos termos do Edital 123/2022 e seus anexos, com as ressalvas expostas acima.

Em anexo, a documentação exigida.

Pede deferimento,

Ponte Nova, 15 de setembro de 2022.

Declaramos estar ciente de todas as cláusulas constantes no Edital, e aguardamosa aceitação pela Prefeitura Municipal de Ponte Nova para Credenciamento.

Lucimar Regina de Oliveira Fonseca

Lucimar Regina O. Fonseca
Superintendente Executiva

HOSPITAL
ARNALDO GAVAZZA
PLAMHAG

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
131
FM - FN

ANEXO II

MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

Razão Social: Fundação Filantrópica e Beneficentede Saúde Arnaldo Gavazza Filho
CNPJ: 26.150.979/0001-78
Endereço: Av. Dr. José Grossi, 16 – Guarapiranga Ponte. Nova - MG, CEP: 35430-213.
E-mail: plamhag@gavazza.com.br, plamhagvendas@gavazza.com.br, lucimar@gavazza.com.br.
Telefone: 31819-5017 ou 3819-5018

Vimos, por meio do presente, requerer nosso credenciamento na Chamada Pública 002/2022, cujo objeto é o **credenciamento de empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**,através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura assistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, sendo que os procedimentos em urgência e emergência terão cobertura em todo o território nacional, a ser prestada aos membros e servidores ativos doMunicípio de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições, em conformidade com o Edital nº 123/2022 e anexos, juntando para tanto, todos os documentos exigidos, devidamente assinados e rubricados.

Declaramos, sob as penas da lei, que tomamos conhecimento de todas as normas e condições para o cumprimento das obrigações objeto deste Credenciamento, com as quaisconcordamos integralmente.

Ponte Nova, 15 de setembro de 2022.

Lucimar Regina de Oliveira Fonseca
Lucimar Regina de Oliveira Fonseca
Superintendente Executiva

HOSPITAL
ARNALDO GAVAZZA
PLAMHAG

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
132
-PM-PN-

ANEXO IV

A Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho, inscrita no CNPJ: 26.150.979/0001-20, localizada à Av. Dr. José Grossi, Bairro Guarapiranga, na cidade de Ponte Nova - MG, CEP: 35430-213, por intermédio de sua representante legal, a Sra. Lucimar Regina de Oliveira Fonseca, inscrita no CPF sob o n.º [redacted]169.526-[redacted] DECLARA:

a) que o proprietário, diretor e/ou provedor desta empresa não pertence aos quadros de servidores públicos municipais de Ponte Nova/MG e nem ocupa cargo de chefia ou função de confiança no município de Ponte Nova/MG;

b) que aceita as normas do edital;

c) que atenderá a qualidade necessária à prestação dos serviços, em conformidade com a sua especificidade;

d) que compromete-se em disponibilizar a todos os beneficiários, na área de abrangência geográfica de que trata este edital, uma rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciaisconforme descrito no Projeto Básico;

e) que não possui entre os proprietários nenhum titular de mandato eletivo;

f) que não possui empregado menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, nos termos do Art. 27, Inciso V, da Lei 8.666/93 e alterações posteriores;

g) que não foi considerada INIDÔNEA para licitar ou contratar com a Administração Pública;

h) que inexiste fato impeditivo para a sua habilitação, estando ciente da obrigatoriedade de declararocorrências posteriores;

i) que cumpri o Estatuto da Criança e do Adolescente, conforme dispõe o art. 7º, Inciso XXXIII, da Constituição Federal.

Por ser expressão de verdade, firmamos a presente.

Ponte Nova, 15 de setembro de 2022.

Lucimar Regina de Oliveira Fonseca

Lucimar Regina O. Fonseca
Superintendente Executiva

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 133

Consulta Consolidada de Pessoa Jurídica

Este relatório tem por objetivo apresentar os resultados consolidados de consultas eletrônicas realizadas diretamente nos bancos de dados dos respectivos cadastros. A responsabilidade pela veracidade do resultado da consulta é do Órgão gestor de cada cadastro consultado. A informação relativa à razão social da Pessoa Jurídica é extraída do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica, mantido pela Receita Federal do Brasil.

Consulta realizada em: 22/09/2022 17:31:51

Informações da Pessoa Jurídica:

Razão Social: **FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO**
CNPJ: **26.150.979/0001-78**

Resultados da Consulta Eletrônica:

Órgão Gestor: **TCU**
Cadastro: **Licitantes Inidôneos**
Resultado da consulta: **Nada Consta**

Para acessar a certidão original no portal do órgão gestor, clique AQUI.

Órgão Gestor: **CNJ**
Cadastro: **CNIA - Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade**
Resultado da consulta: **Nada Consta**

Para acessar a certidão original no portal do órgão gestor, clique AQUI.

Órgão Gestor: **Portal da Transparência**
Cadastro: **Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas**
Resultado da consulta: **Nada Consta**

Para acessar a certidão original no portal do órgão gestor, clique AQUI.

Órgão Gestor: **Portal da Transparência**
Cadastro: **CNEP - Cadastro Nacional de Empresas Punidas**
Resultado da consulta: **Nada Consta**

Para acessar a certidão original no portal do órgão gestor, clique AQUI.



Obs: A consulta consolidada de pessoa jurídica visa atender aos princípios de simplificação e racionalização de serviços públicos digitais. Fundamento legal: Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014, Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, Lei nº 13.726, de 8 de outubro de 2018, Decreto nº 8.638 de 15, de janeiro de 2016.

FILTROS APLICADOS:

CPF / CNPJ: 26150979000178

LIMPAR

Data da consulta: 22/09/2022 17:15:13
Data da última atualização: 22/09/2022 12:00:04

DETALHAR	CNPJ/CPF DO SANCIONADO	NOME DO SANCIONADO	UF DO SANCIONADO	ÓRGÃO/ENTIDADE SANCIONADORA	TIPO DA SANÇÃO	DATA DE PUBLICAÇÃO DA SANÇÃO	QUANTIDADE
Nenhum registro encontrado							



ESTATUTO DA FUNDAÇÃO FILANTRÓPICA E BENEFICENTE DE SAÚDE ARNALDO GAVAZZA FILHO

Conforme aprovado na reunião ordinária de 07/08/2019.

CAPÍTULO I
DENOMINAÇÃO, REGIME JURÍDICO, SEDE, FINS E DURAÇÃO

Art. 1º. A **Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho** é pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia administrativa e financeira, regendo-se pelo presente estatuto e pela legislação que lhe for aplicável.

Parágrafo único. Para todos os efeitos legais, as denominações **Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho** ou **Fundação Arnaldo Gavazza**, bem como a expressão **Fundação** equivalem-se no texto do presente estatuto e normas complementares.

Art. 2º. A Fundação tem sede à Av. Dr. José Grossi, nº 16, bairro Guarapiranga, na Cidade de Ponte Nova, Estado de Minas Gerais.

CAPÍTULO II
FINALIDADES

Art. 3º. A Fundação tem por objetivos principais e permanentes:

I. Prestar assistência médico-hospitalar e ambulatorial a todos os cidadãos e aos plantadores de cana, afiliados à Minascana, dentro dos conceitos da Organização Mundial de Saúde e na prática do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais;
II. Operar plano privado de assistência à saúde suplementar, em observância às disposições da Lei nº 9.659/98 e Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
III. Dirigir e manter o Hospital Arnaldo Gavazza Filho, estabelecido em prédio próprio e em prédio e instalações da Associação dos Plantadores de Cana de Minas Gerais, cedidos mediante comodato.

Art. 4º. A Fundação organizar-se-á em tantas unidades de trabalho ou órgãos que se fizerem necessários à consecução de suas finalidades, as quais serão disciplinadas por regimentos internos específicos, previamente aprovados pelo Conselho Curador.

Art. 5º. A Fundação, com vistas a atingir seus objetivos, poderá firmar convênios e/ou contratos e articular-se, pela forma conveniente, com órgãos, entidades públicas ou privadas e/ou pessoas físicas ou jurídicas.

Art. 6º. O prazo de duração da Fundação é indeterminado.

CAPÍTULO III
PATRIMÔNIO E DAS RECEITAS

Art. 7º. O patrimônio da Fundação é constituído da dotação inicial, pelos bens obtidos por aquisição regular e por todos os bens corpóreos ou incorpóreos que vier a adquirir a título gratuito ou oneroso, livres e desembaraçados de ônus.

§ 1º. As doações e legados com encargos somente serão aceitos após a manifestação do Conselho Curador e autorização do Ministério Público.

§ 2º. A contratação de empréstimos financeiros, seja em bancos ou de particulares, bem como a gravação de ônus sobre imóveis, dependerá, primeiramente, de aprovação do Conselho Curador e, em seguida, de parecer do Ministério Público que, para tanto, poderá requisitar documentos e realização de perícia às expensas da Fundação.

§ 3º. A alienação, oneração ou permuta de bens para a aquisição de outros mais rentáveis ou de bens que não sirvam mais à Fundação, deverá, primeiramente, ser aprovada em reunião pelo voto de pelo menos 4 (quatro) dos 7 (sete) integrantes do Conselho Curador e, em seguida, ser aprovada pelo Ministério Público.

Art. 8º. Constituem rendas da Fundação:

a) Valores recebidos em virtude de sua atividade econômica hospitalar e de operação de plano de saúde;
b) Contribuições de pessoas físicas ou jurídicas, nacionais ou estrangeiras;
c) Subvenções, dotações, contribuições e outros auxílios estipulados em favor da Fundação pela Administração Pública direta e indireta;
d) Doações ou legados;
e) Produtos de operações de crédito, internas ou externas, para financiamento de suas atividades;
f) Rendimentos próprios dos imóveis que possuir;
g) Rendimentos decorrentes de títulos, ações ou ativos financeiros de sua propriedade;
h) Usufrutos e fideicomissos que forem constituídos;
i) Juros bancários e outras receitas de capital;
j) Outras rendas eventuais.

§ 1º. O patrimônio, recursos, receitas, rendas, rendimentos e eventual *superávit* apurado pela Fundação serão integralmente aplicados no País, na consecução e desenvolvimento de seus objetivos institucionais.

§ 2º. É vedada a distribuição graciosa de qualquer parcela de seu patrimônio, rendas, bonificações ou vantagens, sob qualquer forma ou pretexto, a dirigentes, funcionários, Conselheiros ou instituidores.

§ 3º. Os bens pertencentes à Fundação não poderão ter destinação que contrarie os objetivos estatutários.

§ 4º. A Fundação aplicará as subvenções e doações recebidas nas finalidades a que estejam vinculadas.

CAPÍTULO IV
ESTRUTURA ORGÂNICA

Art. 9º. São órgãos da administração da Fundação:

I. Conselho Curador;
II. Departamento Executivo;
III. Conselho Fiscal.

§ 1º. A Fundação não remunera ou concede vantagens ou benefícios a seus Conselheiros ou instituidores, direta ou indiretamente, por qualquer forma ou título, em razão de competências, funções ou atividades que lhes sejam atribuídas por este estatuto.

§ 2º. Os integrantes dos Conselhos Curador e Fiscal não responderão pelas obrigações da Fundação, exceto quando agirem com culpa grave ou dolo ou, ainda, com violação da lei ou do estatuto.

CAPÍTULO V
CONSELHO CURADOR

Art. 10. O Conselho Curador, órgão superior de deliberação da entidade, é constituído por 7 (sete) representantes com mandato de 4 (quatro) anos, sendo permitida até 4 (quatro) reconduções para períodos consecutivos.

§ 1º. Estará impedido de exercer as funções de Conselheiro Curador aquele que tiver contra si sentença penal condenatória por crime doloso contra a vida, o patrimônio, a administração da justiça ou a fé pública ou sentença condenatória por ato de improbidade administrativa, bem como aquele que tiver causado prejuízo à Fundação, por dolo ou culpa grave.

§ 2º. Findo o mandato de 4 (quatro) anos, os Conselheiros poderão ser reconduzidos automaticamente para um novo mandato de mesmo período, devendo o Conselheiro que não se interessar na recondução manifestar expressamente este desejo.

§ 3º. Em caso de vacância por morte, renúncia, destituição ou não desejo de recondução, os conselheiros remanescentes escolherão os novos conselheiros privilegiando aqueles indicados por alguns dos clubes de serviços em funcionamento na cidade de Ponte Nova, tipo Rotary, Lions clube e/ou Maçonaria ou representantes indicados pelo Conselho Regional de Contabilidade, pelo Sindicato de Canavieiros de Ponte Nova, pela Associação Comercial e Industrial de Ponte Nova e pelos representantes indicados pelo Corpo Clínico do Hospital Arnaldo Gavazza Filho.

§ 4º. É reservado ao Corpo Clínico do Hospital Arrnaldo Gavazza Filho, mediante eleição interna, a presença de pelo menos 2 (dois) representantes no Conselho Curador da Fundação, não podendo, no entanto, seus representantes ultrapassarem esse número.

§ 5º. Na hipótese de a entidade não proceder a indicação e os Conselheiros anteriormente indicados não puderem ser reconduzidos em virtude de proibição estatutária ou na hipótese de não desejarem ser reconduzidos, os integrantes remanescentes do Conselho Curador comunicarão o fato ao Ministério Público que, em certificando a ocorrência, determinará, sob pena de fazê-lo diretamente, que os integrantes remanescentes elejam, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em reunião extraordinária, o novo componente dentre os indicados pelos Conselheiros, para complementar ou assumir novo mandato.

§ 6º. No caso de 4 (quatro) ou mais conselheiros optarem pela não recondução, a formação do novo Conselho Curador caberá ao Ministério Público.

§ 7º. Só será permitida a recondução dos representantes para um quinto mandato, após a deliberação dos Promotores de Justiça oficiantes na Curadoria de Fundações de Ponte Nova.

§ 8º. A recondução dos Conselheiros Curadores oriundos das duas vagas pertinentes ao Corpo Clínico do Hospital Arnaldo Gavazza Filho deverão ser precedidas de decisão majoritária dos membros desse corpo Clínico no sentido de autorizar tais reconduções.

Art. 11. O Conselho Curador elegerá, dentre seus integrantes, logo que assumirem as suas funções, os nomes daqueles que ocuparão os cargos de Presidente, Vice-Presidente e Secretário, para mandato de 2 (dois) anos, sendo permitida a recondução.

§ 1º. O Presidente do Conselho Curador será também o Presidente da Fundação, tendo direito a voto como os demais Conselheiros.

§ 2º. Perderá automaticamente o mandato o integrante do Conselho Curador que faltar a 3 (três) reuniões consecutivas, ou a 5 (cinco) alternadas, a cada ano, sem se justificar, por escrito, no prazo de 5 (cinco) dias, perante o Conselho Curador, procedendo-se à substituição na forma prevista no § 3º, do artigo 10.

§ 3º. A destituição de qualquer integrante do Conselho Curador ocorrerá, a qualquer tempo, por decisão de pelo menos 5 (cinco) votos de seus integrantes, observando os postulados do devido processo legal, do contraditório e da ampla defesa.

§ 4º. Poderá requerer a destituição de qualquer integrante do Conselho Curador, o Ministério Público, o Diretor Clínico, desde que respaldado por pelo menos 2/3 do Corpo Clínico ou qualquer dos membros do próprio Conselho Curador e/ou Fiscal.

§ 5º. O Conselheiro Curador que requerer a destituição de seu par no Conselho não exercerá o direito de voto na sessão em que o assunto for debatido.

§ 6º. A petição de destituição será entregue ao Presidente do Conselho Curador que a colocará para apreciação dos demais componentes que poderão rejeitá-la, liminarmente, por maioria simples, se a mesma não estiver devidamente fundamentada.

Art. 12. São atribuições do Conselho Curador:

I. Eleger e dar posse ao seu Presidente, Vice-Presidente e Secretário;
II. Eleger e dar posse aos integrantes do Conselho Fiscal;
III. Eleger novo integrante do Conselho Curador na hipótese de não indicação pela entidade conforme previsto nos § 3º e § 5º do art. 10;
IV. Dirigir a Fundação, traçar a orientação geral de suas atividades e determinar a forma de exploração de suas receitas, rendas e patrimônio, respeitando suas finalidades estatutárias;
V. Cumprir e fazer cumprir o estatuto e o regimento interno do Hospital e demais departamentos;
VI. Contratar e demitir o(a) Superintendente Executivo(a);
VII. Destituir o membro do Conselho Fiscal e seus próprios integrantes (Conselho Curador), respeitadas as condições previstas no presente estatuto, em decisão fundamentada;
VIII. Designar data de eleição do Conselho Fiscal, observado o período de mandato, os casos de vacância e cumprir as demais disposições do estatuto;
IX. Convocar, em caráter extraordinário, o Conselho Fiscal;
X. Aprovar a aquisição de bens imóveis, mediante decisão fundamentada e desde que se destine ao cumprimento das finalidades estatutárias;

XI. Deliberar sobre a venda de bens imóveis, na forma e nas condições estabelecidas na lei e neste estatuto (art. 7º, § 3º);

XII. Aprovar a contratação de empréstimos e/ou financiamentos bancários, autorizando o gravame de bens da Fundação para garanti-los, nas condições estabelecidas na lei e no presente estatuto;

XIII. Autorizar a assinatura de acordos, contratos e convênios de interesse da Fundação, mediante projeto ou justificativa assinada pelo(a) Superintendente Executivo(a), nas condições estabelecidas na lei e no presente estatuto;

XIV. Deliberar sobre o orçamento anual ou plurianual, autorizando despesas extraordinárias;

XV. Deliberar, ouvido o Conselho Fiscal, sobre a prestação de contas da Superintendência Executiva, tomadas anualmente ou sempre que necessário, comunicando o resultado da deliberação ao órgão do Ministério Público;

XVI. Encaminhar ao órgão do Ministério Público, obrigatoriamente, o relatório anual de atividades da Fundação, bem como o balanço anual referente ao exercício anterior, aprovado pelo Conselho Fiscal;

XVII. Deliberar sobre a reforma, no todo ou em parte, do Estatuto, observando o Art. 66;

XVIII. Deliberar sobre a admissão ou exclusão de médicos do Corpo Clínico do Hospital Arnaldo Gavazza Filho ou de outro estabelecimento de saúde que venha gerir, sempre após manifestação expressa do Diretor Clínico que, sob pena de preclusão, dar-se-á de maneira formal, no prazo improrrogável de 10 (dez) dias úteis, a contar da solicitação formal de admissão e/ou exclusão formulada pelo Conselho Curador;

XIX. Indicar ao Presidente do Conselho Curador quais os poderes especiais que ele, mediante instrumento público, conferirá ao(à) Superintendente Executivo(a) para o exercício de suas funções, sendo vedada a confecção de procuração ampla e genérica;

XX. Convocar, sempre que necessário o(a) Superintendente Executivo(a) para fins de recebimento do relatório de atividades, balancete e decisões de ordem administrativas pertinentes;

XXI. Decidir sobre assuntos omissos no presente estatuto;

XXII. Admitir e demitir empregados da Fundação.

§ 1º. O Conselho Curador, no trato dos assuntos afetos à Fundação, deverá pautar-se pela observância dos princípios da legalidade, moralidade, razoabilidade e eficiência.

§ 2º. Para as deliberações a que se referem os incisos XVIII e XIX, que jamais poderão contrariar ou desvirtuar as finalidades da Fundação, exige-se o voto concorde de pelo menos 5 (cinco) integrantes dos membros do Conselho Curador.

§ 3º. O projeto de reforma do estatuto será aprovado pelo Conselho Curador e submetido à aprovação pelo órgão do Ministério Público e, caso este a denegue, ao juiz, a requerimento de qualquer membro do Conselho Curador.

§ 4º. Caso a aprovação do projeto de reforma estatutária não seja unânime, os membros do Conselho Curador, ao submeterem-na ao Ministério Público, requererão que se dê ciência à minoria vencida para impugná-la, se quiser, no prazo de dez dias, contados da ciência inequívoca.

§ 5º. Para as deliberações a que se referem os incisos VI e VII, exige-se a aprovação de pelo menos 5 (cinco) integrantes dos membros do Conselho Curador, apresentadas as razões da decisão, no caso de destituição ou demissão, ao órgão do Ministério Público.

§ 6º. O Presidente do Conselho Curador sempre exercerá o seu direito a voto.

Art. 13. O Conselho Curador reunir-se-á, ordinariamente, quinzenalmente, para atuar em conformidade com as atribuições que lhe foram deferidas pelo art. 12 deste estatuto.

Parágrafo único. As reuniões ordinárias instalar-se-ão, em primeira convocação com a presença mínima de 5 (cinco) dos integrantes do Conselho Curador e, em segunda convocação, 30 (trinta) minutos após a primeira, com a presença mínima de 3 (três) de seus integrantes.

Art. 14. O Conselho Curador se reunirá, extraordinariamente, quando convocado:

I. Por seu Presidente;
II. Por 1/3 (um terço) de seus integrantes;
III. Por ofício requisitório do Ministério Público;
IV. Pelo Conselho Fiscal.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias instalar-se-ão, em primeira convocação com a presença mínima de 5 (cinco) dos integrantes do Conselho Curador e, em segunda convocação, 30 (trinta) minutos após a primeira, com a presença mínima de 3 (três) de seus integrantes.

Art. 15. As convocações para as reuniões ordinárias e extraordinárias serão feitas com antecedência mínima de 3 (três) dias para aquelas e de 24 horas para essas outras, mediante correspondência pessoal, fax, e-mail ou outro sistema de transmissão de dados, com indicação da pauta a ser tratada.

Art. 16. As decisões do Conselho Curador, ressalvados os casos expressos em lei, neste estatuto ou no regimento interno, serão tomadas pelo voto da maioria simples dos integrantes presentes.

Art. 17. Compete ao Presidente do Conselho Curador.

I. Representar a Fundação, ativa e passivamente, judicial e extrajudicialmente, mediante procuração por instrumento público, passada pela maioria de 5 (cinco) dos membros do Conselho Curador, conferindo-lhe detalhadamente as atribuições;
II. Convocar e presidir as reuniões do Conselho Curador;
III. Orientar, dirigir e supervisionar as atividades da Fundação;
IV. Empossar o(a) Superintendente Executivo(a);
V. Assinar, juntamente com o(a) Superintendente Executivo(a), cheques e ordens de pagamento, bem como quaisquer documentos relativos às operações ativas, inclusive a movimentação bancária e outras aplicações financeiras da Fundação;
VI. Assinar convênios, acordos, ajustes e contratos com entidades públicas e privadas ou com pessoas físicas, com o intuito de assegurar a plena realização dos objetivos da Fundação, bem como a orientação estabelecida pelo Conselho Curador;
VII. Ouvido previamente o Conselho Curador, admitir, promover, transferir e dispensar empregados da Fundação;
VIII. Ouvido previamente o Conselho Curador, contratar e dispensar o(a) Superintendente Executivo(a), bem como estabelecer a sua remuneração;
IX. Cumprir e fazer cumprir este estatuto e os demais regimentos internos;
X. Manter contatos e desenvolver ações com entidades públicas ou privadas para obtenção de recursos, doações, empréstimos e estabelecimento de acordos e convênios que beneficiem a Fundação;
XI. Admitir e excluir profissionais de saúde, observando os critérios, procedimentos e normas fixadas pelo Conselho Curador e por este estatuto;

XII. Apresentar ao Conselho Curador o relatório anual e as respectivas demonstrações financeiras do exercício findo elaborados pelo(a) Superintendente Executivo(a);
XIII. Ouvido previamente o Conselho Curador, contratar serviços jurídicos e/ou de perícia e/ou auditoria sempre que entender necessário;
XIV. Normatizar, mediante a edição de resolução, portarias e demais atos administrativos, o funcionamento da Fundação, respeitadas as normas do estatuto.

Art. 18. Compete ao Vice-Presidente do Conselho Curador:

I. Colaborar com o Presidente e substituí-lo em suas faltas ou impedimentos;
II. Assumir o mandato do Presidente, em caso de vacância, enquanto não se realizar a eleição do novo Presidente.

Art. 19. Compete ao Secretário do Conselho Curador:

I. Manter ata fiel dos assuntos abordados em cada reunião do Conselho Curador, podendo, para tanto, requisitar junto ao(à) Superintendente Executivo(a) funcionário para os serviços de digitação e arquivo;
II. Secretariar as reuniões do Conselho Curador colaborando para que as mesmas sejam sempre resolutivas;
III. Informar-se acerca das receitas, despesas e aplicações financeiras da Fundação com fincas a manter atualizados os demais membros do Conselho;
IV. Ter a palavra final antes do encerramento da reunião, sobretudo, para evitar que alguma matéria colocada em pauta deixe de ser debatida;
V. Repassar aos demais integrantes do Conselho a pauta de reunião elaborada pelo Presidente do Conselho, com antecedência de 2 (dois) dias para as reuniões ordinárias e 24 horas paras as extraordinárias, podendo requisitar do(a) Superintendente Executivo(a) funcionário para os serviços necessários.

CAPÍTULO VI
CONSELHO FISCAL

Art. 20. O Conselho Fiscal, órgão de fiscalização e controle interno, será constituído por 3 (três) integrantes titulares e 3 (três) suplentes, eleitos pelo Conselho Curador, com mandato de 4 (quatro) anos, sendo permitida até 4 (quatro) reconduções para períodos consecutivos.

§ 1º. É vedado o exercício cumulativo das funções de integrante do Conselho Fiscal e do Conselho Curador.

§ 2º. Os integrantes titulares do Conselho Fiscal elegerão, entre si, o Presidente do órgão.

Art. 21. O Conselheiro suplente substituirá o titular nas reuniões a que este não puder comparecer, cabendo-lhe, outrossim, ocupar o cargo em caso de vacância, complementando o tempo de mandato do substituído.

Art. 22. Na hipótese de ocorrer vaga na suplência do Conselho Fiscal, o Conselho Curador se reunirá, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, para eleger o novo suplente.

Art. 23. O Conselho Fiscal reunir-se-á sempre que convocado por seu Presidente, pela maioria de seus integrantes ou, ainda, pelo Conselho Curador e as suas decisões serão tomadas por

maioria simples de votos, ressalvados os casos expressos em lei, neste estatuto ou no regimento interno.

Parágrafo único. A convocação para as reuniões do Conselho Fiscal será feita com antecedência mínima de 5 (cinco) dias, mediante correspondência pessoal, fax, e-mail ou por outro meio de transmissão de dados, com indicação da pauta a ser tratada.

Art. 24. Perderá o mandato o integrante do Conselho Fiscal que faltar a 3 (três) reuniões consecutivas, ou a 5 (cinco) alternadas, sem se justificar no prazo de 5 (cinco) dias, procedendo a sua substituição na forma prevista no art. 21.

Art. 25. Compete ao Conselho Fiscal:

I. Examinar os livros contábeis, a documentação de receitas e despesas, o estado do caixa e os valores em depósito, com livre acesso aos serviços administrativos, facultando-se-lhe, ainda, requisitar e compulsar documentos;
II. Emitir parecer sobre os aspectos econômico-financeiro e patrimonial, do relatório anual de atividades apresentado pelo(a) Superintendente Executivo(a) da Fundação, bem como sobre a prestação de contas e o balanço patrimonial, encaminhando ao Conselho Curador no prazo de 5 (cinco) dias, a contar da elaboração;
III. Emitir parecer sobre as questões que lhe foram submetidas pelos demais órgãos da Fundação;
IV. Convocar, por voto da unanimidade de seus integrantes e justificadamente, reuniões do Conselho Curador;
V. Requisitar livros, documentos, contratos, convênios e quaisquer dados sobre a vida da Fundação, verificando se conformes a este estatuto e revestidos das formalidades legais;
VI. Propor ao Conselho Curador a contratação de auditoria externa e independente, quando necessária;
VII. Denunciar a existência de irregularidades ao Conselho Curador.

CAPÍTULO VII
DEPARTAMENTO EXECUTIVO

Art. 26. O Departamento Executivo será constituído pela Superintendência Executiva e pela Superintendência Executiva Adjunta.

Art. 27. A Superintendência Executiva, órgão técnico-profissional, subordinada diretamente ao Presidente do Conselho Curador e, indiretamente, a todo o Conselho Curador, é responsável pela execução das políticas e estratégias e pela supervisão das atividades operacionais da Fundação.

Parágrafo único. O(a) Superintendente Executivo(a) da Fundação terá a sua contratação aprovada pelo Conselho Curador e deverá preencher os requisitos exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), previstos na resolução normativa nº 11, de 22 de julho de 2002, que institui normas para o exercício do cargo de administrador das Operadoras de Planos de Assistência Saúde - OPS, pois será o responsável pela administração do plano de saúde da Fundação.

Art. 28. O contrato do(a) Superintendente Executivo(a), celebrado na forma da legislação trabalhista, será por tempo indeterminado e assinado pelo Presidente do Conselho Curador.

Art. 29. O(a) Superintendente Executivo(a) reunir-se-á com o Conselho Curador sempre que convocado por este.

Art. 30. Compete à Superintendência Executiva:

I. Administrar o plano de saúde da Fundação, respeitadas as normas legais e as decisões do Conselho Curador, dentro dos limites que lhe foram estabelecidos;

II. Contratar e destratar serviços terceirizados ouvindo previamente o Conselho Curador;

III. Dirigir as atividades e a administração geral de todos os setores do Hospital Arnaldo Gavazza Filho, acompanhando o desenvolvimento da atividade de saúde (médica, para-médica, enfermagem, laboratórios, etc.) através de reunião com os Diretores Técnico e Clínico, respeitada a autonomia das decisões profissionais de saúde, nos termos dos Códigos de Ética;

IV. No limite dos poderes que lhe forem conferidos pelo Conselho Curador, movimentar conta bancária, emitir e endossar cheques e ordens bancárias, em conjunto com o Presidente do Conselho Curador, ou, ainda, juntamente com outros funcionários, legal e formalmente constituídos procuradores pelo Presidente do Conselho Curador, sendo obrigatória, para todos os atos, a assinatura de duas pessoas;

V. Elaborar a programação de investimentos de cada exercício e controlar sua perfeita execução;

VI. Formular e submeter ao Conselho Curador a política econômica da instituição, mantendo equilíbrio entre receitas e despesas e reservando parcela do orçamento para investimento de acordo com o planejamento aprovado pelo Conselho Curador;

VII. Apresentar ao Conselho Curador, para aprovação, projetos de modificações do estatuto e regimento interno, necessários ao bom funcionamento da Fundação;

VIII. Formular proposta fundamentada ao Conselho Curador sobre a venda de bens imóveis, na forma e nas condições estabelecidas na lei e neste estatuto;

IX. Submeter ao Conselho Curador, periodicamente, relatório dos trabalhos da Fundação;

X. Elaborar a programação de investimentos de cada exercício e controlar sua perfeita execução;

XI. Expedir resoluções administrativas, com a finalidade de disciplinar a gestão patrimonial e financeira, o processo disciplinar e o processo administrativo da Fundação, mediante autorização expressa do Conselho Curador; conferida esta pelo voto de pelo menos 4 (quatro) de seus integrantes;

XII. Comunicar, imediatamente, ao Conselho Curador qualquer irregularidade da administração envolvendo a atuação de médicos ou de funcionários, que não seja de sua competência resolver;

XIII. Admitir e demitir funcionários do Hospital e, apresentar mensalmente, nas reuniões ordinárias do Conselho Curador, o relatório dos Demitidos e Admitidos, para que os mesmos tenham ciência;

XIV. Praticar todos os atos administrativos necessários ao bom e perfeito funcionamento do Hospital e da Fundação, observando as normas do estatuto, apresentando ao Conselho Curador, sempre que solicitado(a), as justificativas de suas decisões.

Art. 31. O(a) Superintendente Executivo(a) Adjunto(a) será contratado pelo(a) Superintendente Executivo(a), mediante prévia autorização do Conselho Curador e não poderá ter remuneração igual e/ou superior a do(a) Superintendente Executivo(a).

Art. 32. São funções do(a) Superintendente Executivo(a) Adjunto:

I. Substituir o(a) Superintendente Executivo(a) nas hipóteses de demissão, ausência e impedimentos deste;

II. Por solicitação do(a) Superintendente Executivo(a), redigir ou fazer redigir ofícios, cartas, circulares, telegramas, memoriais, relatórios e toda a documentação pertinente à administração;

III. Orientar o serviço de arquivo de correspondência e manter a boa guarda dos respectivos arquivos, dos documentos e livros da Fundação;

IV. Exercer outras funções que lhe forem determinadas pelo(a) Superintendente Executivo(a).

Parágrafo único. Quando em substituição ao Superintendente Executivo(a), o(a) Adjunto(a) exercerá com as mesmas atribuições e limitações, exceto para os atos referentes às movimentações de conta bancária, porquanto tais dependerão de procuração específica dada pelo Presidente do Conselho Curador, com anuência do Conselho, por voto de pelo menos 4 (quatro) dos seus membros, por ocasião de cada substituição.

CAPÍTULO VIII
RELAÇÃO MÉDICO-INSTITUIÇÃO

Art. 33. Os médicos com atuação perante a Fundação Arnaldo Gavazza dividem-se em médicos autônomos, contratados, honorários e estagiários, todos, devidamente inscritos no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais.

Art. 34. Os médicos autônomos são aqueles que compõem o cadastro do Corpo Clínico da Fundação, podendo internar seus pacientes, utilizar as instalações e equipamentos da Fundação, os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, de acordo com suas habilitações e a aceitação das normas administrativas do hospital.

Art. 35. Os médicos contratados são aqueles que, independentemente de fazerem parte ou não do cadastro do Corpo Clínico, possuem, pela pessoa física e/ou jurídica, vínculo contratual com a Fundação Arnaldo Gavazza Filho podendo, igualmente, internar seus pacientes, utilizar instalações e equipamentos da Fundação, os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, de acordo com suas habilitações e pelo período que perdurar o vínculo contratual.

Art. 36. Médicos honorários são aqueles que, pelo excelente desempenho profissional e científico obtiveram reconhecimento no país e/ou exterior. A indicação para a honorabilidade pode partir de um médico, de um grupo de médicos, mas sempre terá que ser aprovada pelo Conselho Curador que fixará os limites da atuação do indicado.

Art. 37. Os médicos estagiários são aqueles em atividade complementares de aprendizado, devidamente cadastrados de acordo com a legislação para Estágio.

Art. 38. Os médicos contratados, honorários e estagiários, a não ser que já estejam incluídos no Corpo Clínico, não poderão votar ou serem votados para comporem o Conselho Curador.

Art. 39. O médico exercerá a sua atividade com autonomia profissional, responsabilizando-se pela assistência médica e pelos atos praticados ao paciente, de acordo com a lei, este estatuto, regulamentos e resoluções aprovados pelo Conselho Curador.

Art. 40. Os critérios, procedimentos e normas para admissão, exclusão e contratação geral dos profissionais de saúde são os fixados por este estatuto e por resolução de natureza suplementar a ser editada pelo Conselho Curador, após prévio parecer do Ministério Público.

Art. 41. O Conselho Curador da Fundação, após parecer do Ministério Público, aprovará o regimento interno do Hospital Arnaldo Gavazza Filho e de seu Corpo Clínico, que, respectivamente, regulamentarão as atividades da unidade, bem como complementará os critérios procedimentais e a relação jurídica entre os médicos e a Fundação, não podendo contrariar, contudo, as normas já definidas nesse estatuto.

Art. 42. O Diretor Clínico será escolhido pelos membros do Corpo Clínico.

Art. 43. O Diretor Técnico será escolhido pelo(a) Superintendente Executivo(a), ouvido previamente o Conselho Curador da Fundação.

Art. 44. São atribuições do Diretor Clínico:

I. Coordenar e dirigir as atividades médicas;
II. Servir como elo de ligação entre o Corpo Clínico, demais médicos e a Fundação;
III. Conhecer as solicitações do Corpo Clínico e demais médicos, tomando as providências cabíveis;
IV. Assegurar que todo paciente internado na instituição tenha um médico assistente;
V. Supervisionar a execução das atividades de assistência da instituição, comunicando ao diretor técnico para que tome as providências cabíveis quanto às condições de funcionamento de aparelhagem e equipamentos;
VI. Cumprir e fazer cumprir este estatuto, o regimento interno e o regulamento do Corpo Clínico.

Art. 45. São atribuições do Diretor Técnico:

I. Supervisionar o serviço técnico e especializado da Fundação, no que se refere à área médica, paramédica e hospitalar;
II. Apoiar a Superintendência Executiva na coordenação da movimentação de doentes e atendimentos;
III. Apoiar a superintendência executiva na solução das questões e problemas que envolvam os médicos ou serviços prestados na área médico-hospitalar;
IV. Emitir, quando solicitado pela Superintendência Executiva, parecer referente à conduta dos profissionais médicos, cuja demanda seja apresentada através de ouvidorias e/ou processos judiciais;
V. Ajudar a Superintendência Executiva na fiscalização dos equipamentos, medicamentos e materiais pertencentes ao hospital mantido pela Fundação;
VI. Apoiar a administração na implantação das metas e planos definidos pelo Conselho Curador para a unidade hospitalar.

CAPÍTULO IX
DIREITOS E DEVERES DOS MÉDICOS

Art. 46. São direitos dos médicos:

I. Autonomia profissional;

II. Mecanismos imparciais de cadastramento, recadastramento e exclusão junto ao Corpo Clínico do Hospital Arnaldo Gavazza Filho, garantindo-se ampla defesa e obediências às normas legais vigentes;

III. Ser tratado com urbanidade e respeito pelos funcionários e dirigentes da Fundação Arnaldo Gavazza Filho;

IV. Expor ao Conselho Curador, por escrito ou pessoalmente, as suas preocupações e/ou reivindicações pertinentes ao desempenho de sua atividade profissional junto ao hospital fundacional;

V. Receber remuneração de seus pacientes ou fontes pagadoras pelos serviços prestados, da forma mais direta e imediata possível;

VI. Comunicar falhas e ocorrências observadas, por escrito e mediante protocolo, no sentido de garantir o aprimoramento constante da qualidade dos serviços prestados;

VII. Oferecer sugestões por escrito que possam influenciar o bom desempenho de sua atividade profissional e receber, igualmente por escrito, o posicionamento da Fundação a respeito de suas formulações.

Art. 47. São deveres dos médicos:

I. Obedecer ao Código de Ética Médica, ao presente estatuto e às regras gerais para a atividade médica;

II. Proporcionar aos pacientes o melhor atendimento possível, nos termos dos convênios, contratos, regras internas e tabelas aprovadas pelo(a) Superintendente Executivo(a), *ad referendum* do Conselho Curador;

III. Zelar pelo aperfeiçoamento profissional, técnico e ético de seus integrantes;

IV. Participar de reuniões em comissões, para as quais forem escolhidos;

V. Participar de cursos, jornadas, simpósios e reuniões científicas;

VI. Zelar para que todos os profissionais observem o Código de Ética Médica, denunciando os que não o fizerem;

VII. Manter bom relacionamento com os órgãos de classe e com a administração da Fundação, tratando com urbanidade e respeito os seus empregados e dirigentes;

VIII. Assistir, sem distinção, os pacientes internos e externos, conveniados, particulares e do Sistema Único de Saúde - SUS;

IX. Manter ilibada conduta pública e particular, de forma a zelar pelo prestígio da instituição e pela própria dignidade no exercício de suas funções médicas;

X. Colaborar com os seus colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado;

XI. Colaborar para o progresso da Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho;

XII. Participar dos programas institucionais que tenha como finalidade a segurança do paciente e aderir aos protocolos, rotinas, procedimentos e políticas institucionais.

CAPÍTULO X
MEDIDAS ADMINISTRATIVAS

Art. 48. Medidas administrativas podem ser indicadas quando um médico:

I. Realizar atos que possam ser considerados como imperícia, negligência e/ou imprudência no atendimento aos pacientes;

II. Agir em detrimento da segurança dos pacientes, das equipes hospitalares ou dos visitantes;

III. Agir de modo escandaloso, não profissional ou contrário aos bons costumes;

IV. Agir de forma a denegrir a reputação dos outros profissionais médicos e paramédicos da instituição e/ou dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento prestados pela Fundação;
V. Agir de forma a denegrir a imagem da Fundação Arnaldo Gavazza ou de seu plano de saúde PLAMHAG;
VI. Infringir as "Regras Gerais para a atividade médica no Hospital Arnaldo Gavazza" ou outras normas institucionais.

Art. 49. A solicitação da aplicação de uma medida administrativa pode ser feita por representação do(a) Superintendente Executivo(a), de qualquer membro do Conselho Curador, pelos Diretores Técnico e/ou Clínico ou por qualquer pessoa envolvida nas situações mencionadas no artigo 50.

Art. 50. A solicitação para aplicação de uma medida administrativa deve ser endereçada ao Presidente do Conselho Curador, por escrito, especificando os motivos deste proceder.

§ 1º. Na primeira oportunidade, em reunião ordinária ou extraordinária, o Presidente do Conselho Curador submeterá aos demais Conselheiros a solicitação para deliberação.

§ 2º. O Conselho Curador poderá deliberar por encaminhar a questão somente à Comissão de Ética Médica ou, além desse encaminhamento, instaurar procedimento para apurar os fatos e efetuar, se for ocaso, a aplicação da medida administrativa cabível.

Art. 51. Qualquer aplicação de medida administrativa deverá oferecer a oportunidade de ampla defesa.

Art. 52. No caso do Conselho Curador resolver instaurar procedimento para apuração dos fatos e aplicação de eventual medida administrativa disporá, no máximo, de 120 (cento e vinte) dias para instruir o procedimento e deliberar a respeito da medida administrativa.

§ 1º. O Conselho Curador, pelo voto de pelo menos 4 (quatro) de seus Conselheiros, poderá aplicar as seguintes medidas no âmbito da instituição:

I. Arquivamento do caso;
II. Advertência sigilosa;
III. Suspensão do cadastro do médico ou inativação temporária de suas habilitações clínicas junto a Fundação.

§ 2º. É aplicável também a medida administrativa de exclusão, que somente será efetivada pelo voto concorde de pelo menos 5 (cinco) dos membros do Conselho Curador.

Art. 53. Um médico pode ter o seu cadastro e/ou suas habilitações clínicas inativadas preventivamente pelo Conselho Curador durante a tramitação da decisão de aplicação da medida administrativa referida no artigo 54, sendo que a decisão desta suspensão se dará pelo voto de 5 (cinco) membros do Conselho Curador.

Art. 54. As penalidades referidas neste capítulo não se confundem com as rescisões dos contratos regidos pela lei trabalhista ou civil que dar-se-ão, respectivamente, nos moldes da legislação trabalhista ou pelo critério de conveniência e oportunidade da administração fundacional, nos termos deste estatuto.

CAPÍTULO XI
PROCESSO APURATÓRIO E DO DIREITO A AMPLA DEFESA

Art. 55. A aplicação de uma medida administrativa a um médico cadastrado no Hospital Arnaldo Gavazza Filho lhe dará direito a ampla defesa e processo de revisão da medida.

§ 1º. O médico poderá solicitar uma revisão ao Presidente do Conselho Curador dentro do prazo de 10 (dez) dias úteis subsequentes à notificação de uma decisão desfavorável.

§ 2º. O Presidente do Conselho Curador nomeará uma Comissão Especial composta por 3 (três) membros do Conselho Curador e 3 (três) membros do Corpo Clínico para analisar a revisão. A comissão deverá se manifestar no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis e havendo empate o Presidente dará o voto de qualidade.

§ 3º. Se nenhum médico integrante do Corpo Clínico quiser apreciar a revisão, o Conselho Curador decidirá a mesma.

Art. 56. A comissão deverá, desde que solicitada por escrito, fornecer ao médico a documentação que consubstanciou sua decisão.

Art. 57. O médico tem direito a:

I. Fazer-se representar por um colega ou advogado;
II. Apresentar testemunhas que serão de sua responsabilidade levar para oitiva;
III. Apresentar defesa por escrito ao Conselho Curador;
IV. Inquirir as testemunhas apresentadas pela acusação e pela sua própria defesa.

Art. 58. Aceito pelo Conselho Curador o pedido de apuração para eventual aplicação de medida administrativa contra médico, este deverá ser notificado da deliberação que se fará acompanhar das cópias dos documentos que embasam a acusação e terá o prazo improrrogável de 15 (quinze) dias úteis para apresentar, se quiser, defesa escrita. Após, será designada audiência para oitiva das pessoas que se fizerem necessárias.

Parágrafo único. As testemunhas arroladas pela defesa e acusação não poderão exceder ao número de 5 (cinco) para cada parte.

Art. 59. Após a audiência, o Conselho Curador deverá deliberar a respeito, em prazo não superior a 15 (quinze) dias úteis.

CAPÍTULO XII
PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS COM HABILITAÇÕES CLÍNICAS

Art. 60. Os profissionais não médicos que possuam habilitações clínicas e exerçam atividades no Hospital Arnaldo Gavazza Filho também estão sujeitos a estas regras gerais de atividades, principalmente no que se refere ao cadastramento, reavaliação, habilitações clínicas, penalidades, cuidados aos pacientes e melhoria contínua de desempenho, ressalvados os casos de contratação regida pela lei trabalhista ou civil cujas rescisões obedecerão, respectivamente, à legislação trabalhista ou ao juízo de conveniência e oportunidade da administração fundacional.

CAPÍTULO XIII
EXERCÍCIO FINANCEIRO E ORÇAMENTÁRIO

Art. 61. O exercício financeiro da Fundação Arnaldo Gavazza coincidirá com o ano civil.

Art. 62. O(a) Superintendente Executivo(a) apresentará ao Conselho Curador, até 31 (trinta e um) de outubro do ano anterior, a proposta orçamentária para o ano subsequente.

§ 1º. A proposta orçamentária será anual e compreenderá:

I. Estimativa de receita, discriminada por fontes de recurso;
II. Fixação da despesa com discriminação analítica.

§ 2º. O Conselho Curador deverá, até o dia 30 (trinta) de dezembro de cada ano, discutir, emendar e aprovar a proposta orçamentária do ano subsequente, não podendo majorar despesas sem indicar os respectivos recursos.

§ 3º. Aprovada a proposta orçamentária, ou transcorrido o prazo previsto no parágrafo anterior sem que se tenha verificado a sua aprovação, fica o(a) Superintendente Executivo(a) autorizado(a) a realizar as despesas previstas.

§ 4º. Depois de apreciada pelo Conselho Curador, a proposta orçamentária será encaminhada ao órgão competente do Ministério Público.

Art. 63. A prestação anual de contas, a se efetivar em consonância com os princípios fundamentais e das normas brasileiras de contabilidade, será submetida ao Conselho Curador com base nos demonstrativos contábeis encerrados em 31 (trinta e um) de dezembro do ano anterior.

§ 1º. A prestação anual de contas conterá, dentre outros, os seguintes elementos:

I. Relatório circunstanciado de atividades;
II. Balanço patrimonial;
III. Demonstrações contábeis previstas em lei;
IV. Parecer do Conselho Fiscal;
V. Relatório de auditoria independente.

§ 2º. Depois de apreciada pelo Conselho Curador, a prestação de contas será encaminhada ao órgão competente do Ministério Público.

CAPÍTULO XIV
ALTERAÇÃO DO ESTATUTO

Art. 64. O estatuto da Fundação poderá ser alterado ou reformado por proposta do Presidente do Conselho Curador ou por 5 (cinco) dos integrantes do Conselho Curador, desde que:

I. A alteração ou reforma seja discutida em reunião do Conselho Curador e aprovada, no mínimo, por 5 (cinco) dos votos da totalidade de seus integrantes;
II. A alteração ou reforma não contrarie ou desvirtue as finalidades da Fundação;
III. Seja a reforma aprovada pelo órgão competente do Ministério Público.

CAPÍTULO XV
EXTINÇÃO DA FUNDAÇÃO

Art. 65. A Fundação extinguir-se-á por deliberação fundamentada de seu Conselho Curador, aprovada no mínimo por 5 (cinco) dos votos da totalidade de seus integrantes, quando se verificar, alternativamente a impossibilidade de sua manutenção e a ilicitude ou a inutilidade dos seus fins.

Parágrafo único. O órgão competente do Ministério Público deverá ser notificado pessoalmente de todas as fases do procedimento de extinção da Fundação.

Art. 66. Encerrado o processo, o patrimônio residual da Fundação será revertido, integralmente, para outra entidade congênere, que se proponha a fim igual ou semelhante, com sede ou atuação na cidade de Ponte Nova, ou, não havendo, a uma entidade pública que o destine e aplique dentro dos fins previstos neste estatuto.

CAPÍTULO XVI
DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 67. Os funcionários que forem admitidos para prestarem serviços profissionais à Fundação serão regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho.

Art. 68. A Fundação manterá a sua escrituração contábil e fiscal em livros próprios, revestidos das formalidades legais e capazes de assegurar sua exatidão.

Art. 69. O órgão competente do Ministério Público, na hipótese de fundados indícios de irregularidades na Fundação, poderá contratar, às expensas desta, o serviço de auditoria independente para apuração dos fatos.

Art. 70. Ao órgão competente do Ministério Público é assegurado assistir às reuniões do Conselho Curador da Fundação, com direito de discutir as matérias em pauta, sem direito a voto.

Parágrafo único. A Fundação dará ciência ao órgão competente do Ministério Público do dia, hora e local designado para suas sessões ordinárias e extraordinárias, em prazo nunca inferior a 24 (vinte e quatro) horas da data agendada.

Art. 71. As reuniões dos órgãos da Fundação serão registradas em livros próprios e as atas, cujos temas tratados versem sobre reforma estatutária, aceitação de doações e legados com encargo, contratação de empréstimos e financiamentos, alienação, oneração ou permuta de bens imóveis, eleição e posse de Conselheiros e diretores e extinção da Fundação, antes de serem registradas em cartório, devem ser submetidas ao Ministério Público (Curadoria de Fundações), para sua aprovação, no prazo de 15 (quinze) dias de sua realização.

Art. 72. São expressamente vedados, sendo nulos e inoperantes com relação à Fundação, os atos de qualquer dirigente, procurador ou funcionário que a envolverem em obrigações ou negócios estranhos ao objeto social, tais como fianças, avais, endossos ou quaisquer garantias em favor de terceiros.

Art. 73. São expressamente vedados, sendo nulos e inoperantes com relação à Fundação, quaisquer dispositivos de regimento interno ou atos administrativos que contrariem o disposto no presente estatuto.

Art. 74. Os casos omissos, não resolvidos pelo Conselho Curador, terão suas soluções apontadas pelo Ministério Público, por meio do órgão competente para assistir as Fundações.

Art. 75. O presente estatuto entra em vigor na data de seu registro/averbação em cartório, cessando na mesma data a vigência do estatuto anterior.

Declararmos que o Estatuto da "**Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho**" está de conformidade com a legislação em vigor, em especial, o Código Civil Brasileiro.

Ponte Nova, 07 de agosto de 2019.

José Bueno de Magalhães
Presidente do Conselho Curador

Heitor Vaz de Melo
Vice-Presidente

Francisco Augusto de Castro Gomes
Secretário

Antônio Carlos Martins Brandão
Conselheiro

Márcia Vitória Mendonça de Siqueira
Conselheira

Marcos Antônio de Araújo Serafini
Conselheiro

Paulo Antônio Soares Resende
Conselheiro

Sérgio C. M. Santos
Promotor de Justiça

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA
26.150.979/0001-78 MATRIZ		18/09/1991

NOME EMPRESARIAL
FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)	PORTE
HOSPITAL ARNALDO GAVAZZA	DEMAIS

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
Não informada

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
306-9 - Fundação Privada

LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
AV DR JOSE GROSSI	16	********

CEP	BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
35.430-213	GUARAPIRANGA	PONTE NOVA	MG

ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE
SECRETARIA@GAVAZZA.COM.BR	(31) 3819-5000/ (31) 3819-5012

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)
*****

SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA	03/11/2005

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL
********	********

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia **14/09/2022** às **15:07:49** (data e hora de Brasília). Página: **1/1**

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 153

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
154
M.P.N.

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO

Nome: FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO
CNPJ: 26.150.979/0001-78

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <http://rfb.gov.br> ou <http://www.pgfn.gov.br>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.
Emitida às 19:09:05 do dia 05/05/2022 <hora e data de Brasília>.
Válida até 01/11/2022.
Código de controle da certidão: **BCBF.BD06.F8A1.1CEA**
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
155

Voltar | Imprimir

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 26.150.979/0001-78
Razão Social: FUND FILANT BENEF SAUDE A G FILHO
Endereço: AV DOUTOR JOSE GROSSI 16 / GUARAPIRANGA / PONTE NOVA / MG / 35430-213

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Servico - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 09/09/2022 a 08/10/2022

Certificação Número: 2022090901073856785772

Informação obtida em 09/09/2022 10:07:39

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa: **www.caixa.gov.br**

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
156

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO (MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 26.150.979/0001-78
Certidão nº: 18749341/2022
Expedição: 13/06/2022, às 09:46:08
Validade: 10/12/2022 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **26.150.979/0001-78, NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.
Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022.
Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.
No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.
A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (http://www.tst.jus.br).
Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE
Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
157
PM - PN

"ESTA CERTIDÃO PRODUZ EFEITOS COMO SE NEGATIVA FOSSE"

VALIDADE: 30 DIAS DA DATA DE SUA EMISSÃO
DE ACORDO COM A LEI 2637/2002.

CONTRIBUINTE

CNPJ/CPF: 26.150.979/0001-78

NOME : FUNDAÇÃO FILANT BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO

ENDEREÇO: AVN DR JOSE GROSSI
Nº: 16

COMPL: **BAIRRO: GUARAPIRANGA**

CEP: 35.430-213 **CIDADE: PONTE NOVA** **UF: MG**

Certificamos na forma do dispositivo na Lei 2.058/1995, e suas atribuições que existe débito de **ARRECADAÇÕES DIVERSAS** SUB JUDICE inscrito, porém com exigibilidade suspensa, em nome do contribuinte acima identificado, ressalvando ao município de Ponte Nova o direito de cobrar qualquer importância que venha a ser considerada devida.

Ponte Nova, 26 de agosto de 2022

GISELE MARIA LANA PEREIRA
AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Nº PROTOCOLO: 7781/2022 **DATA: 22/08/2022**

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
158

SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA DE MINAS GERAIS

CERTIDÃO DE DÉBITOS TRIBUTÁRIOS Negativa	CERTIDÃO EMITIDA EM: 15/08/2022 CERTIDÃO VALIDA ATÉ: 13/11/2022

NOME: FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO		
CNPJ/CPF: 26.150.979/0001-78		
LOGRADOURO: AVENIDA DOUTOR JOSE GROSSI		NÚMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO: GUARAPIRANGA	CEP: 35430213
DISTRITO/POVOADO:	MUNICÍPIO: PONTE NOVA	UF: MG

Ressalvado o direito de a Fazenda Pública Estadual cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. Não constam débitos relativos a tributos administrados pela Fazenda Pública Estadual e/ou Advocacia Geral do Estado;

2. No caso de utilização para lavratura de escritura pública ou registro de formal de partilha, de carta de adjudicação expedida em autos de inventário ou de arrolamento, de sentença em ação de separação judicial, divórcio, ou de partilha de bens na união estável e de escritura pública de doação de bens imóveis, esta certidão somente terá validade se acompanhada da Certidão de Pagamento / Desoneração do ITCD, prevista no artigo 39 do Decreto 43.981/2005.

Certidão válida para todos os estabelecimentos da empresa, alcançando débitos tributários do sujeito passivo em Fase Administrativa ou inscritos em Dívida Ativa.

IDENTIFICAÇÃO	NÚMERO DO PTA	DESCRIÇÃO

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada através de aplicativo disponibilizado pela Secretaria de Estado de Fazenda de Minas Gerais, na internet: http://www.fazenda.mg.gov.br => Empresas => Certificação da Autenticidade de Documentos.

CÓDIGO DE CONTROLE DE CERTIDÃO:2022000568594530

Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

PONTE NOVA

CERTIDÃO CÍVEL DE FALÊNCIA E CONCORDATA NEGATIVA

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
159

CERTIFICO que, revendo os registros de distribuição de ação de NATUREZA CÍVEL nesta comarca, até a presente data, nas ações específicas de Concordata Preventiva / Suspensiva, Falência de Empresários, Sociedades Empresáriais, Microempresas e Empresas de Pequeno Porte, Recuperação Extrajudicial, Recuperação Judicial, NADA CONSTA em tramitação contra:

Nome: FUNDACAO FILANTROPICA E BENEFICENTE DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO
CNPJ: 26.150.979/0001-78

Observações:

a) Certidão expedida gratuitamente através da internet, nos termos do caput do art. 8º da Resolução 121/2010 do Conselho Nacional de Justiça;

b) a informação do número do CPF/CNPJ é de responsabilidade do solicitante da certidão, sendo pesquisados o nome e o CPF/CNPJ exatamente como digitados;

c) ao destinatário cabe conferir o nome e a titularidade do número do CPF/CNPJ informado, podendo confirmar a autenticidade da Certidão no portal do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (http://www.tjmg.jus.br), pelo prazo de 3 (três) meses após a sua expedição;

d) esta Certidão inclui os processos físicos e eletrônicos, onde houver sido implantado o Processo Judicial Eletrônico - PJe, o Sistema CNJ (Ex-Projudi) e o SEEU - Sistema Eletrônico de Execução Unificada, tendo a mesma validade da certidão emitida diretamente no Fórum e abrange os processos da Justiça Comum, do Juizado Especial e da Turma Recursal apenas da comarca pesquisada, com exceção do SEEU, cujo sistema unificado abrange todas as comarcas do Estado;

e) A presente certidão não faz referência a período de anos, uma vez que somente se refere à existência de feitos judicias em andamento (processos ativos) contra o nome pesquisado, conforme Provimento 355/2018 da Corregedoria Geral de Justiça.

A presente certidão NÃO EXCLUI a possibilidade da existência de outras ações de natureza diversa daquelas aqui mencionadas.

Certidão solicitada em 29 de Junho de 2022 às 08:02

PONTE NOVA, 29 de Junho de 2022 às 08:02

Código de Autenticação: 2206-2908-0211-0071-4134

Para validar esta certidão, acesse o sítio do TJMG (www.tjmg.jus.br) em Certidão Judicial/AUTENTICIDADE DA CERTIDÃO /AUTENTICAÇÃO 2 informando o código.

ATENÇÃO: Documento composto de 1 folhas(s). Documento emitido por processamento eletrônico. Qualquer emenda ou rasura gera sua invalidade e será considerada como indício de possível adulteração ou tentativa de fraude.

CERTIDÃO DE SITUAÇÃO CADASTRAL DE OPERADORA OU DE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS



Certificamos que a operadora de planos de assistência à saúde com razão social FUNDAÇÃO FILANTRÓPICA E BENEFICENTE DE SAÚDE ARNALDO GAVAZZA FILHO, CNPJ nº 26.150.979/0001-78 , situada à AV. DR. JOSE GROSSI 16 , GUARAPIRANGA Ponte Nova - MG CEP 35.430-213, registro ANS nº 323942 , e classificada na modalidade Filantropia , indicando como seu responsável pela área técnica de saúde MARCIA VITÓRIA MENDONÇA DE SIQUEIRA de CPF nº ***.902.246-** CRM nº 7183, possui autorização de funcionamento concedida em 09/01/2014.

Quantidade de vínculos de beneficiários ativos: 13.292 na competência 08/2022

Situação da Operadora: ATIVA e não encontra-se em regime de direção fiscal e nem em liquidação extrajudicial

Código de Controle da Certidão: 433993

Certidão emitida em 15/09/2022 09:27:46(Data e Hora de Brasília)

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS na internet, no endereço https://www.ans.gov.br/cro-web/pages/verificarAutenticidadeDeComprovante.xhtml.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Certidão de Situação Cadastral de Operadoras ou de Administradoras de Benefícios



Página Inicial (inicio.xhtml) / Verificar autenticidade da certidão

Verificar autenticidade da certidão

Para confirmar a autenticidade da certidão emitida, insira o código de controle no campo abaixo:

Código de Controle da Certidão:

3993 Confirmar

MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A ANS confirma a autenticidade da certidão, emitida às 22/09/2022 17:27:29 (Horário de Brasília)

Nº. de Registro da ANS:	323942
Razão Social:	FUNDAÇÃO FILANTRÓPICA E BENEFICENTE DE SAÚDE ARNALDO GAVAZZA FILHO
CNPJ:	26.150.979/0001-78
Situação do Registro Provisório:	ATIVA
Código de controle:	433993

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
Certidão de Situação Cadastral de Operadoras ou de Administradoras de Benefícios
Versão 4.2.2

Saudali

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
162
PM-PN

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Declaramos que a FUNDAÇÃO FILANTRÓPICA E BENEFICENTE DE SAÚDE ARNALDO GAVAZZA FILHO - PLAMHAG, operadora de plano de saúde inscrita no CNPJ nº 26.150.979/0001-78 e registrada na ANS sob o nº 32.394-2 presta serviços DE OFERTA DE PLANO DE SAÚDE à Empresa FRIGORIFICO INDUSTRIAL VALE DO PIRANGA S/A, inscrita no CNPJ nº00.763.832/0001-60, desde 01/04/2016, envolvendo plano com cobertura ambulatorial e hospitalar com obstétrica.

Atenciosamente,

Ponte Nova, 15 de setembro de 2022.

Maria Elisa Raimondi Lanna Polesca

Gerente Recursos Humanos

FRIGORÍFICO INDUSTRIAL VALE DO PIRANGA S/A

00.763.832/0001-60
FRIGORÍFICO INDUSTRIAL
VALE DO PIRANGA S.
Rod. BR 120 - P.Nova a Oratórios
Zona Rural
Ponte Nova

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 163 -PM-PN-

PARECER JURÍDICO

Processo Licitatório nº: 123/2022
Modalidade: Inexigibilidade de Licitação nº 010/2022
Objeto: Credenciamento para contratação de empresas operadoras de Plano de Saúde.
Finalidade do Parecer: Art. 38, inciso VI da lei 8666/93

SUMÁRIO: CONSULTA. PARECER JURÍDICO. INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO. CREDENCIMENTO. ANÁLISE.

1. RELATÓRIO

Trata a matéria de consulta formulada a esta Assessoria Jurídica a respeito da possibilidade de credenciamento da proposta da Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho (PLAMHAG) formulada pela Comissão Permanente de Licitação.

Em sua proposta, a empresa faz ressalvas quanto ao edital, referente ao atendimento de urgência e emergência, da coparticipação, manutenção do contrato e rescisão, remoção, e na minuta do contrato.

Com o pedido de parecer veio o processo licitatório nº 123/2022, com 01 (um) volume.

É, em síntese, o **relatório** do necessário.

2. FUNDAMENTAÇÃO

Antes de adentrar no mérito propriamente dito, importante destacar que o parecer possui caráter estritamente jurídico, não lhe cabendo opinar acerca de questões técnicas,

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 164 PM-PN-

tampouco sobre a discricionariedade da Administração, bem como que o presente parecer possui caráter opinativo e não vinculante.

Pois bem.

De início, importante consignar que licitação é, em resumo, procedimento obrigatório, via de regra, para as contratações realizadas pela Administração Pública, com o fim de obter a proposta mais vantajosa, observados o direito à concorrência igualitária (princípio da isonomia), a formalidade e publicidade dos atos.

A obrigatoriedade mencionada alhures encontra guarida constitucional, inclusive, especificamente no seu artigo 37, XXI, CF/88.

> Art. 37:
> [...]
> XXI – Ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações.

Em obediência ao preceito constitucional mencionado alhures, se deu a regulamentação do procedimento licitatório através da Lei 8.666/93, que traz a finalidade precípua da licitação. É o artigo 3º da Lei 8.666/93 que traz o referido conceito, vejamos:

> Art. 3º A licitação destina-se a garantir a observância do princípio constitucional da isonomia, a seleção da proposta mais vantajosa para a administração e a promoção do desenvolvimento nacional sustentável e será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos.

Dentre os princípios, extrai-se o princípio da vinculação ao instrumento convocatório, o qual o jurista Marçal Justen Filho define conforme a seguir:

> A autoridade administrativa dispõe da faculdade de escolha, ao editar o ato vinculatório. Porém, nascido tal ato, a própria autoridade fica subordinada ao conteúdo dele. Editado o ato convocatório, o administrado e o interessado submetem-se a um modelo norteador da sua conduta. Tornam-se previsíveis, com segurança, os atos a serem praticados e as regras que regerão".[1]

Conclui-se que os atos a serem praticados pelos licitantes e também pela equipe de licitação devem estar de acordo com o que está previsto no edital da licitação, não podendo deixar de cumprir as exigências ali previstas, sob pena de inabilitação ou desclassificação da proposta.

[1] JUSTEN FILHO, Marçal. Comentários à lei de licitações e contratos administrativos. Ed. 18. São Paulo: RT, 2019. P. 110

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
165
PN-

Ressalta-se que a proposta de adesão da Plamhag, em respeito ao princípio da isonomia e da vinculação ao instrumento convocatório, não tem possibilidade de ser aceita sem que esteja em conformidade com o disposto no edital.

Considerando que não pode ser aceito o credenciamento com as ressalvas exigidas pela empresa, cabe analisá-las sob a ótica de impugnação do edital de credenciamento.

No caso de urgência e emergência, a operadora de plano de saúde alega que os procedimentos de urgência serão oferecidos por meio do sistema de atendimento de urgência e emergência em trânsito ABRAMGE serão somente adstrito as localidades indicadas pelas operadoras associadas, constantes nos canais de informação disponibilizados pela ABRAMGE nacional. Todavia, é importante mencionar que o edital é claro que a urgência e emergência devem abranger todo território nacional, conforme o 4.1 do instrumento convocatório. Não houve alegações contudentes para afastar tal exigência do edital.

No mais, a co-participação é o valor que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas e exames simples, que não necessitem de autorização, no percentual definido pela Tabela de referência da operadora (fls. 109). Assim, cabe a prestadora de serviços oferecer planos em que a co-participação é de somente esses dois eventos.

No caso de rescisão e manutenção do contrato para que conste que o plano empresarial seja caracterizado pelo contigente mínimo e que se o Município permanecer em número inferior a 50 vidas, seja rescindido o plano. Inclusive, tal prática somente poderá ocorrer, conforme entendimento do STJ, que no REsp 1.553.013 – SP e por interpretação da Resolução nº art. 17 da Resolução Normativa DC/ANS nº 195/2009 permitido apenas quando há cláusula contratual a respeito:

> RECURSO ESPECIAL. CIVIL. SAÚDE SUPLEMENTAR. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. CATEGORIA. MENOS DE TRINTA BENEFICIÁRIOS. RESCISÃO UNILATERAL E IMOTIVADA. CLÁUSULA CONTRATUAL. MITIGAÇÃO. VULNERABILIDADE. CONFIGURAÇÃO. CARACTERÍSTICAS HÍBRIDAS. PLANO INDIVIDUAL E COLETIVO. CDC. INCIDÊNCIA. MOTIVAÇÃO IDÔNEA. NECESSIDADE. REAJUSTES ANUAIS. MECANISMO DO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS. REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA. IDOSO. PERCENTUAL ABUSIVO. DEMONSTRAÇÃO. QUANTIAS PAGAS A MAIOR. DEVOLUÇÃO. PRESCRIÇÃO TRIENAL. OBSERVÂNCIA.
> 1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 1973 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).
> 2. As questões controvertidas nestes autos são: se é válida a cláusula contratual que admite a rescisão unilateral e imotivada do plano de saúde coletivo empresarial que contém menos de 30 (trinta) beneficiários e se a devolução das quantias de mensalidades pagas a maior deve se dar a partir de cada desembolso ou do ajuizamento da demanda.
> 3. É vedada a suspensão ou a rescisão unilateral nos planos individuais ou familiares, salvo por motivo de fraude ou de não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias (art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998). Incidência do princípio da conservação dos contratos.
> 4. **Nos contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos, admite-se a rescisão unilateral e imotivada após a vigência do**

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
166
-PM-PN-

período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, desde que haja cláusula contratual a respeito (art. 17, capute parágrafo único, da RN ANS nº 195/2009).

5. Os contratos grupais de assistência à saúde com menos de 30 (trinta) beneficiários possuem características híbridas, pois ostentam alguns comportamentos dos contratos individuais ou familiares, apesar de serem coletivos. De fato, tais avenças com número pequeno de usuários contêm atuária similar aos planos individuais, já que há reduzida diluição do risco, além de possuírem a exigência do cumprimento de carências. Em contrapartida, estão sujeitos à rescisão unilateral pela operadora e possuem reajustes livremente pactuados, o que lhes possibilita a comercialização no mercado por preços mais baixos e atraentes.

6. Diante da vulnerabilidade dos planos coletivos com quantidade inferior a 30 (trinta) usuários, cujos estipulantes possuem pouco poder de negociação em relação à operadora, sendo maior o ônus de mudança para outra empresa caso as condições oferecidas não sejam satisfatórias, e para dissipar de forma mais equilibrada o risco, a ANS editou a RN nº 309/2012, dispondo sobre o agrupamento desses contratos coletivos pela operadora para fins de cálculo e aplicação de reajuste anual.

7. Os contratos coletivos de plano de saúde com menos de 30 (trinta) beneficiários não podem ser transmudados em plano familiar, que não possui a figura do estipulante e cuja contratação é individual. A precificação entre eles é diversa, não podendo o CDC ser usado para desnaturar a contratação.

8. Em vista das características dos contratos coletivos, a rescisão unilateral pela operadora é possível, pois não se aplica a vedação do art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998, mas, ante a natureza híbrida e a vulnerabilidade do grupo possuidor de menos de 30 (trinta) beneficiários, deve tal resilição conter temperamentos, incidindo, no ponto, a legislação do consumidor para coibir abusividades, primando também pela conservação contratual (princípio da conservação dos contratos).

9. A cláusula contratual que faculta a não renovação do contrato de assistência médica-hospitalar nos contratos de plano de saúde com menos de 30 (trinta) usuários não pode ser usada pela operadora sem haver motivação idônea. Logo, na hipótese, a operadora não pode tentar majorar, de forma desarrazoada e desproporcional, o custeio do plano de saúde, e, após, rescindi-lo unilateralmente, já que tal comportamento configura abusividade nos planos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários.

10. É possível a devolução dos valores de mensalidades de plano de saúde pagos a maior, diante do expurgo de parcelas judicialmente declaradas ilegais, a exemplo de reajustes reconhecidamente abusivos, em virtude do princípio que veda o enriquecimento sem causa. Aplicação da prescrição trienal em tal pretensão condenatória de ressarcimento das quantias indevidamente pagas. Precedente da Segunda Seção, em recurso repetitivo.

11. Recurso especial parcialmente provido.

Portanto, cabe à discricionariedade e conveniência da administração para inserir ou não a cláusula para rescindir o plano de forma unilateral, em especial para casos de redução de beneficiários. Afastando a necessidade de inclusão desta cláusula.

No caso da alegação de que a remoção deve ser garantida somente dentro da área de cobertura do plano, cabe recorrer ao art. 12 da Lei 9656/98, esta que regulamenta os planos de saúde, que define, na sua alínea "e", que o mínimo de cobertura para remoção,

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
167
M-PN-

quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites da abrangência geográfica previsto no contrato:

> Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:
> [...]
> e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

De fato, a remoção deve ser dentro somente da área de abrangência do contratado, inclusive, há a previsão de que a operadora remova o paciente para outro estabelecimento hospitalar "dentro do território nacional", conforme o item 16.1 do projeto básico, anexo do edital. Insta ressaltar que a área de abrangência geográfica do plano a ser contratado deve ser de cobertura nacional, portanto, a exigência está em conformidade com a legislação. Assim, nada há para reparar no edital, afastando a necessidade de modificações.

No que tange a alegação de que a minuta do contrato não se adequa ao estabelecido nas normas vigentes da ANS, importante destacar que o art. 16 da Lei 9656/98 define o rol dos dispositivos que devem constar nos contratos. Importante mencionar que a minuta do contrato está vinculada ao que consta no projeto básico anexo ao edital, sendo parte integrante. E no projeto básico, há todas as cláusulas exigidas no art. 16 da Lei 9656, portanto, não há que falar que o contrato está em contradição com as normas da ANS, sendo perfeitamente válidas.

Assim, cabe o não acolhimento das solicitações contidas na proposta da Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho, não podendo ser aceitas nessa fase. Entretanto, cabe ressaltar, há possibilidade do gestor, de acordo com a conveniência, em vista atender melhor o interesse público e também a ampliação do universo de fornecedores, acatar as solicitações, desde que revogue o credenciamento e publique novamente o edital com as alterações.

3. CONCLUSÃO

Com efeito, com fulcro na fundamentação acima exposta, esta Assessoria Jurídica **OPINA**, s.m.j., pela desclassificação da proposta da Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza, em razão da desconformidade com as especificações previstas no instrumento convocatório, a sem prejuízo para apresentação de proposta de acordo o exigido pelo edital.

Por fim, cabe ressaltar, que há possibilidade do gestor, de acordo com a conveniência e com finalidade de melhor atender o interesse público e ampliar o universo de fornecedores, acatar as solicitações, desde que revogue o credenciamento e publique novamente o edital com as alterações.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 168 PMPN-MG

OPINA, por fim, pela observância da publicidade dos atos subsequentes do procedimento.

Em tempo, registramos que a presente análise, não alcança a motivação da contratação, bem como a descrição do objeto e demais critérios de conveniência e oportunidade administrativa, que fogem à previsão legal de emissão de parecer jurídico

É o parecer, em caráter opinativo e não vinculativo.

Ponte Nova, 07 de outubro de 2022.

Daniel dos Santos Pavione
Assessor Jurídico II
OAB/MG 121.838

Mariana Rocha de Jesus Passos
Assessora Jurídica I
OAB/MG 190.487

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA

ESTADO DE MINAS GERAIS

ATA ELETRÔNICA Nº 005/2022

ATA DE SESSÃO DE LICITAÇÃO

Processo nº 123/2022 – Inexigibilidade nº 010/2022

Data: 07/10/2022 **Hora: 16h00min.**

Aos sete dias do mês de outubro de dois mil e vinte e dois, às 16h00min, na sede da Prefeitura Municipal de Ponte Nova, na Av. Caetano Marinho, 306, Centro, reuniu-se a Comissão Permanente de Licitação, estando presentes os seguintes membros: Júlio Pires Monteiro (Presidente), Sandra Helena de Carvalho Lana, Marilena Parreira Alves, Isabella Gomides de Magalhães e José Geraldo Cremonezi Júnior, nomeados pelo Decreto Nº 12.533/2022, com o objetivo de analisar o, parecer jurídico referente ao **Processo nº 1232/2022 – Inexigibilidade nº 010/2022**, tendo por objeto **Credenciamento para contratação de empresas operadoras de plano de saúde**. Iniciada a reunião foi constatada a entrega do envelope da Fundação Filantrópica e Beneficente Saúde Arnaldo Gavazza Filho, dentro do prazo estipulado no instrumento convocatório, sendo que a empresa apresentou todos os documentos exigidos no edital, portanto habilitada ao credenciamento. Porém anexou junto a proposta de adesão suas ressalvas às disposições contidas no edital de credenciamento, estando em desconformidade com as especificações previstas no instrumento convocatório. O Presidente juntamente com a Equipe de apoio encaminhou o processo para parecer jurídico. Conforme parecer jurídico anexo ao processo "OPINANDO" pela desclassificação da proposta da Fundação Filantrópica e Beneficente Saúde Arnaldo Gavazza Filho, em razão da desconformidade com as especificações previstas no instrumento convocatório, sem prejuízo para apresentação de proposta de acordo com o exigido pelo edital. Sendo assim conforme orientação do setor Jurídico encaminho o processo para a Autoridade Superior para decidir de acordo com a conveniência e com finalidade de melhor atender o interesse público e ampliar o universo de fornecedores, acatar as solicitações, desde que revogue o edital de credenciamento e publique

novamente o edital com as alterações. Nada mais havendo a tratar a reunião encerrou-se às 16h20min, lavrando-se a presente ata que, depois de lida e aprovada, segue assinada por todos os presentes.

Júlio Pires Monteiro
(Presidente da Comissão Permanente de Licitações)

Marilena Parreira Alves
(Membro da Comissão)

Sandra Helena de Carvalho Lana
(Membro da Comissão)

José Geraldo Cremonezi Júnior
(Membro da Comissão)

Isabella Gomides de Magalhães
(Membro da Comissão)

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
ESTADO DE MINAS GERAIS

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
171
PM-PN-

MEMORANDO INTERNO Nº 027/2022

Ponte Nova, 17 de outubro de 2022.

De: Secretaria Municipal de Governo
Para: Sandra Helena de Carvalho Lana
Presidente da Comissão de Licitação

Venho através deste solicitar a suspensão do credenciamento referente ao Processo Licitatório 123/2022 Inexigibilidade 010/2022, pois após questionamentos apresentados pela empresa Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho (PLAMHAG) verificou-se a possibilidade de revisão do Termo de Referência e consequentemente retificação do edital.

Estamos à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Fernando Antônio de Andrade
Secretário Municipal de Governo

Fernando Antônio de Andrade
Secretário Municipal de Governo
CPF: [redacted]472.786-[redacted]

PREFEITURA DE PONTE NOVA

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 172

Licitação

Confira abaixo as informações referentes à licitação selecionada.
Informação disponibilizada conforme Art. 8º, §1º Inciso IV, da Lei 12.527/11 e Art. 7º, Inciso I, alínea "e", do Decreto nº 7.185/10.

Número da licitação: 10/2022

Número do processo administrativo: 123

Modalidade da licitação: Inexigibilidade

Fundamentação legal: Artigo 25 Lei 8666/1993

Objeto: CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS OPERADORAS DE PLANO DE SDAÚDE MÉDICO HOSPITALAR ESPECIALIZADA PARA FORNECIMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, DEVIDAMENTE AUTORIZADAS PELA AGÊNCIA NACIONAL NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR ANS

Unidade solicitante: Prefeitura Municipal de Ponte Nova

Data de publicação: 03/08/2022

Data limite: 08/08/2022

Data de abertura: 08/08/2022

Horário de abertura: 12:00

Status: Em andamento

Arquivos para download

Realize o login para receber em seu e-mail todas as notificações pertinentes a este processo. É possível efetuar o download dos arquivos abaixo sem a necessidade do login, porém você não receberá as atualizações deste processo.

Clique aqui para fazer login. Caso ainda não possua cadastro, **cadastre-se aqui.**

Editais | Avisos/Erratas | Resultado | Esclarecimento | Contratos | Atas | Homologação

Outros documentos do processo

Aviso de Suspensão
6kb

Data da publicação: 18/10/2022

Enviar questionamentos

Questionamento

Gerenciar cookies

proporcionalidade, moralidade, ampla defesa, contraditório, segurança jurídica, interesse público e eficiência,

DECRETA:

Art. 1º Fica instaurada, de ofício, Comissão de Processo Administrativo para averiguar eventuais irregularidades na remuneração de profissionais do Magistério, contratados para o exercício da função pública de Especialista em Educação Básica I.

Art. 2º Ficam nomeadas para integrar a Comissão de Processo Administrativo composta pelas seguintes servidoras:

Josiela Neves da Fonseca Paoli;
Kelly Lopes Silva Marques;
Lucinda Rodrigues Colombari.

Art. 3º O Procedimento Administrativo transcorrerá sob o rito do Devido Processo Legal e com obediência aos Princípios do Contraditório e da Ampla Defesa.

Art. 4º Com a instauração do Processo Administrativo, o servidor será citado para apresentar defesa, no prazo de 10 (dez) dias, sob pena de confissão e revelia, especificando, desde logo, as provas que pretende produzir, se for o caso.
Art. 5º Na apreciação da prova, a autoridade julgadora formará livremente sua convicção, podendo determinar as diligências que entender necessárias.
Art. 6º Finalizada a instrução, a Comissão de Processo Administrativo, emitirá Decisão Final.
Art. 7º Não caberá recurso da decisão prolatada pela Comissão de Processo Administrativo.
Art. 8º Todos os prazos referidos nesta seção serão contados conforme determinação do Código de Processo Civil, que também será aplicado de forma subsidiária ao processo administrativo.

Art. 9º O prazo máximo para a conclusão do Procedimento Administrativo será de 60 (sessenta) dias, contados a partir da publicação deste feito sancionador, admitindo-se a sua prorrogação por igual prazo se as circunstâncias o exigirem.

Art. 10 Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 11 Revogam-se disposições contrárias, especialmente o Decreto nº 12.685/2022, que determina revisão de contratos na função de Especialista em Educação Básica.

Ponte Nova, 13 de outubro de 2022.

WAGNER MOL GUIMARÃES
Prefeito Municipal

FERNANDO ANTÔNIO DE ANDRADE
Secretário Municipal de Governo

O presente Decreto foi afixado no Saguão da Prefeitura em ___/___/2022.

Publicado por:
Sandra Maria Guedes Antunes
Código Identificador:1F811AEF

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
AVISO DE SUSPENSÃO - PROCESSO Nº 123/2022, INEXIGIBILIDADE Nº 010/2022

A Presidente da Comissão Permanente de Licitação, decide suspender o credenciamento referente ao Processo nº 123/2022, Inexigibilidade nº 010/2022, cujo objeto é o Credenciamento de empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A suspensão se faz necessária para avaliação de questionamentos referentes ao Edital. Portanto a sessão fica suspensa sine die.

SANDRA HELENA DE CARVALHO LANA
(Presidente da Comissão Permanente de Licitação).

Publicado por:
Sandra Helena de Carvalho Lana
Código Identificador:68F8B3B7

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRADOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRADOS
EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE CONCURSO PÚBLICO

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRADOS – MG – EDITAL DE CONVOCAÇÃO - Fica convocada a candidata aprovada no Concurso Público nº 001/2018 para provimento de cargos do Quadro de Pessoal, de acordo com as vagas discriminadas no Edital, publicado no Quadro de Avisos da Prefeitura e nomeação nesta data: Josilene Nogueira da Silva Campos. O presente Edital de Convocação encontra-se publicado nos sites **(http://prados.mg.gov.br/diariomunicipal.com.br/amm-mg/)** –

Prados, 18 de outubro de 2022

LÉSTER REZENDE DANTAS JÚNIOR
Prefeito Municipal

Publicado por:
Angélica Aparecida Coimbra Vale
Código Identificador:F763692E

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRADOS
EXTRATO DE ADITIVO

Processo Licitatório nº 081/2022
Adesão nº 005/2022
Primeiro Termo Aditivo ao Contrato Nº 094/2022
Contratante: Prefeitura Municipal de Prados
Contratado: Mabelê Comércio de Veículos EIRELI
Objeto: O presente Termo Aditivo tem como objeto a substituição do veículo modelo Renault Master L2H2 pelo modelo Ford Transit.
Data: 17 de outubro de 2022.

Publicado por:
Bruno Ludgero da Mata e Sousa
Código Identificador:EDDF697F

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRATÁPOLIS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRATÁPOLIS
PREGÃO PRESENCIAL 103/2022

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRATÁPOLIS, Processo administrativo nº 254/2022 – Pregão Presencial 103/2022, torna público que celebrou contrato para credenciamento de **Registro de preço para o Fornecimento futuro e parcelado de Lubrificantes e Fluídos, para veículos oficiais pertencentes à frota do município de Pratápolis e conveniados, a realizar os serviços propostos,** ficando como contratada a empresa **JOSE HERNANI VAZ COSTA - 04448119661** (CNPJ: **17.176.365/0001-74**).

Publicado por:
Rafael Corrêa Ramos
Código Identificador:505F2971

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRATÁPOLIS
PORTARIA Nº 2.463/2022

PUBLICAÇÃO – PORTARIA Nº 2.463/2022
A Administração Pública do Município de Pratápolis, Minas Gerais, torna público, nos termos da Lei 2.000/2020, a publicação da Portaria nº 2.462/2022, que **DISPÕE SOBRE EXONERAÇÃO DE SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL, EM RAZÃO DE SUA APOSENTADORIA.** Sendo que a íntegra do texto legal poderá ser

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 174

TERMO DE DECISÃO ADMINISTRATIVA

Processo Licitatório nº 123/2022 – Inexigibilidade 010/2022

Objeto: Credenciamento para contratação de empresas operadoras de plano de saúde.

1. Relatório

Trata-se de decisão acerca da possibilidade de revogação do credenciamento referente à Inexigibilidade 010/2022.

Justificativa, fls. 129 e 130 em que a empresa Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho (PLAMHAG), solicita seu credenciamento desde que atendidas as ressalvas apresentadas quanto a discordâncias no edital e minuta do contrato referente ao atendimento de urgência e emergência, da coparticipação, manutenção do contrato e rescisão e remoção.

Parecer jurídico, fls 163 a 168, opinando pela desclassificação da proposta da empresa Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho (PLAMHAG), em razão da desconformidade com as especificações previstas no instrumento convocatório. Ressalta o parecer que há possibilidade do gestor, de acordo com a conviniência e com finalidade de melhor atender o interesse público e ampliar o universo de fornecedores, acatar as solicitações, desde que revogue o edital de credenciamento, faça as alterações sugeridas e publique novamente.

Ata de Reunião de Licitação, fls 169 e 170, informando que apesar de a empresa Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho (PLAMHAG) ter apresentado documentação de habilitação de acordo com o exigido no edital não será possível seu credenciamento pois, apresentou também ressalvas ao edital de credenciamento sugerindo sua alteração antes da assinatura do contrato.

2. Fundamentação

Prima facie, importante mencionar que as decisões administrativas devem ser motivadas em razão do princípio democrático do devido processo legal, e pelo princípio implícito da motivação, conforme conceituado por Maria Sylvia Zanella de Pietro conceituou e transcrito abaixo:

> A motivação, em regra, não exige formas específicas, podendo ser ou não concomitante com o ato, além de ser feita, muitas vezes, por órgão diverso daquele que proferiu a decisão. Freqüentemente, a motivação consta de pareceres, informações, laudos, relatórios, feitos por outros órgãos, sendo apenas indicados como fundamento da decisão. (DI

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 175

PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Direito administrativo*. Ed. 32. Rio de Janeiro: Forense, 2019. p.242)

Extrai-se a possibilidade de que a decisão seja realizada por meio de pareceres ou relatórios, sendo estes utilizados como fundamentos da decisão e dela parte integrante, sendo conhecida como técnica de motivação *aliunde* ou *per relationem,* sendo permitida no nosso ordenamento jurídico, conforme jurisprudência do STF(AI 738.982-AgR/PR, Rel. Min. JOAQUIM BARBOSA – AI 813.692- -AgR/RS, Rel. Min. CELSO DE MELLO – MS 28.677-MC/DF, Rel. Min. CELSO DE MELLO – MS 28.989-MC/PR, Rel. Min. CELSO DE MELLO – RE 172.292/SP, Rel. Min. MOREIRA ALVES, v.g.).

Portanto, acolho, integralmente, como razão de decidir, os fundamentos em que se apoia o parecer da Assessoria Jurídica, sendo este documento integrante da decisão.

3. Dispositivo

Por todo exposto, com orientação do parecer jurídico, por meio da técnica de fundamentação *per relationem,* **DECIDO** pela desclassificação da proposta apresentada pela empresa Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho (PLAMHAG), haja vista que não podem ser aceitas as ressalvas solicitadas na proposta apresentada pela empresa nesta fase. Também **DECIDO** pela revogação parcial do referido procedimento licitatório a fim de que sejam feitas as alterações necessárias para o pleno atendimento do interesse público e consequentemente seja ampliado o universo de fornecedores. Assim devem ser mantidos os documentos que não sofreram alterações.

Ao disponibilizar essa decisão, o parecer jurídico deve ser disponibilizado em anexo a este documento, por ser aquele, parte integrante deste.

Dê-se ciência da presente decisão aos interessados, na forma da Lei.

Publique-se. Intime-se. Cumpra-se.

Ponte Nova/MG, 18 de outubro 2022.

Wagner Mol Guimarães
Prefeito

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
ESTADO DE MINAS GERAIS

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 176 PM-PN

SOLICITAÇÃO DE RETIFICAÇÃO DE EDITAL
PROCESSO LICITATÓRIO 123/2022 – INEXIGIBILIDADE 010/2022

Objeto: Contratação através de credenciamento de empresas operadoras de plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Após estudar e entender melhor as regulamentações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência reguladora dos planos de saúde do Brasil, verificou-se a necessidade de retificar o edital para atender as regulamentações e promover a igualdade de condições aos credenciados.

Sendo assim solicitamos a retificação do edital para que seja incluído o Projeto Básico retificado anexo a este memorando.

Ponte Nova, 07 de novembro de 2022.

José Damásio Gomes Junior
Auxiliar Administrativo
(Setor de Compras)

Revisado por,

Bruno Oliveira do Carmo
Assessor Municipal Executivo do Gabinete

Fernando Antônio de Andrade
Secretário Municipal de Governo

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
ESTADO DE MINAS GERAIS

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 177

PROJETO BÁSICO

1 OBJETO

1.1 O presente projeto básico tem por objeto a **contratação através de credenciamento** de empresas operadoras de plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência a saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência a Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura asssistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.

2 JUSTIFICATIVA

Como ação preventiva e com foco na qualidade de vida do servidor, é determinante possibilitar o acesso à assistência à saúde sempre que necessário. A Saúde Suplementar no Brasil oferece assistência médica e hospitalar privada através das Operadoras de Planos de Saúde.

O credenciamento caberá quando a Administração Pública estiver disposta a celebrar contrato com todas as entidades que demonstrarem interesse em executar objeto por ela delimitado, sem que a escolha de uma entidade privada implique em prejuízo de outra(s).

A possibilidade de que seja firmado o contrato com o maior número possível de administradoras de beneficios interessadas inviabiliza a competição, tornando fática a inexigibilidade da licitação, nos termos do art. 25, caput, da Lei nº 8.666/1993.

Este credenciamento pretende disponibilizar aos servidores uma maior oferta de planos e programas de assistência à saúde suplementar, por meio das administradoras credenciadas, para que assim sejam obtidas melhores opções na prestação de serviço, aliada à possibilidade de menor custo.

Verificamos que o objeto, sendo ofertado por um maior número de administradoras de plano de saúde, representará um ganho para os servidores do municipo de Ponte Nova, pois abrirá

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 178

diversidade de opções de escolha de planos de saúde de assistência suplementar médica. Por isso, o credenciamento visa garantir a igualdade de condições entre os interessados habilitados a firmar o contrato, não se falando em competição para a escolha da melhor proposta através de procedimento licitatório, uma vez que, de acordo com os critérios objetivos, haverá a garantia da impessoalidade para a convocação de todos os habilitados a fim de formalizarem o contrato.

Por fim, evidenciamos que o objeto será melhor atendido pela contratação do maior número de interessados habilitados possível, sendo legítimo promover chamamento público para credenciamento, restando comprovada a inviabilidade de competição para a contratação do objeto, tendo em vista que a necessidade da Administração ficaria restrita e limitada com a contratação de apenas uma administradora habilitada em concorrência por meio de procedimento licitatório.

3 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

3.1 Lei nº 8.666/93, art. 25;

3.2 Parecer nº 07/2013/CPLC/DEPCONSU/PGF/AGU;

3.3 Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;

3.4 Resolução Normativa ANS – nº 465, de 24 de fevereiro de 2021;

3.5 Resolução Normativa ANS – nº 195, de 14 de julho de 2009.

4 DA CONCEITUAÇÃO

4.1 Para fins deste documento, considera-se:

a) USUÁRIOS - os inscritos no Plano de Assistência à Saúde dos Servidores, na condição de beneficiários ativos e dependentes.

b) BENEFICIÁRIO TITULAR – membros e servidores efetivos ativos, os ocupantes de cargos comissionados, os contratados e os agentes políticos do Município de Ponte Nova/MG.

c)BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – grupo familiar do Beneficiário Titular, na forma da Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações.

d) REDE CREDENCIADA – hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores pela Credenciada, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

e) REMOÇÃO - deslocamento dos usuários para o atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Termo de Referência, de acordo com a Resolução Normativa da ANS nº 259/2011, para garantir os prazos máximos de atendimento.

f) TERMO DE ADESÃO – termo que formaliza a adesão do servidor ao Termo de Credenciamento firmado entre a Prefeitura de Ponte Nova, gestor do Plano de Assistência à Saúde e a Operadora do Plano de Saúde.

g) CO-PARTICIPAÇÃO – é o valor que o beneficiário pagará pelo uso dos

eventos de consultas, exames, terapias e atendimentos ambulatóriais.

h) ACIDENTE PESSOAL: evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;

i) AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;

j) AGRAVO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o Beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a CONTRATADA e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravo;

k) ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO: área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados;

l) ATENDIMENTO AMBULATORIAL: compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;

m) ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;

n) CARÊNCIA: prazo ininterrupto, contado a partir data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;

o) CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;

p) COBERTURA: garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;

q) COMPANHEIRO: pessoa que vive em união estável com outrem, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;

r) COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;

s) CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;

t) EXAMES COMPLEMENTARES SIMPLES: são considerados exames simples de diagnóstico e terapia: análises clínicas, à exceção de genética e alta complexidade, anatomia patológica/cito-patologia, eletrocardiograma e raios-x, à exceção dos contrastados;

u) HOSPITAL DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;

v) INTERNAÇÃO HOSPITALAR: situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;

w) MÉDICO ASSISTENTE: médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente

5 DOS BENEFICIÁRIOS

5.1 São considerados beneficiários titulares membros e servidores efetivos ativos, os ocupantes de cargos comissionados e os contratados do Município de Ponte Nova/MG.

5.2 São considerados beneficiários dependentes dos servidores:

5.2.1 Cônjuge ou companheiro, havendo união estável, nos termos estabelecidos no Código Civil Brasileiro;

5.2.2 Ex-cônjuge, por determinação judicial, sem eventual concorrência com o cônjuge ou companheiro;

5.2.3 Filhos, adotivos ou não, solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos;

5.2.4 Enteados solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos;

5.2.5 Netos solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos.

6 RELAÇÃO DE SERVIDORES POR FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETARIA	QUANTIDADE DE SERVIDORES
0-18	0
19-23	33
24-28	102
29-33	227
34-38	275
39-43	401
44-48	336
49-53	270
54-58	244
>59	224
Total	**2112**

6.1 A proposta do CREDENCIANTE deverá observar os valores máximos apresentados nas tabelas abaixo, sendo permitida a apresentação de preços menores:

PLANO – AMBULATORIAL/ HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA - ENFERMARIA

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 181 PMPN

FAIXA ETÁRIA		VALOR
1	0-18	69,17
2	19-23	89,93
3	24-28	99,82
4	29-33	112,80
5	34-38	126,33
6	39-43	142,75
7	44-48	169,87
8	49-53	236,12
9	54-58	304,60
10	>59	414,26

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
Consulta Eletiva	50%
Exames / Terapias / Outros atendimentos ambulatoriais	20%
Franquia Internação Enfermaria	R$ 00,00

6.2 Número mínimo de 03 (três) vidas para manter o contrato ativo e à partir de 30 (trinta) vidas, ficará isento do cumprimento dos prazos de carências.

7 CO-PARTICIPAÇÃO NOS CUSTEIOS DOS SERVIÇOS

7.1 A co-participação é de inteira responsabilidade do beneficiário titular e será paga ao Plano de Saúde.

7.2 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.

7.3 A participação no custo dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento.

8 DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

8.1 A inclusão de beneficiários no Plano de Saúde far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa perante o Plano de Assistência a Saúde dos Servidores.

8.2 É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário do Plano de Saúde de que trata este objeto.

8.3 O Beneficiário Titular disporá do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação do Plano de Saúde, para solicitar as suas adesões e dos seus dependentes, se for o caso, no Plano de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após esse prazo os beneficiários cumprirão as carências determinadas pela ANS.

8.4 O Beneficiário Titular que ingressar na Prefeitura Municipal de Ponte Nova/MG após 30 (trinta) dias da 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, isentos de carência para usufruir dos serviços abrangidos. Após esse prazo, o beneficiário deve cumprir as carências determinadas pela ANS.

8.5 Em caso de pluralidade de empresas credenciadas, o beneficiário que desejar migrar de um plano para outro, será isento de carência, desde que, tenham cumprido todos os requisitos do contrato anterior, tendo em vista as regras contratuais e da ANS.

8.6 Os dependentes que adquirirem essa condição por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade após a inclusão inicial de membros e servidores ativos terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no Plano de Assistência à Saúde, sob pena do cumprimento da carência determinadas pela ANS.

8.7 Fica sujeita à carência determinadas pela ANS a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo Beneficiário Titular.

8.8 A solicitação de inscrição de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	INICÍO DA VIGÊNCIA
1º ao 20º dia	1º dia do mês subsequente.
21º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente.

8.9 A solicitação de exclusão de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial.

PERÍODO DE EXCLUSÃO	FIM DE VIGÊNCIA
1º ao 30º dia	1º dia do mês subsequente.

8.10 Caberá ao Município de Ponte Nova/MG a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos membros e servidores ativos, seus dependentes, indicando a relação de parentesco dos dependentes com o membro ou servidor, quando solicitados pelo Plano de Saúde.

8.11 Número mínimo de 03 (três) vidas para manter o contrato ativo e à partir de 30 (trinta) vidas, ficará isento do cumprimento dos prazos de carências para novas adesões.

9 DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

9.1 A exclusão do titular no Plano de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique a suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 183

plano e outras situações previstas em Lei.

9.2 No caso de afastamento legal, o servidor poderá optar por permanecer no Programa de Assistência à Saúde, durante o período do afastamento.

9.3 É de responsabilidade do Beneficiário Titular solicitar, formalmente ao Plano de Assistência a Saúde dos Servidores, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

9.4 Os beneficiários excluídos do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores do Município de Ponte Nova/MG serão responsáveis pela devolução imediata de sua carteira de identificação, as de seus dependentes e as dos demais vinculados, se houver.

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

10 DA CARÊNCIA

10.1 Não poderá ser exigida nenhuma carência para utilização dos benefícios do Plano de Saúde:

10.1.1 dos usuários inscritos na forma regulamentada no item 8;

10.1.2 em situações de urgência ou emergência, ocorridas após o início de vigência da cobertura.

10.1.3 para consultas médicas.

10.2 Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

11 DA PORTABILIDADE

11.1 A portabilidade se dará de acordo com a norma de vigência estabelecida pela ANS (RNnº 438/2018 e alterações posteriores).

12 DOS BENEFÍCIOS

12.1 As operadoras de planos de saúde credenciadas cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, hospitalares, psiquiátricos e obstétricos, previstos na legislação vigente e conforme o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

13 DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES

13.1 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.

14 DAS URGÊNCIAS E EMÊRGENCIAS

14.1 Atendimentos de Emergência e Urgência nos seguintes casos:

COMISSÃO DE LICITAÇÃO 184

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

14.1.2 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.

14.1.3 É assegurado o atendimento de urgência e emergência, imediatamente a 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, observando-se o seguinte:

14.1.4 O Plano de Saúde deverá garantir cobertura de urgência ou emergência,incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, garantindo cobertura para internação;

14.1.5 Caberá às operadoras de plano de saúde contratadas pela Prefeitura de Ponte Nova 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.

15 DO REEMBOLSO

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

15.1.1 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;

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

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

15.3 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 penade perder o direito ao reembolso.

16 DA REMOÇÃO

16.1 A Operadora de Plano de saúde deverá garantir a remoção do usuário internado de acordo

com a solicitação do médico assistente para outro estabelecimento hospitalar dentro da área de abrangência utilizando para tanto ambulância com recursos técnicos necessários que garantam a manutenção da vida.

16.2 A operadora de Plano de Saúde deverá dispor de serviço 24 (vinte e quatro) horas de ambulância e UTI móvel para atendimento aos beneficiários.

17 DAS ACOMODAÇÕES

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

17.1.1 Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria de no máximo 2 (dois) leitos.

17.2 Os planos deverão ser oferecidos na modalidade com a co-participação em eventos de consultas, exames, terapias e atendimentos ambulatoriais.

18 REDE CREDENCIADA

18.1 As operadoras de Plano de Saúde contratadas através deste credenciamento deverão oferecer aos servidores do município de Ponte Nova/MG toda sua rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar na sua área de abrangência.

18.2 As Operadoras de Plano de Saúde contratadas através deste credenciamento deverão oferecer 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.

19 DAS OBRIGAÇÕES

19.1. São obrigações da Operadora do Plano de Saúde:

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

b) elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;

c) proteger o sigilo médico dos beneficiários;

d) entregar os documentos comprobatórios dos gastos, as autorizações e listagem por usuário realativo aos procedimentos executados até o dia 25 do mês de competência;

e) Caberá às Operadoras contratadas, além das responsabilidades resultantes do Contrato, cumprir os dispositivos da Lei Federal nº 9.656/98; 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;

f) 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;

g) Promover o reembolso de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial;

h) Promover o reembolso de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial;

i) 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;

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

k) fornecer, gratuitamente, aos usuários, 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 àdisposição dos usuários);

l) manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato;

m) assumir inteira resposabilidade civil, administrativa e penal por quaisquer danos e prejuízos materiais ou pessoais causados pelo contratado, seus empregados ou prepostos, a contratante, seus funcionários e dependentendentes ou terceiros, aplicando-se ao presente contrato na Lei n. 8.078/90 e especial os artigos 14 e 20;

n) assegurar os direitos e cumprimento de todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da ANS, inclusive quanto aos preços praticados no contrato;

o) manter durante o período contratual as mesmas condições de habilitação;

p) arcar com o pagamento de todos os encargos fiscais, trabalhistas, previdenciários, fretes, seguros mão-de-obra que incidam sobre os serviços prestados;

q) garantir cobertura de quaisquer exames e procedimentos médicos indicados pela Agência nacional de Saúde Suplementar;

r) assegurar o padrão de qualidade que obedeça as normas éticas no tocante ao relacionamento com o paciente e seus familiares, com respeito a sua integridade física e moral e acatamento a seus direitos de modo geral;

19.2. São obrigações da Prefeitura de Ponte Nova, gestor do Plano de Assistência a Saúde do servidor:

a) colocar à disposição da contratada informações e dados cadastrais dos Beneficiários, que não se encontrem resguardados por sigilo;

b) permitir a contratada a divulgação do plano de saúde, junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

c) permitir aos prepostos da contratada o acesso às dependências da Prefeitura de Ponte Nova/MG, 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 contrato;

d) acompanhar e fiscalizar a execução dos Termos de Credenciamento, 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) efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;

20 REQUISITOS TÉCNICOS DE CREDENCIAMENTO

20.1 As empresas interessadas em firmar Termo de Credenciamento com Município de Ponte Nova/MG deverão cumprir as seguintes condições:

20.1.1 Estar devidamente registrada na ANS e possuir autorização de funcionamento;

20.1.2 Comprovar, através de no mínimo 01 (um) atestado de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços compatíveis com o objeto desta licitação;

20.1.3 Declarar que dispõe de Rede Credenciada para atender aos beneficiários do Município de Ponte Nova/MG, na forma exigida neste Termo;

20.1.4 Apresentar preços dos planos de saúde incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços;

21 DA VIGENCIA E DO REAJUSTE

21.1 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.

21.2 Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e o município de Ponte Nova/MG.

21.3 O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de

aniversário o mês de início de vigência contratual.

21.4 Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

21.5 A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

21.6 As demais obrigações financeiras previstas neste instrumento (tais como taxa de inscrição, segunda via do Cartão de Identificação e coparticipações, em valor ou percentual), serão reajustadas no mesmo momento da mensalidade, através de livre negociação entre as partes. Na falta de acordo entre as partes, serão reajustadas utilizando-se o mesmo índice de reajuste da mensalidade.

21.7 Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

21.8 Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.

21.9 Conforme o número de beneficiários vinculados ao presente Contrato, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes da carteira de beneficiários vinculada a este instrumento ou o agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais e coletivos por adesão vinculados a esta operadora com menos de 30 beneficiários, hipótese que poderá ser desmembrado em sub-agrupamentos, observada a legislação a esse respeito.

21.10 A primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a de assinatura deste instrumento e as datas seguintes considerarão o número de beneficiários apurado no mês de seu aniversário.

21.11 Do índice de reajuste para contratos não agrupados:

21.11.1 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste obtido através da seguinte fórmula:

Reajuste = (1 + Máximo(0;RT)) x (1 + RF) – 1

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do IPCA, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, e com retroatividade de 2 meses do aniversário deste Contrato, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

RT = S/Sm – 1

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição deste Contrato), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de 75%

21.12 Excepcionalmente, poderá a administração da CONTRATADA, optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de negociação com o CONTRATANTE.

21.5 As partes poderão, de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula supracitada, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

22 ALTERAÇÃO SUBJETIVA

22.1 É admissível a fusão, cisão ou incorporação da contratada com/em outra pessoa jurídica, desde que:

22.1.1 Sejam observados pela nova pessoa jurídica todos os requisitos de habilitação exigidos na licitação original;

22.1.2 Sejam mantidas as demais cláusulas e condições do Contrato;

22.1.3 Não haja prejuízo à execução do objeto pactuado e haja a anuência expressa da Administração à continuidade do contrato.

23 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

23.1 Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do município de Ponte Nova/MG a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

23.2 O pagamento será realizado mediante consignação em folha de pagamento.

24 DO INÍCIO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

24.1 Após assinatura do contrato, as empresas têm até 5 (cinco) dias úteis para iniciar o oferecimento da prestação dos serviços aos servidores da Prefeitura de Ponte Nova/MG, sendo respeitadas as carências e regras de inicio de cobertura previstas no item 8.

25 DISPOSIÇÕES GERAIS

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

25.2 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.

25.3 A operadora de Plano de Saúde deverá possuir, na data de assinatura do Termo de Credenciamento, Central de Atendimento, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

25.4 As exclusões de usuários do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores serão, tempestivamente, comunicadas a operadora. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva do beneficiário e da Operadora de Plano de Saúde.

25.5 O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde contratada, de acordo com o plano subscrito por ele, 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.

25.6 No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora de Plano de Saúde contratada.

25.7 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.

25.8 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.

25.9 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.

25.10 A liberação dos cartões de identificação de usuário deverá ocorrer em até 10 (dez) dias após a adesão ao Plano, porém deverá ser garantido o atendimento do usuário imediatamente após a adesão, de forma que a falta do cartão não lhe implique em prejuízo.

25.11 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.

25.12 No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora de Plano de Saúde contratada.

25.13 Os casos omissos serão dirimidos pela Prefeitura de Ponte Nova em conjunto com a Administradora de Benefícios.

26 DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

26.1 Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 8.666, de 1993, a Contratada que: Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação; Ensejar o retardamento da execução do objeto; Fraudar na execução do fornecimento; Comportar-se de modo inidôneo; Cometer fraude fiscal; Não mantiver a proposta.

26.2 A Contratada que cometer qualquer das infrações discriminadas no subitem acima ficará sujeita, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às sanções impostas pelo Decreto Municipal 11.955/2021.

Ponte Nova, 07 de novembro de 2022.

José Damásio Gomes Junior
Auxiliar Administrativo
(Setor de Compras)

Revisado por,

Bruno Oliveira do Carmo
Assessor Municipal de Executivo do Gabinete

Ratificado por,

Fernando Antônio de Andrade
Secretária Municipal de Governo

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
ESTADO DE MINAS GERAIS

TERMO DE ENCERRAMENTO DE VOLUME

PROCESSO Nº 123/2022 – INEXIGIBILIDADE Nº 010/2022

Em **18/11/2022** promoveu-se o encerramento deste volume **Nº 01 (um)**, referente ao **Processo Licitatório Nº 123/2022 – Inexigibilidade Nº 010/2022** contendo _____ folhas, o qual foi devidamente autuado e numerado, iniciando-se a partir da capa, com o **Nº** _____ até o **Nº** _____, constante do presente termo de encerramento.

Procedeu-se à abertura do volume Nº **02 (dois)**, cuja numeração se iniciará com a folha de **Nº** _____.

Para constar, lavrei o presente termo de encerramento o qual subscrevo e assino.

Ponte Nova, 18 de novembro de 2022.

_____
Sandra Helena de Carvalho Lana
Presidente da Comissão de Licitação

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
ESTADO DE MINAS GERAIS
DIVISÃO DE LICITAÇÕES

392

Nos termos do artigo 38 da lei 8.666/93, autuei o presente processo. Ponte Nova, 27 / 07 /2022

Sandra Helena de Carvalho Lana
Nome/Assinatura

Processo Nº: 123/2022
Modalidade: Inexigibilidade
Nº 010/2022 [ ]

VOLUME 02 DE _____.
CONTENDO _____ FOLHAS.

Objeto: Credenciamento para contratação de empresas Operadoras de Plano de Saúde

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Secretaria	Ficha	Secretaria	Ficha	Secretaria	Ficha

FASES DO PROCESSO

1 - [ ] Edital
2 - [ ] Publicação do Edital/Envio dos Convites
3 - [ ] Abertura de Documentação
4 - [ ] Recurso da Habilitação
5 - [ ] Abertura de Propostas
6 - [ ] Recurso de Classificação
7- [ ] Ata de Reunião
8 - [ ] Parecer Jurídico
9 - [ ] Adjudicação
10 - [ ] Homologação ou [ ] Cancelam/Revogação

CONTRATOS

Contratado	Data do Contrato	Data da Publicação
	___/___/_____	___/___/_____
	___/___/_____	___/___/_____
	___/___/_____	___/___/_____

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
193
-PM-PN-

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
ESTADO DE MINAS GERAIS

TERMO DE ABERTURA DE VOLUME

PROCESSO Nº 123/2022 – INEXIGIBILIDADE Nº 010/2022

Em **18/11/2022** promoveu-se a abertura deste volume **Nº 02 (dois)**, referente ao **Processo Licitatório Nº 123/2022 – Inexigibilidade Nº 010/2022**, o qual foi por mim autuado e numerado, iniciando-se a partir da capa, sob o Nº _____.

Para constar, lavrei o presente termo de abertura o qual subscrevo e assino.

Ponte Nova, 18 de novembro de 2022.

_____

Sandra Helena de Carvalho Lana
Presidente da Comissão de Licitação

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
194
- PM - PN -

CHAMADA PÚBLICA Nº 002/2022

EDITAL DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 123B/2022 - INEXIGIBILIDADE Nº 010B/2022

RECIBO DE RETIRADA DE EDITAL

Razão Social: _____

CNPJ Nº _____

Endereço: _____

E-mail: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____

Pessoa para contato: _____

Recebemos, através do acesso à página **www.pontenova.mg.gov.br** nesta data, copiado instrumento convocatório da licitação acima identificada.

Local: _____, ___ de _____ de 20____.

_____

Assinatura

Senhor Licitante,

Visando comunicação futura entre a Comissão Permanente de Licitações e a licitante, solicito de Vossa Senhoria preencher o recibo de entrega do edital e remeter à Comissão Permanente de Licitações através do e-mail: licitacao@pontenova.mg.gov.br

A não remessa do recibo exime a Comissão Permanente de Licitações da comunicação de eventuais retificações ocorridas no instrumento convocatório, bem como de quaisquer informações adicionais.

Av. Caetano Marinho, 306 - Centro - Ponte Nova/MG - CEP 35430-001 - Telefax: (31) 3819-5454

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
195
PM-PN

SÍNTESE INFORMATIVA DO EDITAL

EDITAL DE CREDENCIAMENTO
PROCESSO LICITATÓRIO Nº 123/2022 - INEXIGIBILIDADE Nº 010/2022

- **Departamento Solicitante:** Secretaria Municipal de Governo.
- **Protocolo de Envelopes:** A partir do dia **28/11/2022 à 30/12/2023.**
- **Objeto:** Constitui objeto deste Processo Licitatório o **credenciamento de empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura assistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, sendo que os procedimentos em urgência e emergência terão cobertura em todo o território nacional, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência N acional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.
- **Documentos Necessários:** Item 6 – Páginas 05 (cinco) a 08 (oito) do Edital.
- **Forma de execução:** conforme Projeto Básico, Anexo I deste Edital.
- **Vigência:** O contrato decorrente da presente licitação terá vigência de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado conforme dispõe o inciso II, do artigo 57 da Lei Federal N° 8.666/93.
- **Informações:** [31] 3819-5454 ramal 207 e 206 no horário de 12hs às 16hs e pelo e-mail licitacao@pontenova.com.br. Ao ligar, favor informar o número do **PROCESSO LICITATÓRIO Nº 123/2022 – INEXIGIBILIDADE Nº 010/2022.**

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
196
-PM-PN-

CHAMADA PÚBLICA Nº 002/2022

EDITAL DE CREDENCIAMENTO
PROCESSO LICITATÓRIO Nº 123B/2022 - INEXIGIBILIDADE Nº 010B/2022

Torna-se público, para conhecimento dos interessados, que o MUNICÍPIO DE PONTE NOVA, inscrito no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) sob o n° 23.804.149/0001-29, em conformidade com o caput do artigo 25 da Lei Federal 8.666/93, estará recebendo em sua sede a partir do dia **28/11/2022 (vinte e oito de novembro de dois mil e vinte e dois),** no horário de 12hs às 16hs, a documentação do **item 6** deste Edital, para credenciamento de **empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, com critérios e condições a seguir especificadas:

1. DAS NORMAS LEGAIS

1.1. O presente Edital rege-se pela Lei Federal Nº 8.666 de 21 de junho de 1993, com suas posteriores alterações, fundamentando-se nos termos do caput do artigo 25, firmado sob o regime de credenciamento.

2. DO EDITAL E SEUS ANEXOS:

2.1. O Edital da presente licitação estará disponível a qualquer interessado, de 12h às 16h, na Divisão de Procedimentos Licitatórios, sede da Prefeitura, à Avenida Caetano Marinho, Nº 306, Centro, Ponte Nova-MG, ou através do link https://www.pontenova.mg.gov.br/licitacoes.

2.2. Constituem anexos do presente **EDITAL**:

ANEXO I – Projeto Básico
ANEXO II – Modelo de Requerimento de Credenciamento;
ANEXO III – Modelo de Proposta de Adesão;
ANEXO IV – Modelo da Declaração de não Contratação de Menor;
ANEXO V – Modelo da Declaração de Atendimento dos Requisitos de Habilitação e Contratação;
ANEXO VI - Modelo de Declaração de Nepotismo;
ANEXO VII – Minuta do Contrato de Prestação de Serviços.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
197
-PM-PN-

3. DO OBJETO:

3.1. O objeto do presente Edital é o credenciamento de empresas operadoras de Plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura assistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, sendo que os procedimentos em urgência e emergência terão cobertura em todo o território nacional, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.

4. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO E DO PRAZO:

4.1. Poderão se credenciar todas as pessoas jurídicas que atenderem às exigências constantes neste Edital e seus anexos.

4.2. Fica permitido o credenciamento do dia **28/11/2022 a 30/12/2023,** bastando para tanto comprovar o atendimento a todos os requisitos fixados neste Edital, com a entrega da documentação pertinente, na forma do 6 deste Edital.

4.3. Em situações devidamente justificadas e com prévia publicação em Diário Oficial do Município, o Município poderá suspender o credenciamento de novas empresas.

4.4. Estão impedidos de se credenciar as pessoas jurídicas que tenham sido sujeitos de aplicação da penalidade de suspensão temporária de contratar com o MUNICÍPIO DE PONTE NOVA, pelo prazo da suspensão, ou que tenham sido declaradas inidôneas por qualquer órgão da Administração Pública, pelo prazo da declaração de inidoneidade.

5. DA PROPOSTA:

5.1. A proposta do CREDENCIANTE deverá observar os valores máximos apresentados na tabela abaixo**, sendo permitida a apresentação de preços menores**.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
198
-PM-PN-

PLANO – AMBULATORIAL/ HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA - ENFERMARIA		
FAIXA ETÁRIA		VALOR
1	0-18	69,17
2	19-23	89,93
3	24-28	99,82
4	29-33	112,80
5	34-38	126,33
6	39-43	142,75
7	44-48	169,87
8	49-53	236,12
9	54-58	304,60
10	>59	414,26

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
Consulta Eletiva	50% (R$45,00)
Exames / Terapias / Outros atendimentos ambulatoriais	20%
Franquia Internação Enfermaria	R$ 00,00

6. DA HABILITAÇÃO

6.1. Como condição prévia ao exame da documentação de habilitação do interessado, o Presidente verificará o eventual descumprimento das condições de participação, especialmente quanto à existência de sanção (a suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração de que trata o inciso III do art. 87 da Lei Federal nº 8.666/93, só impedira o licitante de concorrer nesta Licitação, caso tenha sofrido a penalidade diretamente pelo Município de Ponte Nova), que impeça a participação no certame ou a futura contratação, mediante a consulta aos seguintes cadastros[1]:

a) SICAF;

b) Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS, mantido pela Controladoria-Geral da União (http://www.portaldatransparencia.gov.br/);

c) Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça (www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php).

---

[1] ACÓRDÃO Nº 2242/2013 – TCU – Plenário:
"9.3. dar ciência ao Serpro/SP, relativamente aos subitens 2.2.2 e 2.2.4 do edital do Pregão Eletrônico 1.317/2013, de que a sanção prevista no inciso III do art. 87 da Lei 8.666/1993 produz efeitos apenas em relação ao órgão ou entidade sancionador, enquanto a prevista no art. 7º da Lei 10.520/2002 produz efeitos apenas no âmbito interno do ente federativo que a aplicar;"
A consulta aos dois cadastros – CEIS e CNJ –, além do tradicional SICAF, na fase de habilitação, é recomendação do TCU (Acórdão nº 1.793/2011 – Plenário). Trata-se de verificação da própria condição de participação na licitação.
A Consulta Consolidada de Pessoa Jurídica do TCU abrange o cadastro do CNJ, do CEIS, do próprio TCU e o Cadastro Nacional de Empresas Punidas – CNEP do Portal da Transparência.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
199
PM-PN

d) Lista de Inidôneos e o Cadastro Integrado de Condenações por Ilícitos Administrativos - CADICON, mantidos pelo Tribunal de Contas da União - TCU;

6.1.1. Para a consulta de licitantes pessoa jurídica poderá haver a substituição das consultas das alíneas "b", "c" e "d" acima pela Consulta Consolidada de Pessoa Jurídica do TCU (https://certidoes-apf.apps.tcu.gov.br/);

6.1.2. A consulta aos cadastros será realizada em nome da empresa licitante e também de seu sócio majoritário, por força do artigo 12 da Lei n° 8.429, de 1992, que prevê, dentre as sanções impostas ao responsável pela prática de ato de improbidade administrativa, a proibição de contratar com o Poder Público, inclusive por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário.

6.1.2.1. Caso conste na Consulta de Situação do Fornecedor a existência de Ocorrências Impeditivas Indiretas, o gestor diligenciará para verificar se houve fraude por parte das empresas apontadas no Relatório de Ocorrências Impeditivas Indiretas.

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

6.1.2.3. O licitante será convocado para manifestação previamente à sua desclassificação.

6.1.3. Constatada a existência de sanção, o Presidente reputará o licitante inabilitado, por falta de condição de participação.

6.2. **Serão admitidas fotocópias sem autenticação cartorial ou outro órgão competente, desde que os respectivos originais sejam apresentados no ato do Credenciamento.**

6.2.1. Os documentos mencionados no Edital não poderão ser substituídos por qualquer tipo de protocolo.

6.3. A certidão que não declarar o prazo de validade será considerada apenas a que tiver sido emitida no máximo até 90 (noventa) dias antes da data do protocolo do envelope.

6.4. As certidões emitidas através da rede mundial de computadores (internet) serão aceitas para fins desta licitação, sujeitas à verificação da veracidade das informações.

6.5. Não serão aceitos documentos de habilitação com indicação de CNPJ/CPF diferentes, salvo aqueles legalmente permitidos.

6.6. Se o licitante for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz, e se o licitante for a filial, todos os documentos deverão estar em nome da filial, exceto aqueles documentos que, pela própria natureza, comprovadamente, forem emitidos somente em nome da matriz.

6.6.1. Serão aceitos registros de CNPJ de licitante matriz e filial com diferenças de números de documentos pertinentes ao CND (Federal, Estadual e Municipal) e ao CRF/FGTS, quando for comprovada a centralização do recolhimento dessas contribuições.

6.7. A documentação para Habilitação deverá ser protocolada junto à Comissão Permanente de Licitações, **a partir do dia 28/11/2022** no horário de 12hs às 16hs, em envelope lacrado, devidamente identificado, conforme a seguir:

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
200
PM-PN

PROCESSO N° 123/2022 - INEXIGIBILIDADE N° 010/2022
RAZÃO SOCIAL:
CNPJ:
ENDEREÇO: (Logradouro, número, bairro, cidade, UF, CEP, TEL e EMAIL)

6.8. Os interessados deverão encaminhar, nos termos deste Edital, a documentação relacionada nos itens a seguir, para fins de habilitação:

6.9. **Habilitação jurídica:**

6.9.1. No caso de empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;

6.9.2. Em se tratando de microempreendedor individual – MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio www.portaldoempreendedor.gov.br;

6.9.3. No caso de sociedade empresária ou empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial da respectiva sede, acompanhado de documento comprobatório de seus administradores;

6.9.4. inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz, no caso de ser o participante sucursal, filial ou agência;

6.9.5. No caso de sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de prova da indicação dos seus administradores;

6.9.6. No caso de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País: decreto de autorização;

6.9.7. Os documentos acima deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva;

6.10. **Regularidade fiscal e trabalhista:**

6.10.1. prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas ou no Cadastro de Pessoas Físicas, conforme o caso;

6.10.2. prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02/10/2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.

6.10.3. prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
201
PM-PN

6.10.4. prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a justiça do trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;

6.10.5. prova de regularidade com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do licitante.

6.10.6. prova de regularidade com a Fazenda Estadual do domicílio ou sede do licitante, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre

6.10.7. caso o licitante seja considerado isento dos tributos estaduais relacionados ao objeto licitatório, deverá comprovar tal condição mediante declaração da Fazenda Estadual do seu domicílio ou sede, ou outra equivalente, na forma da lei;

6.11. **Qualificação Econômico-Financeira**:

6.11.1. certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica;

6.12. **Qualificação Técnica:**

6.12.1. Certidão de Situação Cadastral de Operadora ou de Administradora de Benefícios emitida pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

6.12.2. Atestado de Capacidade Técnica emitido por entidades públicas ou privadas comprovando que a interessada prestou ou presta serviços compatíveis com o objeto desta licitação.

6.12.3. Declaração de que dispõe de rede credenciada para atender aos beneficiários do município de Ponte Nova (Anexo IV).

6.13. A abertura e julgamento das propostas de adesão ao presente CREDENCIAMENTO ficarão a cargo da Comissão Permanente de Licitação da Prefeitura Municipal de Ponte Nova, a qual competirá:

a) Receber e proceder à abertura dos envelopes contendo a documentação necessária ao CREDENCIAMENTO;

b) Examinar os documentos apresentados em confronto com as exigências deste Edital devendo recusar a participação das interessadas que deixarem de atender às normas e condições aqui fixadas;

c) Proceder à confecção do contrato de Prestação de Serviços.

7. DA SELEÇÂO

7.1. Havendo mais de um credenciado o servidor beneficiário fará opção a qual Plano de saúde deseja aderir.

7.2. O quantitativo devidas estimado poderá ser aumentado ou reduzido, hipótese em que o(s) credenciado(s) será(ão) oportunamente comunicados.

8. DA CELEBRAÇÃO DO CONTRATO

8.1. O interessado habilitado será convocado para assinar o Termo de Contrato no prazo de 05 (cinco) dias, contados da convocação.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
202
PM-PN

8.1.1. O prazo para assinatura do Termo de Contrato poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, quando solicitado pela credenciada durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado e aceito pela CPL.

8.2. O Termo de Contrato será publicado, por extrato no Diário Oficial do Município, como condição indispensável para sua eficácia.

8.3. O credenciado deverá manter durante toda a execução da avença, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas neste Edital;

8.4. Os contratos originados do presente edital serão regidos pela Lei Federal N° 8.666/93 e a Lei Complementar 123/2006, com suas posteriores alterações, juntamente com suas normas e as demais estabelecidas por este Edital.

8.5. O contrato poderá ser rescindido por ato unilateral do **CEDENTE**, devidamente justificado, quando o interesse púbico assim o exigir, sem que caiba direito à indenização, nas hipóteses previstas na Lei Federal 8.666/93 e suas posteriores alterações.

8.6. A inexecução total ou parcial do contrato enseja a sua rescisão, com as conseqüências contratuais e as previstas em lei ou regulamento.

8.7. A CONTRATADA reconhece os direitos da CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista no art. 77 da Lei nº 8.666, de 1993.

9. EXECUÇÃO E CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO DO OBJETO.

9.1. Os critérios de recebimento e aceitação do objeto e de fiscalização estão previstos no Projeto Básico e ficam a cargo da Secretaria Municipal de Governo.

10. DA VIGÊNCIA E DO REAJUSTE

10.1. O Contrato proveniente do presente credenciamento terá vigência de 12 (doze) meses, renováveis até o limite do inciso II do art.57 da Lei 8.666/93.

10.2. Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e o município de Ponte Nova/MG.

11. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

11.1. O pagamento será realizado mediante consignação em folha de pagamento.

11.2. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Município de Ponte Nova/MG a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

12. DOS RECURSOS E IMPUGNAÇÕES:

12.1. Caberá recurso, nos casos de habilitação ou inabilitação, no prazo de 5 (cinco)dias úteis.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
203
PM-PN

12.2. Os recursos serão recebidos no mesmo local da entrega da documentação do credenciamento, e serão dirigidos à autoridade máxima do órgão ou entidade contratante por intermédio da Comissão, o qual poderá reconsiderar sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, ou, nesse mesmo prazo, fazê-lo subir, devidamente informado.

12.3. A autoridade superior, após receber o recurso e a informação da Comissão, proferirá, também no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a sua decisão.

12.4. Os recursos e impugnações do edital deverão ser entregues no Setor de Protocolos do Município de Ponte Nova, aos cuidados da Comissão Permanente de Licitação, no horário de 12h as 16h, onde será emitido comprovante de recebimento ou poderá ser enviado através do e-mail licitacao@pontenova.mg.gov.br.

12.5. Para Impugnação do edital ou interposição de recursos, o interessado ou licitante deverá apresentar junto com suas razões, os documentos necessários que identifiquem a empresa (caso não seja sócio ou proprietário, deverá apresentar procuração registrada no cartório), bem como que identifiquem suas alegações.

12.6. O Município de Ponte Nova/MG não se responsabilizará por recursos e impugnações endereçadas via postal ou por outras formas, entregues em locais diversos e, que, por isso, não sejam entregues no prazo legal.

13. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

13.1. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Contrato, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

13.1.1. advertência por escrito;

13.1.2. multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados ao Plano de Saúde, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;

13.2. Suspensão temporária do Termo de Contrato;

13.3. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante à autoridade que aplicou a penalidade;

13.4. As sanções previstas nos subitens 14.1.1 e 14.1.2 poderão ser aplicados concomitantemente com as dos subitens 14.2. e 14.3., facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;

13.5. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no presente Edital, no Termo de Contrato, ou ainda, a prática de atos que

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
204
-PM.PN-

caracterizem má-fé em relação ao Município de Ponte Nova/MG apuradas em processo administrativo.

14. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

14.1. A Prefeitura Municipal de Ponte Nova poderá revogar o presente credenciamento, por interesse público ou anulá-lo por ilegalidade, de ofício ou por provocação sempre em despacho fundamentado, sem que caiba aos candidatos quaisquer indenizações ou reclamações.

14.2. A Comissão Permanente de Licitação poderá, em qualquer fase da licitação, promover diligências, objetivando esclarecer ou complementar as informações que possam instruir e elucidar questões pendentes do processo.

14.3. Os casos omissos e dúvidas com relação ao credenciamento, como também a este **EDITAL**, serão resolvidas pela Comissão Permanente de Licitação.

14.4. O Edital está disponibilizado, na íntegra, no endereço eletrônico https://www.pontenova.mg.gov.br/ e também poderão ser lidos e/ou obtidos no endereço sede do Município de Ponte Nova, sito à Av. Caetano Marinho, nº 306, Bairro Centro, Município de Ponte Nova, Estado de Minas Gerais, CEP: 35.430-001, no Departamento de Licitações, nos dias úteis no horário das 12:00 horas às 16:00 horas, período no qual os autos do processo administrativo permanecerão com vista franqueada aos interessados.

14.5. Ficam os licitantes/contratados obrigados a manterem os endereços físicos e eletrônico (e-mail) atualizados e, ainda, ficam obrigados a informar à Administração, no prazo máximo de 2 (dois) dias, em caso de quaisquer alterações.

14.6. Presumem-se como lidas as mensagens eletrônicas enviadas aos licitantes/contratados, após 5 (cinco) dias úteis do envio, a partir de quando os prazos para manifestações e/ou defesa começarão a correr.

14.7. Integram este Edital, para todos os fins e efeitos, os seguintes anexos:

14.7.1. ANEXO I – Projeto Básico

14.7.2. ANEXO II – Modelo de Requerimento de Credenciamento

14.7.3. ANEXO III – Modelo de Carta Proposta

14.7.4. ANEXO IV – Modelo de Declarações.

14.8. ANEXO V – Minuta de Termo de Contrato.

Ponte Nova, 09 de novembro de 2022.

Sandra Helena de Carvalho Lana

Presidente da Comissão Permanente de Licitação

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
205
PM-PN

ANEXO I
PROJETO BÁSICO

1 OBJETO

1.1 O presente projeto básico tem por objeto a **contratação através de credenciamento** de empresas operadoras de plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência a saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência a Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura asssistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.

2 JUSTIFICATIVA

Como ação preventiva e com foco na qualidade de vida do servidor, é determinante possibilitar o acesso à assistência à saúde sempre que necessário. A Saúde Suplementar no Brasil oferece assistência médica e hospitalar privada através das Operadoras de Planos de Saúde.

O credenciamento caberá quando a Administração Pública estiver disposta a celebrar contrato com todas as entidades que demonstrarem interesse em executar objeto por ela delimitado, sem que a escolha de uma entidade privada implique em prejuízo de outra(s).

A possibilidade de que seja firmado o contrato com o maior número possível de administradoras de benefícios interessadas inviabiliza a competição, tornando fática a inexigibilidade da licitação, nos termos do art. 25, caput, da Lei nº 8.666/1993.

Este credenciamento pretende disponibilizar aos servidores uma maior oferta de planos e programas de assistência à saúde suplementar, por meio das administradoras credenciadas, para que assim sejam obtidas melhores opções na prestação de serviço, aliada à possibilidade de menor custo.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
206
P.M.P.N.

Verificamos que o objeto, sendo ofertado por um maior número de administradoras de plano de saúde, representará um ganho para os servidores do município de Ponte Nova, pois abrirá diversidade de opções de escolha de planos de saúde de assistência suplementar médica. Por isso, o credenciamento visa garantir a igualdade de condições entre os interessados habilitados a firmar o contrato, não se falando em competição para a escolha da melhor proposta através de procedimento licitatório, uma vez que, de acordo com os critérios objetivos, haverá a garantia da impessoalidade para a convocação de todos os habilitados a fim de formalizarem o contrato.

Por fim, evidenciamos que o objeto será melhor atendido pela contratação do maior número de interessados habilitados possível, sendo legítimo promover chamamento público para credenciamento, restando comprovada a inviabilidade de competição para a contratação do objeto, tendo em vista que a necessidade da Administração ficaria restrita e limitada com a contratação de apenas uma administradora habilitada em concorrência por meio de procedimento licitatório.

3 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

3.1 Lei nº 8.666/93, art. 25;

3.2 Parecer nº 07/2013/CPLC/DEPCONSU/PGF/AGU;

3.3 Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;

3.4 Resolução Normativa ANS – nº 465, de 24 de fevereiro de 2021;

3.5 Resolução Normativa ANS – nº 195, de 14 de julho de 2009.

4 DA CONCEITUAÇÃO

4.1 **Para fins deste documento, considera-se:**

a) USUÁRIOS - os inscritos no Plano de Assistência à Saúde dos Servidores, na condição de beneficiários ativos e dependentes.

b) BENEFICIÁRIO TITULAR – membros e servidores efetivos ativos, os ocupantes de cargos comissionados, os contratados e os agentes políticos do Município de Ponte Nova/MG.

c) BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – grupo familiar do Beneficiário Titular, na forma da Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações.

d) REDE CREDENCIADA – hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores pela Credenciada, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

e) REMOÇÃO - deslocamento dos usuários para o atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Termo de Referência, de acordo com a Resolução Normativa da ANS nº 259/2011, para garantir os prazos máximos de atendimento.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
207
PM-PN

f) TERMO DE ADESÃO – termo que formaliza a adesão do servidor ao Termo de Credenciamento firmado entre a Prefeitura de Ponte Nova, gestor do Plano de Assistência à Saúde e a Operadora do Plano de Saúde.

g) CO-PARTICIPAÇÃO – é o valor que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas, exames, terapias e atendimentos ambulatoriais.

h) ACIDENTE PESSOAL: evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;

i) AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;

j) AGRAVO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o Beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a CONTRATADA e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravo;

k) ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO: área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados;

l) ATENDIMENTO AMBULATORIAL: compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;

m) ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;

n) CARÊNCIA: prazo ininterrupto, contado a partir data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;

o) CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;

p) COBERTURA: garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
208
PM-PN

q) COMPANHEIRO: pessoa que vive em união estável com outrem, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;

r) COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;

s) CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;

t) EXAMES COMPLEMENTARES SIMPLES: são considerados exames simples de diagnóstico e terapia: análises clínicas, à exceção de genética e alta complexidade, anatomia patológica/cito-patologia, eletrocardiograma e raios-x, à exceção dos contrastados;

u) HOSPITAL DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;

v) INTERNAÇÃO HOSPITALAR: situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;

w) MÉDICO ASSISTENTE: médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente

5 DOS BENEFICIÁRIOS

5.1 São considerados beneficiários titulares membros e servidores efetivos ativos, os ocupantes de cargos comissionados e os contratados do Município de Ponte Nova/MG.

5.2 São considerados beneficiários dependentes dos servidores:

5.2.1 Cônjuge ou companheiro, havendo união estável, nos termos estabelecidos no Código Civil Brasileiro;

5.2.2 Ex-cônjuge, por determinação judicial, sem eventual concorrência com o cônjuge ou companheiro;

5.2.3 Filhos, adotivos ou não, solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos;

5.2.4 Enteados solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos;

5.2.5 Netos solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos.

6 RELAÇÃO DE SERVIDORES POR FAIXA ETÁRIA

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
209
PM-PN

FAIXA ETARIA	QUANTIDADE DE SERVIDORES
0-18	0
19-23	33
24-28	102
29-33	227
34-38	275
39-43	401
44-48	336
49-53	270
54-58	244
>59	224
Total	**2112**

6.1 A proposta do CREDENCIANTE deverá observar os valores máximos apresentados nas tabelas abaixo, sendo permitida a apresentação de preços menores:

PLANO – AMBULATORIAL/ HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA - ENFERMARIA		
FAIXA ETÁRIA		VALOR
1	0-18	69,17
2	19-23	89,93
3	24-28	99,82
4	29-33	112,80
5	34-38	126,33
6	39-43	142,75
7	44-48	169,87
8	49-53	236,12
9	54-58	304,60
10	>59	414,26

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
Consulta Eletiva	50%
Exames / Terapias / Outros atendimentos ambulatoriais	20%
Franquia Internação Enfermaria	R$ 00,00

6.2 Número mínimo de 03 (três) vidas para manter o contrato ativo e à partir de 30 (trinta) vidas, ficará isento do cumprimento dos prazos de carências.

7 CO-PARTICIPAÇÃO NOS CUSTEIOS DOS SERVIÇOS

7.1 A co-participação é de inteira responsabilidade do beneficiário titular e será paga ao Plano de Saúde.

7.2 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.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
Nº 210
PM-PN

7.3 A participação no custo dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento.

8 DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

8.1 A inclusão de beneficiários no Plano de Saúde far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa perante o Plano de Assistência a Saúde dos Servidores.

8.2 É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário do Plano de Saúde de que trata este objeto.

8.3 O Beneficiário Titular disporá do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação do Plano de Saúde, para solicitar as suas adesões e dos seus dependentes, se for o caso, no Plano de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após esse prazo os beneficiários cumprirão as carências determinadas pela ANS.

8.4 O Beneficiário Titular que ingressar na Prefeitura Municipal de Ponte Nova/MG após 30 (trinta) dias da 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, isentos de carência para usufruir dos serviços abrangidos. Após esse prazo, o beneficiário deve cumprir as carências determinadas pela ANS.

8.5 Em caso de pluralidade de empresas credenciadas, o beneficiário que desejar migrar de um plano para outro, será isento de carência, desde que, tenham cumprido todos os requisitos do contrato anterior, tendo em vista as regras contratuais e da ANS.

8.6 Os dependentes que adquirirem essa condição por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade após a inclusão inicial de membros e servidores ativos terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no Plano de Assistência à Saúde, sob pena do cumprimento da carência determinadas pela ANS.

8.7 Fica sujeita à carência determinadas pela ANS a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo Beneficiário Titular.

8.8 A solicitação de inscrição de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	INICÍO DA VIGÊNCIA
1º ao 20º dia	1º dia do mês subsequente.
21º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
211

8.9 A solicitação de exclusão de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial.

PERÍODO DE EXCLUSÃO	FIM DE VIGÊNCIA
1º ao 30º dia	1º dia do mês subsequente.

8.10 Caberá ao Município de Ponte Nova/MG a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos membros e servidores ativos, seus dependentes, indicando a relação de parentesco dos dependentes com o membro ou servidor, quando solicitados pelo Plano de Saúde.

8.11 Número mínimo de 03 (três) vidas para manter o contrato ativo e à partir de 30 (trinta) vidas, ficará isento do cumprimento dos prazos de carências para novas adesões.

9 DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

9.1 A exclusão do titular no Plano de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique a suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e outras situações previstas em Lei.

9.2 No caso de afastamento legal, o servidor poderá optar por permanecer no Programa de Assistência à Saúde, durante o período do afastamento.

9.3 É de responsabilidade do Beneficiário Titular solicitar, formalmente ao Plano de Assistência a Saúde dos Servidores, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

9.4 Os beneficiários excluídos do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores do Município de Ponte Nova/MG serão responsáveis pela devolução imediata de sua carteira de identificação, as de seus dependentes e as dos demais vinculados, se houver.

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

10 DA CARÊNCIA

10.1 Não poderá ser exigida nenhuma carência para utilização dos benefícios do Plano de Saúde:

10.1.1 dos usuários inscritos na forma regulamentada no item 8;

10.1.2 em situações de urgência ou emergência, ocorridas após o início de vigência da cobertura.

10.1.3 para consultas médicas.

10.2. Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
212

11 DA PORTABILIDADE

11.1 A portabilidade se dará de acordo com a norma de vigência estabelecida pela ANS (RN nº 438/2018 e alterações posteriores).

12 DOS BENEFÍCIOS

12.1 As operadoras de planos de saúde credenciadas cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, hospitalares, psiquiátricos e obstétricos, previstos na legislação vigente e conforme o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

13 DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES

13.1. 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.

14 DAS URGÊNCIAS E EMÊRGENCIAS

14.1 Atendimentos de Emergência e Urgência nos seguintes casos:

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

14.1.2 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.

14.1.3 É assegurado o atendimento de urgência e emergência, imediatamente a 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, observando-se o seguinte:

14.1.4 O Plano de Saúde deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, garantindo cobertura para internação;

14.1.5. Caberá às operadoras de plano de saúde contratadas pela Prefeitura de Ponte Nova 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.

15 DO REEMBOLSO

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

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
213

15.1.1. 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;

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

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

15.3. 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 penade perder o direito ao reembolso.

16 DA REMOÇÃO

16.1 A Operadora de Plano de saúde deverá garantir a remoção do usuário internado de acordo com a solicitação do médico assistente para outro estabelecimento hospitalar dentro da área de abrangência utilizando para tanto ambulância com recursos técnicos necessários que garantam a manutenção da vida.

16.2 A operadora de Plano de Saúde deverá dispor de serviço 24 (vinte e quatro) horas de ambulância e UTI móvel para atendimento aos beneficiários.

17 DAS ACOMODAÇÕES

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

17.1.1 Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria de no máximo 2 (dois) leitos.

17.2 Os planos deverão ser oferecidos na modalidade com a co-participação em eventos de consultas, exames, terapias e atendimentos ambulatoriais.

18 REDE CREDENCIADA

18.1 As operadoras de Plano de Saúde contratadas através deste credenciamento deverão oferecer aos servidores do município de Ponte Nova/MG toda sua rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar na sua área de abrangência.

18.2. As Operadoras de Plano de Saúde contratadas através deste credenciamento deverão oferecer a rede credenciada, de Assistência Médico-Hospitalar, contemplando atendimentos em hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais

214

colocados à disposição dos usuários, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

19 DAS OBRIGAÇÕES

19.1. São obrigações da Operadora do Plano de Saúde:

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

b) elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;

c) proteger o sigilo médico dos beneficiários;

d) entregar os documentos comprobatórios dos gastos, as autorizações e listagem por usuário realativo aos procedimentos executados até o dia 25 do mês de competência;

e) Caberá às Operadoras contratadas, além das responsabilidades resultantes do Contrato, cumprir os dispositivos da Lei Federal nº 9.656/98; 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;

f) 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;

g) Promover o reembolso de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial;

h) Promover o reembolso de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial;

i) 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;

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

k) fornecer, gratuitamente, aos usuários, 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 àdisposição dos usuários);

l) manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato;

m) assumir inteira resposabilidade civil, administrativa e penal por quaisquer danos e prejuízos materiais ou pessoais causados pelo contratado, seus empregados ou prepostos, a contratante, seus

215

funcionários e dependentendentes ou terceiros, aplicando-se ao presente contrato na Lei n. 8.078/90 e especial os artigos 14 e 20;

n) assegurar os direitos e cumprimento de todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da ANS, inclusive quanto aos preços praticados no contrato;

o) manter durante o período contratual as mesmas condições de habilitação;

p) arcar com o pagamento de todos os encargos fiscais, trabalhistas, previdenciários, fretes, seguros mão-de-obra que incidam sobre os serviços prestados;

q) garantir cobertura de quaisquer exames e procedimentos médicos indicados pela Agência nacional de Saúde Suplementar;

r) assegurar o padrão de qualidade que obedeça às normas éticas no tocante ao relacionamento com o paciente e seus familiares, com respeito a sua integridade física e moral e acatamento a seus direitos de modo geral;

19.2. São obrigações da Prefeitura de Ponte Nova, gestor do Plano de Assistência a Saúde do servidor:

a) colocar à disposição da contratada informações e dados cadastrais dos Beneficiários, que não se encontrem resguardados por sigilo;

b) permitir a contratada a divulgação do plano de saúde, junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

c) permitir aos prepostos da contratada o acesso às dependências da Prefeitura de Ponte Nova/MG, 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 contrato;

d) acompanhar e fiscalizar a execução dos Termos de Credenciamento, 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) efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;

20 REQUISITOS TÉCNICOS DE CREDENCIAMENTO

20.1 As empresas interessadas em firmar Termo de Credenciamento com Município de Ponte Nova/MG deverão cumprir as seguintes condições:

20.1.1 Estar devidamente registrada na ANS e possuir autorização de funcionamento;

20.1.2. Comprovar, através de no mínimo 01 (um) atestado de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços compatíveis com o objeto desta licitação;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
216

20.1.3. Declarar que dispõe de Rede Credenciada para atender aos beneficiários do Município de Ponte Nova/MG, na forma exigida neste Termo;

20.1.4. Apresentar preços dos planos de saúde incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços;

Elaborado por,

José Damásio Gomes Junior
Auxiliar Administrativo
(Setor de Compras)

Revisado por,

Bruno Oliveira do Carmo
Assessor Municipal de Executivo do Gabinete

Ratificado por,

Fernando Antônio de Andrade
Secretária Municipal de Governo

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
217
PM-PN-

ANEXO II

MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

RAZÃO SOCIAL (PESSOA JURÍDICA)
CNPJ
ENDEREÇO: (Rua, Avenida, complemento e nº, bairro)
Telefone(s):
E-mail:

Vimos, por meio do presente, requerer nosso credenciamento na Chamada Pública 002/2022, cujo objeto é **credenciamento de empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura assistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, sendo que os procedimentos em urgência e emergência terão cobertura em todo o território nacional, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições, em conformidade com o Edital nº 123/2022 e anexos, juntando para tanto, todos os documentos exigidos, devidamente assinados e rubricados.

Declaramos, sob as penas da lei, que tomamos conhecimento de todas as normas e condições para o cumprimento das obrigações objeto deste Credenciamento, com as quais concordamos integralmente.

Data: ____/____/____

_____

Nome e Assinatura do Representante legal da Pessoa Jurídica

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
218
PM-PN

ANEXO III

MODELO DE PROPOSTA DE ADESÃO

Razão Social:_____
CNPJ: _____
Endereço: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

Nome dos Sócios Representantes (conforme consta no Contrato Social/Estatuto em vigor):
_____ CPF n.º _____

Dados bancários:
Nome Banco: _____ N.º Agência: _____ C/C: _____

TABELA DE VALORES

	FAIXA ETÁRIA	VALOR
1	0-18	
2	19-23	
3	24-28	
4	29-33	
5	34-38	
6	39-43	
7	44-48	
8	49-53	
9	54-58	
10	>59	

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
Consultas	
Exames / Terapias / Outros atendimentos ambulatoriais	
Franquia Internação Enfermaria	R$ 00,00

TABELA DE CARÊNCIAS

Cobertura	Prazos de carência
Procedimentos de urgência e de emergência	xx (xxxxxxx) horas
Consultas médicas e exames complementares simples	xx (xxxxxxx) dias
Demais exames complementares	xx (xxxxxxx) dias
Cirurgias ambulatoriais	xx (xxxxxxx) dias
Internações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas	xx (xxxxxxx) dias
Para os demais procedimentos cobertos por este plano, bem como para novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS	xx (xxxxxxx) dias
Parto a termo	xx (xxxxxxx) dias

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
219
PM - PN

1) Nos termos da Resolução Normativa nº 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos no Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados acima, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação ao CONTRATANTE.

2) A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar para as novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) beneficiários.

Venho através deste requerer ao Município de Ponte Nova/MG o credenciamento desta Administradora de Benefícios para prestação dos serviços objeto deste credenciamento, nos termos do Edital 123/2022 e seus anexos. Em anexo, a documentação exigida.

Pede deferimento,

Data: ____/____/____

Declaramos estar ciente de todas as cláusulas constantes no Edital, e aguardamos a aceitação pela Prefeitura Municipal de Ponte Nova para Credenciamento.

_____

Nome e Assinatura do Representante legal da Pessoa Jurídica

***A LICITANTE DEVERÁ APRESENTAR ESTA CARTA PROPOSTA NO ENVELOPE LACRADO CONTENDO A DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO.**

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
Fls. 220
PM-PN

ANEXO IV

A empresa _____, inscrita no CNPJ _____, localizada à Rua/Av. _____ _____, N° _____, por intermédio de seu representante legal _____, inscrito no CPF sob o nº _____ DECLARA:

a) que o proprietário, diretor e/ou provedor desta empresa não pertence aos quadros de servidores públicos municipais de Ponte Nova/MG e nem ocupa cargo de chefia ou função de confiança no município de Ponte Nova/MG;
b) que aceita as normas do edital;
c) que atenderá a qualidade necessária à prestação dos serviços, em conformidade com a sua especificidade;
d) que compromete-se em disponibilizar a todos os beneficiários, na área de abrangência geográfica de que trata este edital, uma rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais conforme descrito no Projeto Básico;
e) que não possui entre os proprietários nenhum titular de mandato eletivo;
f) que não possui empregado menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, nos termos do Art. 27, Inciso V, da Lei 8.666/93 e alterações posteriores;
g) que não foi considerada INIDÔNEA para licitar ou contratar com a Administração Pública;
h) que inexiste fato impeditivo para a sua habilitação, estando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;
i) que cumpri o Estatuto da Criança e do Adolescente, conforme dispõe o art. 7º, Inciso XXXIII, da Constituição Federal.

Por ser expressão de verdade, firmamos a presente.

Local, ... de ..... de 2022.

Assinatura do responsável Nome (completo)
(carimbo da empresa e/ou individual)

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
221
-PM-PN-

ANEXO V

MINUTA DO CONTRATO Nº _____/2022

CONTRATO Nº XX/2022 QUE ENTRE SI CELEBRAM MUNICÍPIO DE PONTE NOVA, E A XXXXXXXXXXXXX

Contrato que entre si celebram de um lado o **MUNICÍPIO DE PONTE NOVA**, com sede a Av. Caetano Marinho, Nº 306, Centro, Ponte Nova–MG, CEP: 35.430-001, inscrito no CNPJ Nº: 23.804.149/0001-29, inscrição estadual isento, doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**, representado neste ato, pelo Prefeito Municipal, Sr._____,brasileiro, casado, CPF _____, e de outro _____, com sede à _____ CNPJ: _____, Registro da Operadora na ANS: _____, representada peloSr._____doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, conforme ressaiu do procedimento administrativo **Sistema Credenciamento, Processo Nº: 123/2022, Inexigibilidade Nº: 010/2022.**

CARACTERÍSTICAS GERAIS
Nome Comercial: _____
Nº de Registro do Plano na ANS: _____
Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial
Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: Referência
Fator moderador: Coparticipação
Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: _____
Área de Atuação do Plano de Saúde: _____
Padrão de Acomodação em Internação: Coletivo
Vínculo: _____
Formação do Preço: Pré-estabelecido
Serviços e Coberturas Adicionais: _____

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

1.1. O presente Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.2. O presente instrumento trata-se de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
222
PM-PN

obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 Poderão se inscrever no Plano, nas seguintes categorias:

2.1.1 Beneficiário Titular: membros e servidores efetivos ativos, os ocupantes de cargos comissionados, os contratados e os agentes políticos do Município de Ponte Nova/MG.

2.1.2 Beneficiário Dependente: seguintes pessoas naturais com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao Beneficiário Titular:

a) Cônjuge ou companheiro, havendo união estável, nos termos estabelecidos no Código Civil Brasileiro;

b) Ex-cônjuge, por determinação judicial, sem eventual concorrência com o cônjuge ou companheiro;

c) Filhos, adotivos ou não, solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos;

d) Enteados solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos;

e) Netos solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos.

3.3 A inscrição dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular.

2.3 O **CONTRATANTE** encaminhará à **CONTRATADA** no dia xx (xxxx) de cada mês, a relação dos Beneficiários que aderirem ao Plano previsto neste Contrato, mediante preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão e dos Beneficiários que forem excluídos, nos termos estabelecidos neste Contrato.

2.4 A movimentação cadastral de Beneficiários relativa às inclusões informadas pela **CONTRATANTE** será processada no 1º dia do mês subsequente do recebimento da relação de Beneficiários pela **CONTRATADA**, sendo que a movimentação cadastral relativa às exclusões será realizada no mesmo dia em que ocorrer o fato.

2.5 No momento da contratação, nas inclusões posteriores e quando a **CONTRATADA** julgar necessário, o **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer à **CONTRATADA** documentos comprobatórios do vínculo do Titular com o **CONTRATANTE**, bem como da relação de dependência entre os Dependentes e o Titular. Anualmente (no mês de aniversário do contrato), o **CONTRATANTE** deverá apresentar nova documentação comprovando a manutenção da regularidade do vínculo dos beneficiários inscritos no plano.

2.6 O Beneficiário preencherá o Formulário de Declaração de Saúde no ato da contratação e das inclusões posteriores, obrigando-se a informar a condição sabida de doenças e lesões preexistentes, sua e de seus Dependentes, conforme estabelecido neste Contrato.

2.7 É assegurada a inclusão:

a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, isento do cumprimento dos

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
223
-PM-FN-

períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;

b) do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular adotante, e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.

2.7.1 A inclusão dos beneficiários previstos nas alíneas "a" e "b" fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do dependente estabelecidas no presente Contrato.

2.7.2 Ultrapassados os prazos estabelecidos nas alíneas "a" e "b", será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes.

2.8 O Beneficiário Titular é responsável pela constante atualização dos dados cadastrais informados, em relação a si e aos seus Dependentes, inclusive com o envio de documentos quando se fizer necessário, incluindo eventual alteração de endereço, que deverá ser comunicada imediatamente à **CONTRATADA.**

2.9 Para a permanência no Plano Empresa, faz-se necessário que a CONTRATANTE mantenha o contingente mínimo de 3 (três) vidas.

CLÁUSULA TERCEIRA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 A **CONTRATADA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Contrato, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **CONTRATADA**, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento.

3.2 A cobertura ambulatorial compreende:

a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

a.1) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
224

dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação e desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;

c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;

d) Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, conforme prescrição do médico assistente;

e) Consultas / sessões de psicoterapia, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

g) Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

h) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;

h.1) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

i) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

j) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

k) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

l) Hemoterapia ambulatorial;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
225

m) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a – 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até –4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

3.3 A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

a) Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitados pelo médico assistente;

b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação;

c) Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:

c.1) O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,

c.2) No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar;

d) Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário 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;

e) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato, em território brasileiro;

f) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, Beneficiário com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou Beneficiário portador de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

g) Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;

g.1) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
226

g.2) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, ficando a escolha a critério da CONTRATADA.

g.3) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, deverão ser observadas as regras estabelecidas na regulamentação da ANS para solução do impasse.

h) Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

i) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

i.1) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

I) O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

II) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.

j) Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

I) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

II) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

III) Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

IV) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

V) Hemoterapia;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
227

VI) Nutrição parenteral ou enteral;

VII) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

VIII) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

IX) Radiologia intervencionista;

X) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

XI) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

k) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

l) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

m) Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

I) despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;

II) medicamentos utilizados durante a internação;

III) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;

IV) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;

m.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.

I) O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
228

II) As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;

III) São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

n) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;

o) Despesas incluindo acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrências, a critério do médico e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

p) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.

3.4 Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

a) O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;

b) Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;

c) No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento;

c.1) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

d) Além da coparticipação regular, prevista neste Contrato, haverá coparticipação de xx% (xxxxxx), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 01 (um) ano de Contrato.

3.5 O presente Contrato garante, ainda:

a) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
229

ANS e vigentes na data do evento;

b) Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiologista, caso haja indicação clínica;

c) Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;

d) Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

e) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

f) Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

CLÁUSULA QUARTA – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:

a) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;

b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;

c) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);

d) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

230

e) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

f) Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

g) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

h) Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

i) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

j) Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação odontológica;

k) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

l) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

m) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

n) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

o) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

p) Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

q) Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

231

r) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

s) Aparelhos ortopédicos;

t) Aluguel de equipamentos;

u) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;

v) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Contrato;

w) Despesas relativas a um acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Contrato;

x) Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;

y) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

z) Cirurgia para mudança de sexo;

aa) Avaliação pedagógica;

bb) Orientações vocacionais;

cc) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

dd) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;

ee) Remoção domiciliar;

ff) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

gg) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

hh) Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CLÁUSULA QUINTA - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. O prazo de vigência deste contrato terá validade de 12 (doze) meses, com início na data de ...../...../..... e encerramento em ...../...../..... , podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 60 (sessenta) meses, com fundamento no art. 57, inciso II, da Lei n.º 8.666/93, desde que haja autorização formal da autoridade competente e observados os seguintes requisitos:

a) Os serviços tenham sido prestados regularmente;

b) Esteja formalmente demonstrado que a forma de prestação dos serviços tem natureza continuada;

c) Haja manifestação expressa da operadora de saúde informando o interesse na prorrogação;

d) A prorrogação do contrato deverá ser promovida mediante celebração de Termo Aditivo.

CLÁUSULA SEXTA: PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas contratadas. Os serviços previstos neste instrumento serão prestados ao beneficiário após o cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

Cobertura	Prazos de carência
Procedimentos de urgência e de emergência	xx (xxxxxxx) horas
Consultas médicas e exames complementares simples	xx (xxxxxxx) dias
Demais exames complementares	xx (xxxxxxx) dias
Cirurgias ambulatoriais	xx (xxxxxxx) dias
Internações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas	xx (xxxxxxx) dias
Para os demais procedimentos cobertos por este plano, bem como para novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS	xx (xxxxxxx) dias
Parto a termo	xx (xxxxxxx) dias

6.2 O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato. Para os incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data do processamento pela CONTRATADA da sua inclusão, nos termos estabelecidos nas Condições de Admissão deste Contrato.

6.3 A classificação dos exames em simples será de acordo com o estabelecido neste Contrato.

6.4 Nos termos da Resolução Normativa nº 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação ao CONTRATANTE.

6.5 A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar para as novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) beneficiários.

CLÁUSULA SÉTIMA: DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1. Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

7.2. No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, na qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do Contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
233
PM-PN

do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

7.3. Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

7.4. O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

7.5. Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

7.6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o Beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

7.7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a Cobertura Parcial Temporária.

7.9. A Cobertura Parcial Temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

7.10. A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

7.11. As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela CONTRATADA por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela CONTRATADA para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial ou Temporária.

7.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br, bem como está

234

disponível para consulta e cópia nas dependências da CONTRATADA, fazendo parte integrante deste instrumento.

7.13. Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravo.

7.14. Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de Cobertura Parcial Temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.14.1. Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

7.14.2. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

7.14.3. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

7.14.4. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.14.5. Após julgamento, e acolhida a alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do Contrato.

7.15. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do Contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

7.15.1. Esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes voltará a vigorar para novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta).

CLAÚSULA OITAVA: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

8.3. Haverá cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e emergência, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do Beneficiário ao Plano.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
235

8.4. 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, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

8.5. Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

8.6. Haverá remoção 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.

8.7. Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

a) quando não possa haver remoção por risco de vida, o Beneficiário e o prestador o atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus;

b) caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

c) na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

d) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea "b", a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.8. A CONTRATADA assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela CONTRATADA.

8.9. O Beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

8.10. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da CONTRATADA (que equivale à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados eventuais valores de coparticipação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
236
P.M.-P.N.

a) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);

b) Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;

c) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência;

d) Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela CONTRATADA.

8.11 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.

CLAUSULA NONA: MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1. Serão assegurados aos Beneficiários os serviços médico-hospitalares previstos neste Contrato, conforme estabelecido nesta Cláusula.

9.2. É facultado à CONTRATADA direcionar a realização de consultas, exames, internações e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede. Nos casos em que não houver direcionamento de rede pela CONTRATADA, os atendimentos observarão as regras estabelecidas nos itens seguintes.

9.2.1. Havendo ou não direcionamento, quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o Beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços os seguintes documentos:

a) Cartão de Identificação de Beneficiário, com data de validade em dia;

b) Documento de Identidade do Beneficiário expedido por órgão oficial;

c) Guia, nos casos em que seja necessária autorização prévia da CONTRATADA. O Beneficiário deverá solicitar junto a CONTRATADA, através dos canais próprios de atendimento disponibilizados, a emissão da respectiva autorização.

9.3. As consultas serão atendidas no consultório do médico escolhido, na rede credenciada da CONTRATADA.

9.4. Os atendimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais serão prestados em consultórios, clínicas ou hospitais credenciados pela CONTRATADA, mediante solicitação do médico responsável e autorização prévia da CONTRATADA.

9.5. Os exames complementares e serviços auxiliares serão prestados pela CONTRATADA na rede hospitalar credenciada, mediante solicitação do médico responsável e autorização prévia da CONTRATADA.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
237
P.M.P.N.

9.6. Para internações eletivas, o Beneficiário deverá procurar a CONTRATADA, antes de dirigir-se à rede própria ou credenciada, devendo apresentar o pedido de internação emitido pelo médico responsável, justificando as razões da internação, com minuciosa indicação do diagnóstico, o tratamento prescrito, a época do início da doença e a duração prevista da internação, para análise da CONTRATADA e emissão da Guia de Internação, com prazo previamente estabelecido.

9.7. Sendo necessário prorrogar a internação, o Beneficiário, ou quem por ele responda, apresentará pedido de prorrogação, antes de vencido o prazo da primeira Guia, emitido pelo médico responsável, quando a CONTRATADA emitirá a prorrogação da Guia de Internação.

9.8. Nos casos de urgência e emergência, o Beneficiário ou quem por ele responda, terá prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data da internação, para providenciar a Guia de Internação, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

9.9. Para autorização de cada procedimento coberto a CONTRATADA poderá exigir a apresentação de documentação específica, além da prevista neste instrumento. A relação dos documentos exigidos pela CONTRATADA para autorização de cada procedimento, quando for o caso, pode ser obtida no portal da CONTRATADA na internet ou em suas centrais de atendimento.

9.9.1. A cobertura dos procedimentos ambulatoriais ou hospitalares somente será garantida quando apresentada toda a documentação exigida.

9.9.2. Por ocasião da concessão de autorização prévia, a CONTRATADA garantirá, ao Beneficiário, atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, a partir do momento de sua solicitação.

9.9.3. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por médico da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados. Caso o beneficiário escolha profissional não pertencente à rede credenciada da CONTRATADA para o Plano será responsável pelo pagamento dos honorários daquele profissional.

9.9.4. A formação, condução e conclusão da Junta observará as regras estabelecidas pela regulamentação em vigor.

9.10. Na hipótese do Beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, a CONTRATADA não se responsabilizará pela diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, sendo de inteira responsabilidade do Beneficiário negociar diretamente com o prestador do atendimento.

9.11. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

9.12. Os dados da rede credenciada da CONTRATADA estão disponíveis em sua sede, para consulta e cópia e no site da CONTRATADA pelo endereço eletrônico xxxxxxx. Todas as

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
238
PM-PN

informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da CONTRATADA na internet, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

9.13. CONTRATADA reserva-se o 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 9.656/1998.

9.14. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro 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.

9.15. Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação de algum beneficiário, será 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 CONTRATADA providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

9.16. No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

9.17. Embora a cobertura contratual esteja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados pela CONTRATADA, ressalvada a hipótese de reembolso para os casos de urgência e emergência, é admitido que os serviços possam ser solicitados por profissionais legalmente habilitados não credenciados. Nesse caso, deve o Beneficiário dirigir-se à sede da CONTRATADA para transcrição do pedido para a guia padronizada, denominada TISS, e indicação do profissional credenciado a realizar os procedimentos solicitados.

9.18. Da coparticipação

9.18.1. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular à CONTRATADA, referente à utilização dos serviços cobertos, por si e seus Dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

9.18.2. Além da mensalidade devida pelo CONTRATANTE em função do número de Beneficiários, será cobrada coparticipação na utilização pelos Beneficiários das coberturas (procedimentos garantidos fora da internação hospitalar), abaixo relacionadas:

a) As consultas estão sujeitas a uma coparticipação do CONTRATANTE, no percentual de 50% (cinquenta por cento);

b) À exceção da consulta, todos os procedimentos ambulatoriais previstos na cláusula terceira, item 3.2, estão sujeitos a uma coparticipação do CONTRATANTE no percentual de 20% (vinte por cento);

c) Terapias: 20% (vinte por cento);

d) Tratamento ocular quimioterápico com antiogênico: 20% (vinte por cento);

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
239
PM-PN

e) Laserterapia para o tratamento da mucosite oral/ orofaringe: 20% (vinte por cento);

f) Terapia imunoprofilática com Palivizumabe para o vírus sincicial respiratório: 20% (vinte por cento);

g) Terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea: 20% (vinte por cento);

h) Bloqueio com toxina botulínica: 20% (vinte por cento);

i) Pulsoterapia: 20% (vinte por cento);

j) Acupuntura por sessão: 20% (vinte por cento);

k) Termoterapia transpupilar a laser: 20% (vinte por cento);

l) Fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletar de urina: 20% (vinte por cento);

9.18.3. Não incidirão coparticipações nas coberturas ambulatoriais para as quais a regulamentação da ANS expressamente vedar essa incidência.

9.18.4. Não Será cobrada coparticipação/franquia, quando da internação do Beneficiário.

9.18.5. A coparticipação será apurada de acordo com os valores dos serviços praticados pela Contratada junto à rede de prestadores, disponível na sede da CONTRATADA, para consulta e cópia.

9.18.6. Serão de responsabilidade do CONTRATANTE os valores de coparticipações referentes à utilização de procedimentos realizados em período no qual o Beneficiário estava inscrito, independente da época da cobrança, ou seja, o CONTRATANTE obriga-se a arcar com tais valores, ainda que o desligamento desse Beneficiário já tenha ocorrido.

9.18.7. A participação no custo dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento.

CLÁUSULA DÉCIMA: FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1. O Plano contratado será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

10.2. Em virtude dos serviços previstos neste instrumento, o CONTRATANTE deverá pagar à CONTRATADA, uma contraprestação pecuniária mensal (mensalidade) para cada Beneficiário inscrito, definidas em função do número de Beneficiários inscritos e das faixas etárias em que se enquadrarem, bem como por valores de coparticipação quando da utilização dos procedimentos.

10.3. Para cobrança do valor de mensalidade e eventuais valores de coparticipação, a CONTRATADA enviará, ao CONTRATANTE, fatura única de cobrança, que deverá ser quitada até o XXº (XXXX) dia do mês, sendo essa a respectiva data de vencimento da obrigação, facultando-se à CONTRATADA, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente aos serviços contratados.

10.4. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
240
PM-PN

pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela CONTRATADA.

10.5. As faturas emitidas pela CONTRATADA terão por base o número de Beneficiários informado pelo CONTRATANTE. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de Beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis no período, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

10.6. A CONTRATADA poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

10.7. No caso do aposentado e do empregado demitido, que optarem pela manutenção do Plano, nos termos deste Contrato, será remetido boleto único de cobrança ao Titular, com o vencimento no mesmo dia para a quitação das faturas, conforme previsto nesta Cláusula, contendo os valores de sua responsabilidade.

10.8. Se o CONTRATANTE, bem como o aposentado e o empregado demitido, não receberem documento que os possibilitem realizar o pagamento de sua obrigação, em até 05 (cinco) dias antes da data do vencimento, deverão requerer segunda via junto à CONTRATADA, que enviará nova cobrança.

10.9. A perda, extravio ou não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o CONTRATANTE, bem como o aposentado e o demitido de efetuarem o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

10.10. O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

10.11. O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Contrato.

10.12. O pagamento dos valores devidos à CONTRATADA referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

10.13. No ato da assinatura deste Contrato, o CONTRATANTE não pagará à CONTRATADA nenhuma taxa de implantação, por beneficiário inscrito.

10.14. Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de responsabilidade do CONTRATANTE, bem como do aposentado e o servidor demitido, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, e inscrição nos cadastros restritivos de créditos, conforme o caso.

10.15. A CONTRATADA se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.

10.16. Do pagamento do Beneficiário

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
241
PM-PN

10.16.1 Salvo quanto aos Beneficiários aposentados, exonerados e demitidos, o CONTRATANTE é responsável pelo pagamento diretamente à CONTRATADA, o que não exime o Beneficiário de arcar com as parcelas de sua responsabilidade perante o CONTRATANTE.

10.16.2 Em atenção ao disposto no §1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para a determinação do custo do beneficiário:

a) Do valor estabelecido na tabela de custo em faixa etária, não será financiado pela CONTRATANTE e sim pelos beneficiários ativos e inscritos;

b) Os valores de mensalidade a serem assumidos pelos beneficiários titulares ex-servidores demitidos/exonerados sem justa causa ou aposentado, serão os previstos na tabela de custo por faixa etária, estabelecida neste instrumento;

c) Não haverá financiamento da contratante para as mensalidades dos beneficiários titulares ex-servidores demitidos/exonerados sem justa causa ou aposentados.

10.16.2 O CONTRATANTE e o Beneficiário deverão acordar a data de pagamento de suas contribuições, sendo que o atraso no pagamento ensejará o direito do CONTRATANTE solicitar à CONTRATADA a suspensão de cobertura e/ou exclusão do Beneficiário inadimplente e dos dependentes a ele vinculado.

10.16.3 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos pelo Beneficiário ao CONTRATANTE, ensejará o direito desta de exigir, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, conforme o caso.

10.16.4 Após a quitação do débito do Beneficiário excluído por inadimplência, poderá o CONTRATANTE solicitar a sua reinclusão. Caso a nova admissão ocorra em prazo superior a 30 (trinta) dias de sua exclusão, deverá cumprir novos prazos de carência, nos termos estabelecidos neste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: REAJUSTE

11.1. O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual.

11.2 Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

11.3 A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

11.4 As demais obrigações financeiras previstas neste instrumento (tais como taxa de inscrição, segunda via do Cartão de Identificação e coparticipações, em valor ou percentual), serão reajustadas no mesmo momento da mensalidade, através de livre negociação entre as partes. Na falta de acordo entre as partes, serão reajustadas utilizando-se o mesmo índice de reajuste da mensalidade.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
242
PM-PN

11.5 Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

11.6 Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.

11.7 Conforme o número de beneficiários vinculados ao presente Contrato, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes da carteira de beneficiários vinculada a este instrumento ou o agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais e coletivos por adesão vinculados a esta operadora com menos de 30 beneficiários, hipótese que poderá ser desmembrado em sub-agrupamentos, observada a legislação a esse respeito.

11.8 A primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a de assinatura deste instrumento e as datas seguintes considerarão o número de beneficiários apurado no mês de seu aniversário.

11.9 Do índice de reajuste para contratos não agrupados

11.9.1 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste obtido através da seguinte fórmula:

Reajuste = (1 + Máximo(0;RT)) x (1 + RF) – 1

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do IPCA, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, e com retroatividade de 2 meses do aniversário deste Contrato, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

RT = S/Sm – 1

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição deste Contrato), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de 75%

11.9.2 Excepcionalmente, poderá a administração da CONTRATADA, optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de negociação com o CONTRATANTE.

11.9.3 As partes poderão, de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula supracitada, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

243

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: FAIXA ETÁRIA

12.1 As mensalidades foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

FAIXA ETÁRIA		MENSALIDADE	Percentual de Reajuste
	0-18	69,17	----------
	19-23	89,93	30,00%
	24-28	99,82	11,00%
	29-33	112,80	13,00%
	34-38	126,33	12,00%
	39-43	142,75	13,00%
	44-48	169,87	19,00%
	49-53	236,12	39,00%
	54-58	304,60	29,00%
10	>59	414,26	36,00%

12.2 Para exercício do direito de manutenção previsto neste instrumento, os valores de mensalidade a serem assumidos pelos Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, serão os valores previstos na tabela de custo por faixa etária, nos termos da regulamentação.

12.3 Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

12.4 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

12.6 Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

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

c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

12.7 Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao Beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual previsto neste Contrato, conforme normas e índices determinados pelo órgão oficial competente, seja a ANS ou outro que vier a substituí-la, ou ainda pelo índice estabelecido neste Contrato.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
244

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

13.1 DA EXONERAÇÃO OU RESCISÃO DO CONTRATO ADMINISTRATIVO

13.1.1 O CONTRATANTE assegura ao Beneficiário Titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo estatutário ou relação jurídico-administrativa, no caso de exoneração ou rescisão do contrato administrativo, o direito de manter sua condição de Beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 30 da Lei nº 9.656/1998).

13.1.1.1 O exonerado ou rescisão do contrato administrativo deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato administrativo / posse.

13.1.1.2 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 seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

13.2 DO APOSENTADO

13.2.1 O CONTRATANTE assegura ao Beneficiário Titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo estatutário ou relação jurídico-administrativa, pelo prazo mínimo de dez anos, 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 (artigo 31 da Lei nº 9.656/1998).

13.2.1.1 O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato administratico / posse, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

13.2.1.2 Na hipótese de contribuição pelo então servidor, 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.

13.2.1.3 Na hipótese do servidor que se aposentar continuar trabalhando no CONTRATANTE, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como beneficiário na condição de aposentado.

13.2.1.4 Em caso de óbito do servidor aposentado, que continuou trabalhando no CONTRATANTE, antes do exercício do direito previsto nesta Cláusula, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o servidor aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

13.3 DAS DISPOSIÇÕES COMUNS

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
245
PM - PN

13.3.1 O Plano tratado neste Contrato destina-se a categoria de Beneficiários ativos e ex-servidores exonerados sem justa causa ou aposentados, pelo que o direito previsto nesta Cláusula garantirá a manutenção do ex-servidor neste mesmo Plano.

13.3.2 O direito garantido nesta cláusula será assegurado ainda que o Beneficiário não esteja contribuindo para o Plano no momento da exoneração ou aposentadoria, desde que em algum momento tenha contribuído para o Plano. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o Plano.

13.3.3 A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta Cláusula, poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito quando da vigência do vínculo, a critério do próprio titular.

13.3.3.1 O ex-servidor exonerado ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

13.3.4 Em caso de óbito do servidor exonerado ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o ex-servidor, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

13.3.5 As garantias previstas nesta cláusula não excluem vantagens obtidas pelos servidores decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

13.3.6 A admissão do beneficiário em novo emprego é causa de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula, cabendo ao ex-servidor comunicar esse fato imediatamente à CONTRATADA ou ao CONTRATANTE, para a promoção de sua exclusão e de seu grupo familiar vinculado, sob pena de fraude.

13.3.6.1 Também são causas de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula:

a) O decurso dos prazos de manutenção previstos nesta cláusula;

b) O cancelamento pela CONTRATANTE do benefício do plano concedido aos seus servidores ativos e ex-servidores exonerados ou aposentados.

13.3.7 É assegurado ao ex-servidor exonerado ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, nos termos previstos na regulamentação vigente.

13.3.7.1 Além da portabilidade mencionada durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, deve-se observar ainda as demais possibilidades de portabilidade contempladas na legislação de saúde suplementar em vigor, como nos casos de óbito do titular e da perda da elegibilidade dos dependentes.

13.3.8 O titular que não contribuir para o plano, durante o período que mantiver o vínculo estatutário ou relação jurídico-administrativa, não terá direito à permanência de que trata essa cláusula, após a perda do vínculo.

246

13.3.8.1 Nos planos coletivos custeados integralmente pelo CONTRATANTE, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1 Caberá ao CONTRATANTE solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

a) solicitação de exclusão feita pelo próprio beneficiário;

b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;

c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;

d) inadimplência do Beneficiário, ressalvados os casos de demitidos e aposentados, quando a exclusão por inadimplência caberá à CONTRATADA;

e) situações decorrentes das políticas internas do CONTRATANTE.

14.1.1 Na hipótese da alínea "a" deste item, é garantido ao beneficiário o direito de solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, observada a forma e requisitos previstos na regulamentação em vigor.

14.2 Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do Plano tratado neste instrumento, o CONTRATANTE deverá obrigatória e expressamente informar à CONTRATADA:

a) se o Beneficiário foi excluído por exoneração ou aposentadoria;

b) se o Beneficiário exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da RN279/11, ou seja, se é o caso de servidor aposentado que continuou trabalhando no CONTRATANTE após a aposentadoria;

c) se o Beneficiário contribuía para o pagamento do Plano tratado neste instrumento;

d) por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento; e,

e) se o ex-servidor optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

14.3 Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares deste Plano, mediante comprovação inequívoca de que o Beneficiário Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, bem como mediante a disponibilização das informações previstas no item anterior (quando aplicável).

247

14.4 A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência do CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

a) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;

b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;

c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;

d) quando o beneficiário solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, nos termos do item 14.1.1.

14.5 O Beneficiário exonerado ou aposentado, mantido no Plano na forma e prazo previstos neste Contrato, poderá ser suspenso ou excluído do Plano, em caso de inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular, que se dará até o 50° (quinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de se requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

14.6 Após o 60º (sexagésimo) dia de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, a CONTRATADA poderá notificar o Beneficiário mantido no Plano, a qualquer tempo, desde que obedeça a um intervalo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a data da rescisão.

14.7 A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto nos casos expressamente previstos neste Instrumento.

14.8 O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Contrato, não exime o Beneficiário de quitar eventuais débitos com o Plano, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

14.9 O Beneficiário Dependente que for excluído do presente Contrato poderá firmar Contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias, contados da data de exclusão neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas, exceto na hipótese de exclusão do dependente por inadimplência ou fraude comprovada, quando deverá quitar os débitos existentes e cumprir novos períodos de carência. Essa faculdade somente será admitida quando a CONTRATADA possuir planos Individuais/Familiares ativos para comercialização vigente na época da solicitação.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: RESCISÃO/SUSPENSÃO

248

15.1 Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato poderá ser rescindido, de acordo com o disposto na Lei nº 9.656/1998, sem que caiba direito a qualquer indenização ao CONTRATANTE, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:

a) Em caso de inadimplência do CONTRATANTE por período superior a 20 (vinte) dias, a CONTRATADA enviará notificação, mediante ferramentas de comunicação admitidas pela Diretoria de Fiscalização (DIFIS) da Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS) concedendo prazo para regularização do débito e comprovação dessa regularização perante à CONTRATADA. Caso não seja comprovado perante a CONTRATADA a regularização do débito dentro do prazo estabelecido na notificação, o contrato restará rescindido de pleno direito, sem prejuízo do direito da CONTRATADA de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;

b) Compreende-se como Ferramentas de Comunicação Admitidas pela Diretoria de Fiscalização (DIFIS) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): O Correio Eletrônico (e-mail) destinado ao endereço do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora, desde que possua certificado digital ou confirmação de leitura; Correio Postal com solicitação escrita a ser encaminhada ao endereço do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora; Aplicativos que permitem a troca de mensagem criptografada, bem como a confirmação de recebimento e leitura pelo destinatário (WhatsApp, Messenger e Afins); Ligações gravadas que possuam confirmação de dados pelo interlocutor, via número de telefone do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora; Torpedos SMS com aviso de leitura pelo destinatário, via número de telefone do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora.

c) Caso seja verificada a ilegitimidade do CONTRATANTE (inclusive pela não apresentação da documentação exigida na forma da Cláusula de Condições de Admissão deste instrumento), a CONTRATADA enviará notificação, com prazo de 60 (sessenta) dias, para que o CONTRATANTE comprove a regularidade do seu registro nos órgãos competentes, sob pena do contrato restar rescindido de pleno direito.

d) Na hipótese em que a CONTRATANTE exclua beneficiários, fazendo com que o contrato abranja um número inferior a 3 (três) vidas por um período superior a 60 (sessenta) dias, descaracterizando o Plano Empresa, este será rescindido.

15.2 Independente do direito de notificar quanto à rescisão do Contrato após 20 (vinte) dias de inadimplência, a CONTRATADA poderá ainda suspender os atendimentos após 10 (dez) dias sucessivos de falta de pagamento, independente de notificação prévia.

15.3 É facultado ao CONTRATANTE denunciar o Contrato a qualquer tempo, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à CONTRATADA.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
249

15.4 É facultado à CONTRATADA rescindir motivada ou imotivadamente este contrato no mês de seu aniversário, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida ao CONTRATANTE, indicando as razões da rescisão.

15.5 Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pelo CONTRATANTE para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

15.6 Não será admitida a inclusão ou exclusão de Beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

15.7 A CONTRATADA reserva-se ao direito de cobrar do CONTRATANTE, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e a seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da CONTRATADA.

15.8 Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão, havendo beneficiários em período de internação, compromete-se o CONTRATANTE a arcar integralmente com as respectivas despesas, até que ocorra a alta hospitalar do beneficiário inscrito neste contrato.

15.09 É responsabilidade do CONTRATANTE comunicar, com antecedência, aos beneficiários inscritos no plano a rescisão deste contrato.

15.10 Nos termos da Resolução nº 19/1999, do Consu, no caso de cancelamento do benefício assegurado neste contrato pelo CONTRATANTE, é assegurado ao beneficiário inscrever-se em plano individual/familiar oferecido pela CONTRATADA, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que a CONTRATADA possua plano individual/familiar à época, observando-se que:

a) Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do Beneficiário no plano coletivo cancelado;

b) Deverá o Beneficiário solicitar à CONTRATADA a lista de planos de saúde individuais/familiares disponíveis e a respectiva tabela de preços para fazer jus ao disposto neste item;

c) Os Beneficiários deverão fazer opção pelo produto individual/familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício;

d) É responsabilidade do empregador informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item antecedente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1 Para os efeitos deste Contrato, são adotadas as seguintes definições:

a) ACIDENTE PESSOAL: evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
Fls. 250

de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;

b) AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;

c) AGRAVO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o Beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a CONTRATADA e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravo;

d) ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO: área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados;

e) ATENDIMENTO AMBULATORIAL: compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;

f) ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;

g) CARÊNCIA: prazo ininterrupto, contado a partir data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;

h) CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;

i) COBERTURA: garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;

j) COMPANHEIRO: pessoa que vive em união estável com outrem, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;

k) COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;

l) CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
251

m) EXAMES COMPLEMENTARES SIMPLES: são considerados exames simples de diagnóstico e terapia: análises clínicas, à exceção de genética e alta complexidade, anatomia patológica/cito-patologia, eletrocardiograma e raios-x, à exceção dos contrastados;

n) HOSPITAL DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;

o) INTERNAÇÃO HOSPITALAR: situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;

p) MÉDICO ASSISTENTE: médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente.

16.2 Por convenção, adotou-se neste Contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

16.3 A CONTRATADA fornecerá aos Beneficiários o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Beneficiários.

16.4 É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do Beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente instrumento. Nos casos em que os cartões não foram devolvidos, na forma acima, deverá o Beneficiário Titular assinar Termo próprio se responsabilizando por eventual má utilização dos serviços.

16.5 Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do Contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários.

16.6 O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer Beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.

16.7 Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o Beneficiário Titular deverá comunicar o fato à CONTRATADA, por escrito, acompanhada de declaração de perda ou de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela CONTRATADA.

252

16.8 As segundas vias do Cartão de Identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, conforme valor de Taxa de Inscrição vigente à época.

16.9 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.

16.10 Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre os Contratantes.

16.11 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

16.12 O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

16.13 Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

16.14 A CONTRATADA não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de serviços não cobertos por este Contrato entre o Beneficiário Titular e/ou seus dependentes e os médicos-assistentes credenciados e/ou não credenciados pela CONTRATADA.

16.15 Faz parte do Contrato quaisquer documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: Proposta de Adesão, Declaração de Saúde, quando for o caso, Tabela de Reembolso e o Guia de Leitura Contratual.

CLAÚSULA DÉCIMA SÉTIMA: FISCALIZAÇÃO

17.1. A fiscalização da execução do objeto será efetuada por Comissão/Representante designado pelo Secretário Municipal de Governo, na forma estabelecida no Projeto Básico, anexo do Edital.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA: DO FORO

18.1. As partes elegem o foro do município de Ponte Nova para dirimir as questões resultantes do presente contrato renunciando a qualquer outro.

Por se acharem justos e acordados, firmam o presente instrumento em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para um só efeito legal.

Ponte Nova, ... de ..... de .....

Prefeito

Representante Legal da Contratada

253

PARECER JURÍDICO

Processo Licitatório nº: 123/2022
Modalidade: Inexigibilidade nº 010/2022
Objeto: Credenciamento para contratação de empresas operadoras de plano de saúde
Finalidade do Parecer: Art. 38, VI, da lei 8666/93

SUMÁRIO: PARECER JURÍDICO. ANÁLISE. IMPUGNAÇÃO DO EDITAL.

1. RELATÓRIO

Trata-se de análise da possibilidade de alteração do edital após a revogação parcial do edital em virtude da necessidade de atender as regulamentações e promover igualdade de condições aos credenciados, conforme justificativa de fls. a numerar.

É o relatório do necessário.

2. FUNDAMENTAÇÃO

Trata-se de análise de retificação do instrumento convocatório em razão de conveniência administrativa após a revogação parcial para realizar alteração no termo de referência.

Cumpre-nos trazer os preceitos da lei 8.666/93 acerca do tema, *verbis:*

> Art. 21, Lei 8.666/1993:
>
> §4º: Qualquer modificação no edital exige divulgação pela mesma forma que se deu o texto original, reabrindo-se o prazo inicialmente estabelecido, exceto quando, inquestionavelmente, a alteração não afetar a formulação das propostas. (grifo nosso)

254

Dito isto, a obra do já citado Marçal Justen Filho, nos traz lições esclarecedoras acerca dos caminhos que a licitação deve tomar a partir da constatação de um vício nas exigências do edital, vejamos:

> Ao produzir e divulgar o ato convocatório, a Administração exercita juízos de conveniência e oportunidades sobre o objeto a ser contratado, os requisitos de participação, os critérios de seleção do vencedor. **Se a Administração identificar, posteriormente, algum defeito na sua atuação anterior, ser-lhe-á assegurada a faculdade de rever o edital – mas isso importará a invalidação do certame e a renovação da competição.** No curso de uma licitação, é vedado alterar os critérios e as exigências fixadas no ato convocatório. (Comentários à lei de licitações e contratos administativos; Marçal Justen Filho. Ed. 2019. Pg. 112).
>
> **Se a Administração reputar viciadas ou inadequadas as regras contidas no edital, não lhe é facultado pura e simplesmente ignorá-las ou alterá-las.** Verificando a nulidade ou a inconveniência dos termos do edital, a Administração poderá valer-se de suas faculdades para o desfazimento dos atos administrativos. Porém, **isso acarretará necessariamente o refazimento do edital, com invalidação do procedimento licitatório já desenvolvido. Deverá ser reiniciado o procedimento licitatório (inclusive com novas publicações pela imprensa). Ter-se-á, na verdade, novo procedimento licitatório.** Esse princípio foi expressamente consagrado no art. 21, §4º, da lei 8.666/93. (Comentários à lei de licitações e contratos administativos; Marçal Justen Filho. Ed. 2019. Pg. 963).

Neste sentido também é o entendimento do STJ:

> Consoante dispõe o art. 41 da Lei 8.666/1993, a Administração encontra-se estritamente vinculada ao edital de licitação, não podendo descumprir as normas e condições dele constantes. **É o instrumento convocatório que dá validade aos atos administrativos praticados no curso da licitação, de modo que o descumprimento às suas regras deverá ser reprimido.** Não pode a Administração ignorar tais regras sob o argumento de que seriam viciadas ou inadequadas.
>
> **Caso assim entenda, deverá refazer o edital, com reinício do procedimento licitatório, jamais ignorá-las**. (MS 13.005/CF, 1ª S., rel. Min. Denise Arruda, j. em 10.10.2007, Dje de 17.11.2008).

Com efeito, de tudo que se lê, o que se extrai do principio da inalterabilidade do instrumento convocatório é que havendo alteração das regras do edital, se faz necessário o seu "refazimento", nas palavras de Marçal Justen Filho, com nova publicação, inclusive, isso para que todos os interessados tenham ciência das novas regras do certame.

Quanto a minuta do edital e do contrato, analiso e concluo que não qualquer óbice para republicação do edital.

255

Pelo que se pode aferir da justificativa de retificação de edital, a alteração, s.m.j., é capaz de alterar a formulação das propostas, merecendo, pois, a realização dos procedimentos legalmente traçados.

Recomenda-se que este parecer seja utilizado em todos os casos análogos.

3. CONCLUSÃO

Por todo exposto, esta Assessoria Jurídica **OPINA**, s.m.j., com fulcro na fundamentação acima apresentada, não se opõe à retificação do edital, devendo observar o princípio da publicidade, reabrindo-se o prazo inicialmente estabelecido, inclusive com novas publicações pela imprensa, nos termos do artigo 21, §4º da Lei 8.666/1993.

Registre-se que a presente análise não alcança a motivação da contratação, bem como a descrição do objeto, questões técnicas, preço estimado e demais critérios de conveniência e oportunidade administrativa, que são alheios a este parecer jurídico.

OPINA, por fim, pela observância da publicidade dos atos subsequentes do procedimento, nos termos legais.

Recomenda-se que este parecer seja utilizado em todos os casos análogos

É o parecer, em caráter opinativo e não vinculativo.

Ponte Nova, 18 de novembro de 2022.

Daniel dos Santos Pavione
Assessor Jurídico II
OAB/MG 121.838

Mariana Rocha de Jesus Passos
Assessora Jurídica I
OAB/MG 190.487

pelo**ARQUIVAMENTO**, conforme decisão fundamentada pela Comissão Processante.

Publique-se e arquive-se.

Ponte Nova, 21 de novembro de 2022.

LUIZ HENRIQUE DA SILVA BORGES
Secretário Municipal de Obras

Publicado por:
Renatha Souza Toledo
Código Identificador:AF43B2B6

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
RETIFICAÇÃO - PROCESSO Nº 123/2022 – INEXIGIBILIDADE Nº 010/2022

Processo Nº 123/2022 – Inexigibilidade Nº 010/2022. A Prefeitura Municipal de Ponte Nova, juntamente com a Pregoeiro e a Equipe de Apoio, vem por meio desta "RETIFICAR" o Edital do Processo Licitatório Nº 123/2022 – Inexigibilidade Nº 010/2022 cujo objeto é o credenciamento de empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. A referida retificação altera o Edital, ficando permitido o credenciamento do dia 28/11/2022 a 30/12/2023 e estará disponível no site da Prefeitura no endereço .pontenova.mg.gov.br, não obstante, serão avisados todos os possíveis participantes que enviaram o recibo de retirada de edital.

Publique-se, afixe-se no Saguão para atendimento legal.

SANDRA HELENA DE CARVALHO LANA
(Pregoeira).

Publicado por:
Sandra Helena de Carvalho Lana
Código Identificador:6D6302D1

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
AVISO DE LICITAÇÃO. PRC Nº 185/2022 – PREGÃO ELETRÔNICO Nº 130/2022

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA - MG. Aviso de Licitação. PRC Nº 185/2022 – Pregão Eletrônico Nº 130/2022 - A Prefeitura Municipal de Ponte Nova - MG torna público para o conhecimento de quantos possam interessar que estará realizando as licitações, Pregão na forma eletrônica, conforme a seguir:

PROCESSO Nº 185/2022 – Pregão Eletrônico Nº 130/2022 – Data: /2022 às 13h00min. Registro de preços para futura e eventual locação de gerador de energia para atender a diversos eventos.

ISABELLA GOMIDES DE MAGALHÃES.
(Pregoeira).

Informações gerais e obtenção dos Editais pelo telefone: [31] 3819-5454, ramais 206 e 207, no horário de 12h00 às 18h00. Obtenção da integra dos Editais à Avenida Caetano Marinho, 306 - Centro, Ponte Nova - MG, CEP 35.430-001, no endereço www.pontenova.mg.gov.br e no www.comprasnet.gov.br.

Publicado por:
Sandra Helena de Carvalho Lana
Código Identificador:539CFA02

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRATÁPOLIS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRATÁPOLIS
CREDENCIAMENTO 06/2022

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRATÁPOLIS, Processo administrativo nº 279/2022 – Credenciamento 06/2022, torna público que celebrou de contrato para **Prestação de serviço de exames laboratoriais de analises clinicas, de acordo com a legislação vigente,** ficando como contratadas a empresa **HORMOPARAISO LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS S/S LTDA ME** (CNPJ: 09.149.384/0006-98).

Publicado por:
Rafael Corrêa Ramos
Código Identificador:507A6AF6

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRATÁPOLIS
PREGÃO PRESENCIAL 123/2022

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRATÁPOLIS, Processo administrativo nº 286/2022 – Pregão Presencial 123/2022, torna público que celebrou de contrato para **Registrar os preços para aquisição futura e parcelada de materiais escolares e materiais de escritório,** ficando como contratadas as empresas **ALIANÇA COMERCIO DISTRIBUIÇÃO LTDA** (CNPJ: 31.486.195/0001-55), **R. C. ASTOLPHO EPP** (CNPJ: 02.704.712/0001-17), **SANTA BARBARA MERCEARIA LOPES LTDA ME** (CNPJ: 17.525.429/0001-03) e **PAPELARIA E COPIADORA COPYSUL LTDA** (CNPJ: 68.533.967/0001-72).

Publicado por:
Rafael Corrêa Ramos
Código Identificador:20CCB1E7

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRATÁPOLIS
PREGÃO PRESENCIAL 124/2022

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRATÁPOLIS, Processo administrativo nº 287/2022 – Pregão Presencial 124/2022, torna público que celebrou de contrato para **Aquisição de Sonda Uretral e Coletor de Urina, através do sistema Registro de Preço,** ficando como contratadas as empresas **CIRURGICA UNIÃO LTDA** (CNPJ: 04.063.331/0001-21) e **DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA** (CNPJ: 56.081.482/0001-06).

Publicado por:
Rafael Corrêa Ramos
Código Identificador:E088F3C1

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRATÁPOLIS
PREGÃO PRESENCIAL 114/2022

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRATÁPOLIS, Processo administrativo nº 276/2022 – Pregão Presencial 114/2022, torna público que celebrou de contrato para **Contratação de empresa especializada em serviços de plotagem de engenharia, através do Sistema de Registro de Preços,** ficando como contratada a empresa **MARCELO BRANDÃO ARROUK ME** (CNPJ: 66.459.686/0001-91).

Publicado por:
Rafael Corrêa Ramos
Código Identificador:E028D7B5

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRATÁPOLIS
PREGÃO PRESENCIAL 135/2022

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRATÁPOLIS/MG - Processo Administrativo nº 301/2022 – Pregão Presencial 135/2022 torna público para conhecimento dos interessados que estará abrindo sessão de licitação para às 15h30min do dia 02 de dezembro de 2022, para recebimento das propostas e documentações, cujo critério de julgamento será o de **"MENOR PREÇO POR ITEM"** tendo como objeto: **Registrar preço para aquisição futura e parcelada de Dietas e suplementos Alimentares para Manutenção das Secretarias Municipais.** O Edital está à disposição dos interessados no portal da transparência no site www.pratapolis.mg.gov.br podendo ser solicitado pelo e-mail licitacaopratapolis@hotmail.com.

Publicado por:
Rafael Corrêa Ramos
Código Identificador:82FB4EB5

PREFEITURA DE PONTE NOVA



Licitação

Confira abaixo as informações referentes à licitação selecionada.
Informação disponibilizada conforme Art. 8°, §1° Inciso IV, da Lei 12.527/11 e Art. 7°, Inciso I, alínea "e", do Decreto n° 7.185/10.

Número da licitação: 10/2022

Número do processo administrativo: 123

Modalidade da licitação: Inexigibilidade

Fundamentação legal: Artigo 25 Lei 8666/1993

Objeto: CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS OPERADORAS DE PLANO DE SDAÚDE MÉDICO HOSPITALAR ESPECIALIZADA PARA FORNECIMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, DEVIDAMENTE AUTORIZADAS PELA AGÊNCIA NACIONAL NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR ANS

Unidade solicitante: Prefeitura Municipal de Ponte Nova

Data de publicação: 03/08/2022

Data limite: 08/08/2022

Data de abertura: 08/08/2022

Horário de abertura: 12:00

Status: Em andamento

Arquivos para download

Realize o login para receber em seu e-mail todas as notificações pertinentes a este processo. É possível efetuar o download dos arquivos abaixo sem a necessidade do login, porém você não receberá as atualizações deste processo.

Clique aqui para fazer login. Caso ainda não possua cadastro, **cadastre-se aqui.**

Editais | Avisos/Erratas | Resultado | Esclarecimento | Contratos | Atas | Homologação

Outros documentos do processo

Aviso de Suspensão
6kb

Data da publicação: 18/10/2022

Retificação de Edital
104kb

A referida retificação altera o Edital, ficando permitido o credenciamento do dia 28/11/2022 a 30/12/2023

Data da publicação: 22/11/2022

Gerenciar cookies

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
ESTADO DE MINAS GERAIS

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
258

Retificação de Edital

Processo Nº 123/2022 – Inexigibilidade Nº 010/2022.

A Prefeitura Municipal de Ponte Nova, juntamente com a Pregoeiro e a Equipe de Apoio, vem por meio desta "RETIFICAR" o Edital do Processo Licitatório Nº 123/2022 – Inexigibilidade Nº 010/2022 cujo objeto é o credenciamento de empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. A referida retificação altera o Edital, ficando permitido o credenciamento do dia 28/11/2022 a 30/12/2023 e estará disponível no site da Prefeitura no endereço www.pontenova.mg.gov.br, não obstante, serão avisados todos os possíveis participantes que enviaram o recibo de retirada de edital.

Ponte Nova, 22 de novembro de 2022.

Afixado no saguão

22 / 11 / 2022

Sandra Helena de Carvalho Lana
Presidente da Comissão Permanente de Licitação

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
259
PM - PN

JUSTIFICATIVA DE RETIFICAÇÃO DE EDITAL

PROCESSO LICITATÓRIO 123/2022 – INEXIGIBILIDADE 010/2022

Em leitura posterior à publicação do edital referente ao Processo Licitatório 123/2022 – Inexigibilidade 010/2022 foi verificado que houve um erro no texto do OBJETO da contratação tornando-o diferente do projeto básico, sendo assim será feita a retificação do edital para que seja excluído o texto "*sendo que os procedimentos em urgência e emergência terão cobertura em todo o território nacional*" que consta nas páginas 02, 04 e 24 do edital.

Ponte Nova, 12 de dezembro de 2022.

Sandra Helena de Carvalho Lana
(Presidente)

260

CHAMADA PÚBLICA Nº 002/2022

EDITAL DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 123C/2022 - INEXIGIBILIDADE Nº 010C/2022

RECIBO DE RETIRADA DE EDITAL

Razão Social: _____

CNPJ Nº _____

Endereço: _____

E-mail: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____

Pessoa para contato: _____

Recebemos, através do acesso à página **www.pontenova.mg.gov.br** nesta data, copiado instrumento convocatório da licitação acima identificada.

Local: _____, ___ de _____ de 20____.

_____

Assinatura

Senhor Licitante,

Visando comunicação futura entre a Comissão Permanente de Licitações e a licitante, solicito de Vossa Senhoria preencher o recibo de entrega do edital e remeter à Comissão Permanente de Licitações através do e-mail: licitacao@pontenova.mg.gov.br

A não remessa do recibo exime a Comissão Permanente de Licitações da comunicação de eventuais retificações ocorridas no instrumento convocatório, bem como de quaisquer informações adicionais.

Av. Caetano Marinho, 306 - Centro - Ponte Nova/MG - CEP 35430-001 - Telefax: (31) 3819-5454

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
261
PM-PN

SÍNTESE INFORMATIVA DO EDITAL

EDITAL DE CREDENCIAMENTO
PROCESSO LICITATÓRIO Nº 123/2022 - INEXIGIBILIDADE Nº 010/2022

- **Departamento Solicitante:** Secretaria Municipal de Governo.
- **Protocolo de Envelopes:** A partir do dia **15/12/2022 à 30/12/2023.**
- **Objeto:** Constitui objeto deste Processo Licitatório o **credenciamento de empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura assistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.
- **Documentos Necessários:** Item 6 – Páginas 05 (cinco) a 08 (oito) do Edital.
- **Forma de execução:** conforme Projeto Básico, Anexo I deste Edital.
- **Vigência:** O contrato decorrente da presente licitação terá vigência de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado conforme dispõe o inciso II, do artigo 57 da Lei Federal N° 8.666/93.
- **Informações:** [31] 3819-5454 ramal 207 e 206 no horário de 12hs às 16hs e pelo e-mail licitacao@pontenova.com.br. Ao ligar, favor informar o número do **PROCESSO LICITATÓRIO Nº 123/2022 – INEXIGIBILIDADE Nº 010/2022.**

262

CHAMADA PÚBLICA Nº 002/2022

EDITAL DE CREDENCIAMENTO
PROCESSO LICITATÓRIO Nº 123B/2022 - INEXIGIBILIDADE Nº 010B/2022

Torna-se público, para conhecimento dos interessados, que o MUNICÍPIO DE PONTE NOVA, inscrito no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) sob o n° 23.804.149/0001-29, em conformidade com o caput do artigo 25 da Lei Federal 8.666/93, estará recebendo em sua sede a partir do dia **15/12/2022 (quinze de dezembro de dois mil e vinte e dois),** no horário de 12hs às 16hs, a documentação do **item 6** deste Edital, para credenciamento de **empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, com critérios e condições a seguir especificadas:

1. DAS NORMAS LEGAIS

1.1. O presente Edital rege-se pela Lei Federal Nº 8.666 de 21 de junho de 1993, com suas posteriores alterações, fundamentando-se nos termos do caput do artigo 25, firmado sob o regime de credenciamento.

2. DO EDITAL E SEUS ANEXOS:

2.1. O Edital da presente licitação estará disponível a qualquer interessado, de 12h às 16h, na Divisão de Procedimentos Licitatórios, sede da Prefeitura, à Avenida Caetano Marinho, Nº 306, Centro, Ponte Nova-MG, ou através do link https://www.pontenova.mg.gov.br/licitacoes.

2.2. Constituem anexos do presente **EDITAL**:

ANEXO I – Projeto Básico
ANEXO II – Modelo de Requerimento de Credenciamento;
ANEXO III – Modelo de Proposta de Adesão;
ANEXO IV – Modelo da Declaração de não Contratação de Menor;
ANEXO V – Modelo da Declaração de Atendimento dos Requisitos de Habilitação e Contratação;
ANEXO VI - Modelo de Declaração de Nepotismo;
ANEXO VII – Minuta do Contrato de Prestação de Serviços.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
263
PM-PN

3. DO OBJETO:

3.1. O objeto do presente Edital é o credenciamento de empresas operadoras de Plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura assistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.

4. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO E DO PRAZO:

4.1. Poderão se credenciar todas as pessoas jurídicas que atenderem às exigências constantes neste Edital e seus anexos.

4.2. Fica permitido o credenciamento do dia **15/12/2022 a 30/12/2023,** bastando para tanto comprovar o atendimento a todos os requisitos fixados neste Edital, com a entrega da documentação pertinente, na forma do 6 deste Edital.

4.3. Em situações devidamente justificadas e com prévia publicação em Diário Oficial do Município, o Município poderá suspender o credenciamento de novas empresas.

4.4. Estão impedidos de se credenciar as pessoas jurídicas que tenham sido sujeitos de aplicação da penalidade de suspensão temporária de contratar com o MUNICÍPIO DE PONTE NOVA, pelo prazo da suspensão, ou que tenham sido declaradas inidôneas por qualquer órgão da Administração Pública, pelo prazo da declaração de inidoneidade.

5. DA PROPOSTA:

5.1. A proposta do CREDENCIANTE deverá observar os valores máximos apresentados na tabela abaixo**, sendo permitida a apresentação de preços menores**.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
264
PM-PN

PLANO – AMBULATORIAL/ HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA - ENFERMARIA		
FAIXA ETÁRIA		VALOR
1	0-18	69,17
2	19-23	89,93
3	24-28	99,82
4	29-33	112,80
5	34-38	126,33
6	39-43	142,75
7	44-48	169,87
8	49-53	236,12
9	54-58	304,60
10	>59	414,26

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
Consulta Eletiva	50% (R$45,00)
Exames / Terapias / Outros atendimentos ambulatoriais	20%
Franquia Internação Enfermaria	R$ 00,00

6. DA HABILITAÇÃO

6.1. Como condição prévia ao exame da documentação de habilitação do interessado, o Presidente verificará o eventual descumprimento das condições de participação, especialmente quanto à existência de sanção (a suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração de que trata o inciso III do art. 87 da Lei Federal nº 8.666/93, só impedira o licitante de concorrer nesta Licitação, caso tenha sofrido a penalidade diretamente pelo Município de Ponte Nova), que impeça a participação no certame ou a futura contratação, mediante a consulta aos seguintes cadastros[1]:

a) SICAF;

b) Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS, mantido pela Controladoria-Geral da União (http://www.portaldatransparencia.gov.br/);

c) Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça (www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php).

---

[1] ACÓRDÃO Nº 2242/2013 – TCU – Plenário:
"9.3. dar ciência ao Serpro/SP, relativamente aos subitens 2.2.2 e 2.2.4 do edital do Pregão Eletrônico 1.317/2013, de que a sanção prevista no inciso III do art. 87 da Lei 8.666/1993 produz efeitos apenas em relação ao órgão ou entidade sancionador, enquanto a prevista no art. 7º da Lei 10.520/2002 produz efeitos apenas no âmbito interno do ente federativo que a aplicar;"
A consulta aos dois cadastros – CEIS e CNJ –, além do tradicional SICAF, na fase de habilitação, é recomendação do TCU (Acórdão nº 1.793/2011 – Plenário). Trata-se de verificação da própria condição de participação na licitação.
A Consulta Consolidada de Pessoa Jurídica do TCU abrange o cadastro do CNJ, do CEIS, do próprio TCU e o Cadastro Nacional de Empresas Punidas – CNEP do Portal da Transparência.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
265

d) Lista de Inidôneos e o Cadastro Integrado de Condenações por Ilícitos Administrativos - CADICON, mantidos pelo Tribunal de Contas da União - TCU;

6.1.1. Para a consulta de licitantes pessoa jurídica poderá haver a substituição das consultas das alíneas "b", "c" e "d" acima pela Consulta Consolidada de Pessoa Jurídica do TCU (https://certidoes-apf.apps.tcu.gov.br/);

6.1.2. A consulta aos cadastros será realizada em nome da empresa licitante e também de seu sócio majoritário, por força do artigo 12 da Lei n° 8.429, de 1992, que prevê, dentre as sanções impostas ao responsável pela prática de ato de improbidade administrativa, a proibição de contratar com o Poder Público, inclusive por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário.

6.1.2.1. Caso conste na Consulta de Situação do Fornecedor a existência de Ocorrências Impeditivas Indiretas, o gestor diligenciará para verificar se houve fraude por parte das empresas apontadas no Relatório de Ocorrências Impeditivas Indiretas.

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

6.1.2.3. O licitante será convocado para manifestação previamente à sua desclassificação.

6.1.3. Constatada a existência de sanção, o Presidente reputará o licitante inabilitado, por falta de condição de participação.

6.2. **Serão admitidas fotocópias sem autenticação cartorial ou outro órgão competente, desde que os respectivos originais sejam apresentados no ato do Credenciamento.**

6.2.1. Os documentos mencionados no Edital não poderão ser substituídos por qualquer tipo de protocolo.

6.3. A certidão que não declarar o prazo de validade será considerada apenas a que tiver sido emitida no máximo até 90 (noventa) dias antes da data do protocolo do envelope.

6.4. As certidões emitidas através da rede mundial de computadores (internet) serão aceitas para fins desta licitação, sujeitas à verificação da veracidade das informações.

6.5. Não serão aceitos documentos de habilitação com indicação de CNPJ/CPF diferentes, salvo aqueles legalmente permitidos.

6.6. Se o licitante for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz, e se o licitante for a filial, todos os documentos deverão estar em nome da filial, exceto aqueles documentos que, pela própria natureza, comprovadamente, forem emitidos somente em nome da matriz.

6.6.1. Serão aceitos registros de CNPJ de licitante matriz e filial com diferenças de números de documentos pertinentes ao CND (Federal, Estadual e Municipal) e ao CRF/FGTS, quando for comprovada a centralização do recolhimento dessas contribuições.

6.7. A documentação para Habilitação deverá ser protocolada junto à Comissão Permanente de Licitações, **a partir do dia 15/12/2022** no horário de 12hs às 16hs, em envelope lacrado, devidamente identificado, conforme a seguir:

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
266

PROCESSO N° 123/2022 - INEXIGIBILIDADE N° 010/2022
RAZÃO SOCIAL:
CNPJ:
ENDEREÇO: (Logradouro, número, bairro, cidade, UF, CEP, TEL e EMAIL)

6.8. Os interessados deverão encaminhar, nos termos deste Edital, a documentação relacionada nos itens a seguir, para fins de habilitação:

6.9. **Habilitação jurídica:**

6.9.1. No caso de empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;

6.9.2. Em se tratando de microempreendedor individual – MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio www.portaldoempreendedor.gov.br;

6.9.3. No caso de sociedade empresária ou empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial da respectiva sede, acompanhado de documento comprobatório de seus administradores;

6.9.4. inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz, no caso de ser o participante sucursal, filial ou agência;

6.9.5. No caso de sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de prova da indicação dos seus administradores;

6.9.6. No caso de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País: decreto de autorização;

6.9.7. Os documentos acima deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva;

6.10. **Regularidade fiscal e trabalhista:**

6.10.1. prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas ou no Cadastro de Pessoas Físicas, conforme o caso;

6.10.2. prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02/10/2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.

6.10.3. prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
267

6.10.4. prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a justiça do trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;

6.10.5. prova de regularidade com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do licitante.

6.10.6. prova de regularidade com a Fazenda Estadual do domicílio ou sede do licitante, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre

6.10.7. caso o licitante seja considerado isento dos tributos estaduais relacionados ao objeto licitatório, deverá comprovar tal condição mediante declaração da Fazenda Estadual do seu domicílio ou sede, ou outra equivalente, na forma da lei;

6.11. **Qualificação Econômico-Financeira**:

6.11.1. certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica;

6.12. **Qualificação Técnica:**

6.12.1. Certidão de Situação Cadastral de Operadora ou de Administradora de Benefícios emitida pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

6.12.2. Atestado de Capacidade Técnica emitido por entidades públicas ou privadas comprovando que a interessada prestou ou presta serviços compatíveis com o objeto desta licitação.

6.12.3. Declaração de que dispõe de rede credenciada para atender aos beneficiários do município de Ponte Nova (Anexo IV).

6.13. A abertura e julgamento das propostas de adesão ao presente CREDENCIAMENTO ficarão a cargo da Comissão Permanente de Licitação da Prefeitura Municipal de Ponte Nova, a qual competirá:

a) Receber e proceder à abertura dos envelopes contendo a documentação necessária ao CREDENCIAMENTO;

b) Examinar os documentos apresentados em confronto com as exigências deste Edital devendo recusar a participação das interessadas que deixarem de atender às normas e condições aqui fixadas;

c) Proceder à confecção do contrato de Prestação de Serviços.

7. DA SELEÇÂO

7.1. Havendo mais de um credenciado o servidor beneficiário fará opção a qual Plano de saúde deseja aderir.

7.2. O quantitativo devidas estimado poderá ser aumentado ou reduzido, hipótese em que o(s) credenciado(s) será(ão) oportunamente comunicados.

8. DA CELEBRAÇÃO DO CONTRATO

8.1. O interessado habilitado será convocado para assinar o Termo de Contrato no prazo de 05 (cinco) dias, contados da convocação.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
268

8.1.1. O prazo para assinatura do Termo de Contrato poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, quando solicitado pela credenciada durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado e aceito pela CPL.

8.2. O Termo de Contrato será publicado, por extrato no Diário Oficial do Município, como condição indispensável para sua eficácia.

8.3. O credenciado deverá manter durante toda a execução da avença, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas neste Edital;

8.4. Os contratos originados do presente edital serão regidos pela Lei Federal N° 8.666/93 e a Lei Complementar 123/2006, com suas posteriores alterações, juntamente com suas normas e as demais estabelecidas por este Edital.

8.5. O contrato poderá ser rescindido por ato unilateral do **CEDENTE**, devidamente justificado, quando o interesse púbico assim o exigir, sem que caiba direito à indenização, nas hipóteses previstas na Lei Federal 8.666/93 e suas posteriores alterações.

8.6. A inexecução total ou parcial do contrato enseja a sua rescisão, com as conseqüências contratuais e as previstas em lei ou regulamento.

8.7. A CONTRATADA reconhece os direitos da CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista no art. 77 da Lei nº 8.666, de 1993.

9. EXECUÇÃO E CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO DO OBJETO.

9.1. Os critérios de recebimento e aceitação do objeto e de fiscalização estão previstos no Projeto Básico e ficam a cargo da Secretaria Municipal de Governo.

10. DA VIGÊNCIA E DO REAJUSTE

10.1. O Contrato proveniente do presente credenciamento terá vigência de 12 (doze) meses, renováveis até o limite do inciso II do art.57 da Lei 8.666/93.

10.2. Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e o município de Ponte Nova/MG.

11. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

11.1. O pagamento será realizado mediante consignação em folha de pagamento.

11.2. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Município de Ponte Nova/MG a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

12. DOS RECURSOS E IMPUGNAÇÕES:

12.1. Caberá recurso, nos casos de habilitação ou inabilitação, no prazo de 5 (cinco)dias úteis.

12.2. Os recursos serão recebidos no mesmo local da entrega da documentação do credenciamento, e serão dirigidos à autoridade máxima do órgão ou entidade contratante por intermédio da Comissão, o qual poderá reconsiderar sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, ou, nesse mesmo prazo, fazê-lo subir, devidamente informado.

12.3. A autoridade superior, após receber o recurso e a informação da Comissão, proferirá, também no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a sua decisão.

12.4. Os recursos e impugnações do edital deverão ser entregues no Setor de Protocolos do Município de Ponte Nova, aos cuidados da Comissão Permanente de Licitação, no horário de 12h as 16h, onde será emitido comprovante de recebimento ou poderá ser enviado através do e-mail licitacao@pontenova.mg.gov.br.

12.5. Para Impugnação do edital ou interposição de recursos, o interessado ou licitante deverá apresentar junto com suas razões, os documentos necessários que identifiquem a empresa (caso não seja sócio ou proprietário, deverá apresentar procuração registrada no cartório), bem como que identifiquem suas alegações.

12.6. O Município de Ponte Nova/MG não se responsabilizará por recursos e impugnações endereçadas via postal ou por outras formas, entregues em locais diversos e, que, por isso, não sejam entregues no prazo legal.

13. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

13.1. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Contrato, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

13.1.1. advertência por escrito;

13.1.2. multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados ao Plano de Saúde, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;

13.2. Suspensão temporária do Termo de Contrato;

13.3. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante à autoridade que aplicou a penalidade;

13.4. As sanções previstas nos subitens 14.1.1 e 14.1.2 poderão ser aplicados concomitantemente com as dos subitens 14.2. e 14.3., facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;

13.5. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no presente Edital, no Termo de Contrato, ou ainda, a prática de atos que

270

caracterizem má-fé em relação ao Município de Ponte Nova/MG apuradas em processo administrativo.

14. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

14.1. A Prefeitura Municipal de Ponte Nova poderá revogar o presente credenciamento, por interesse público ou anulá-lo por ilegalidade, de ofício ou por provocação sempre em despacho fundamentado, sem que caiba aos candidatos quaisquer indenizações ou reclamações.

14.2. A Comissão Permanente de Licitação poderá, em qualquer fase da licitação, promover diligências, objetivando esclarecer ou complementar as informações que possam instruir e elucidar questões pendentes do processo.

14.3. Os casos omissos e dúvidas com relação ao credenciamento, como também a este **EDITAL**, serão resolvidas pela Comissão Permanente de Licitação.

14.4. O Edital está disponibilizado, na íntegra, no endereço eletrônico https://www.pontenova.mg.gov.br/ e também poderão ser lidos e/ou obtidos no endereço sede do Município de Ponte Nova, sito à Av. Caetano Marinho, nº 306, Bairro Centro, Município de Ponte Nova, Estado de Minas Gerais, CEP: 35.430-001, no Departamento de Licitações, nos dias úteis no horário das 12:00 horas às 16:00 horas, período no qual os autos do processo administrativo permanecerão com vista franqueada aos interessados.

14.5. Ficam os licitantes/contratados obrigados a manterem os endereços físicos e eletrônico (e-mail) atualizados e, ainda, ficam obrigados a informar à Administração, no prazo máximo de 2 (dois) dias, em caso de quaisquer alterações.

14.6. Presumem-se como lidas as mensagens eletrônicas enviadas aos licitantes/contratados, após 5 (cinco) dias úteis do envio, a partir de quando os prazos para manifestações e/ou defesa começarão a correr.

14.7. Integram este Edital, para todos os fins e efeitos, os seguintes anexos:

14.7.1. ANEXO I – Projeto Básico

14.7.2. ANEXO II – Modelo de Requerimento de Credenciamento

14.7.3. ANEXO III – Modelo de Carta Proposta

14.7.4. ANEXO IV – Modelo de Declarações.

14.8. ANEXO V – Minuta de Termo de Contrato.

Ponte Nova, 12 de dezembro de 2022.

Sandra Helena de Carvalho Lana

Presidente da Comissão Permanente de Licitação

271

ANEXO I
PROJETO BÁSICO

1 OBJETO

1.1 O presente projeto básico tem por objeto a **contratação através de credenciamento** de empresas operadoras de plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência a saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência a Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura asssistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.

2 JUSTIFICATIVA

Como ação preventiva e com foco na qualidade de vida do servidor, é determinante possibilitar o acesso à assistência à saúde sempre que necessário. A Saúde Suplementar no Brasil oferece assistência médica e hospitalar privada através das Operadoras de Planos de Saúde.

O credenciamento caberá quando a Administração Pública estiver disposta a celebrar contrato com todas as entidades que demonstrarem interesse em executar objeto por ela delimitado, sem que a escolha de uma entidade privada implique em prejuízo de outra(s).

A possibilidade de que seja firmado o contrato com o maior número possível de administradoras de benefícios interessadas inviabiliza a competição, tornando fática a inexigibilidade da licitação, nos termos do art. 25, caput, da Lei nº 8.666/1993.

Este credenciamento pretende disponibilizar aos servidores uma maior oferta de planos e programas de assistência à saúde suplementar, por meio das administradoras credenciadas, para que assim sejam obtidas melhores opções na prestação de serviço, aliada à possibilidade de menor custo.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
272

Verificamos que o objeto, sendo ofertado por um maior número de administradoras de plano de saúde, representará um ganho para os servidores do município de Ponte Nova, pois abrirá diversidade de opções de escolha de planos de saúde de assistência suplementar médica. Por isso, o credenciamento visa garantir a igualdade de condições entre os interessados habilitados a firmar o contrato, não se falando em competição para a escolha da melhor proposta através de procedimento licitatório, uma vez que, de acordo com os critérios objetivos, haverá a garantia da impessoalidade para a convocação de todos os habilitados a fim de formalizarem o contrato.

Por fim, evidenciamos que o objeto será melhor atendido pela contratação do maior número de interessados habilitados possível, sendo legítimo promover chamamento público para credenciamento, restando comprovada a inviabilidade de competição para a contratação do objeto, tendo em vista que a necessidade da Administração ficaria restrita e limitada com a contratação de apenas uma administradora habilitada em concorrência por meio de procedimento licitatório.

3 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

3.1 Lei nº 8.666/93, art. 25;

3.2 Parecer nº 07/2013/CPLC/DEPCONSU/PGF/AGU;

3.3 Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;

3.4 Resolução Normativa ANS – nº 465, de 24 de fevereiro de 2021;

3.5 Resolução Normativa ANS – nº 195, de 14 de julho de 2009.

4 DA CONCEITUAÇÃO

4.1 **Para fins deste documento, considera-se:**

a) USUÁRIOS - os inscritos no Plano de Assistência à Saúde dos Servidores, na condição de beneficiários ativos e dependentes.

b) BENEFICIÁRIO TITULAR – membros e servidores efetivos ativos, os ocupantes de cargos comissionados, os contratados e os agentes políticos do Município de Ponte Nova/MG.

c) BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – grupo familiar do Beneficiário Titular, na forma da Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações.

d) REDE CREDENCIADA – hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores pela Credenciada, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

e) REMOÇÃO - deslocamento dos usuários para o atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Termo de Referência, de acordo com a Resolução Normativa da ANS nº 259/2011, para garantir os prazos máximos de atendimento.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
273

f) TERMO DE ADESÃO – termo que formaliza a adesão do servidor ao Termo de Credenciamento firmado entre a Prefeitura de Ponte Nova, gestor do Plano de Assistência à Saúde e a Operadora do Plano de Saúde.

g) CO-PARTICIPAÇÃO – é o valor que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas, exames, terapias e atendimentos ambulatoriais.

h) ACIDENTE PESSOAL: evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;

i) AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;

j) AGRAVO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o Beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a CONTRATADA e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravo;

k) ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO: área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados;

l) ATENDIMENTO AMBULATORIAL: compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;

m) ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;

n) CARÊNCIA: prazo ininterrupto, contado a partir data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;

o) CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;

p) COBERTURA: garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
274

q) COMPANHEIRO: pessoa que vive em união estável com outrem, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;

r) COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;

s) CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;

t) EXAMES COMPLEMENTARES SIMPLES: são considerados exames simples de diagnóstico e terapia: análises clínicas, à exceção de genética e alta complexidade, anatomia patológica/cito-patologia, eletrocardiograma e raios-x, à exceção dos contrastados;

u) HOSPITAL DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;

v) INTERNAÇÃO HOSPITALAR: situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;

w) MÉDICO ASSISTENTE: médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente

5 DOS BENEFICIÁRIOS

5.1 São considerados beneficiários titulares membros e servidores efetivos ativos, os ocupantes de cargos comissionados e os contratados do Município de Ponte Nova/MG.

5.2 São considerados beneficiários dependentes dos servidores:

5.2.1 Cônjuge ou companheiro, havendo união estável, nos termos estabelecidos no Código Civil Brasileiro;

5.2.2 Ex-cônjuge, por determinação judicial, sem eventual concorrência com o cônjuge ou companheiro;

5.2.3 Filhos, adotivos ou não, solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos;

5.2.4 Enteados solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos;

5.2.5 Netos solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos.

6 RELAÇÃO DE SERVIDORES POR FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETARIA	QUANTIDADE DE SERVIDORES
0-18	0
19-23	33
24-28	102
29-33	227
34-38	275
39-43	401
44-48	336
49-53	270
54-58	244
>59	224
Total	**2112**

6.1 A proposta do CREDENCIANTE deverá observar os valores máximos apresentados nas tabelas abaixo, sendo permitida a apresentação de preços menores:

PLANO – AMBULATORIAL/ HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA - ENFERMARIA		
FAIXA ETÁRIA		VALOR
1	0-18	69,17
2	19-23	89,93
3	24-28	99,82
4	29-33	112,80
5	34-38	126,33
6	39-43	142,75
7	44-48	169,87
8	49-53	236,12
9	54-58	304,60
10	>59	414,26

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
Consulta Eletiva	50%
Exames / Terapias / Outros atendimentos ambulatoriais	20%
Franquia Internação Enfermaria	R$ 00,00

6.2 Número mínimo de 03 (três) vidas para manter o contrato ativo e à partir de 30 (trinta) vidas, ficará isento do cumprimento dos prazos de carências.

7 CO-PARTICIPAÇÃO NOS CUSTEIOS DOS SERVIÇOS

7.1 A co-participação é de inteira responsabilidade do beneficiário titular e será paga ao Plano de Saúde.

7.2 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.

276

7.3 A participação no custo dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento.

8 DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

8.1 A inclusão de beneficiários no Plano de Saúde far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa perante o Plano de Assistência a Saúde dos Servidores.

8.2 É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário do Plano de Saúde de que trata este objeto.

8.3 O Beneficiário Titular disporá do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação do Plano de Saúde, para solicitar as suas adesões e dos seus dependentes, se for o caso, no Plano de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após esse prazo os beneficiários cumprirão as carências determinadas pela ANS.

8.4 O Beneficiário Titular que ingressar na Prefeitura Municipal de Ponte Nova/MG após 30 (trinta) dias da 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, isentos de carência para usufruir dos serviços abrangidos. Após esse prazo, o beneficiário deve cumprir as carências determinadas pela ANS.

8.5 Em caso de pluralidade de empresas credenciadas, o beneficiário que desejar migrar de um plano para outro, será isento de carência, desde que, tenham cumprido todos os requisitos do contrato anterior, tendo em vista as regras contratuais e da ANS.

8.6 Os dependentes que adquirirem essa condição por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade após a inclusão inicial de membros e servidores ativos terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no Plano de Assistência à Saúde, sob pena do cumprimento da carência determinadas pela ANS.

8.7 Fica sujeita à carência determinadas pela ANS a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo Beneficiário Titular.

8.8 A solicitação de inscrição de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	INICÍO DA VIGÊNCIA
1º ao 20º dia	1º dia do mês subsequente.
21º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente.

277

8.9 A solicitação de exclusão de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial.

PERÍODO DE EXCLUSÃO	FIM DE VIGÊNCIA
1º ao 30º dia	1º dia do mês subsequente.

8.10 Caberá ao Município de Ponte Nova/MG a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos membros e servidores ativos, seus dependentes, indicando a relação de parentesco dos dependentes com o membro ou servidor, quando solicitados pelo Plano de Saúde.

8.11 Número mínimo de 03 (três) vidas para manter o contrato ativo e à partir de 30 (trinta) vidas, ficará isento do cumprimento dos prazos de carências para novas adesões.

9 DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

9.1 A exclusão do titular no Plano de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique a suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e outras situações previstas em Lei.

9.2 No caso de afastamento legal, o servidor poderá optar por permanecer no Programa de Assistência à Saúde, durante o período do afastamento.

9.3 É de responsabilidade do Beneficiário Titular solicitar, formalmente ao Plano de Assistência a Saúde dos Servidores, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

9.4 Os beneficiários excluídos do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores do Município de Ponte Nova/MG serão responsáveis pela devolução imediata de sua carteira de identificação, as de seus dependentes e as dos demais vinculados, se houver.

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

10 DA CARÊNCIA

10.1 Não poderá ser exigida nenhuma carência para utilização dos benefícios do Plano de Saúde:

10.1.1 dos usuários inscritos na forma regulamentada no item 8;

10.1.2 em situações de urgência ou emergência, ocorridas após o início de vigência da cobertura.

10.1.3 para consultas médicas.

10.2. Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

278

11 DA PORTABILIDADE

11.1 A portabilidade se dará de acordo com a norma de vigência estabelecida pela ANS (RN nº 438/2018 e alterações posteriores).

12 DOS BENEFÍCIOS

12.1 As operadoras de planos de saúde credenciadas cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, hospitalares, psiquiátricos e obstétricos, previstos na legislação vigente e conforme o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

13 DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES

13.1. 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.

14 DAS URGÊNCIAS E EMÊRGENCIAS

14.1 Atendimentos de Emergência e Urgência nos seguintes casos:

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

14.1.2 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.

14.1.3 É assegurado o atendimento de urgência e emergência, imediatamente a 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, observando-se o seguinte:

14.1.4 O Plano de Saúde deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, garantindo cobertura para internação;

14.1.5. Caberá às operadoras de plano de saúde contratadas pela Prefeitura de Ponte Nova 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.

15 DO REEMBOLSO

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

279

15.1.1. 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;

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

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

15.3. 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 penade perder o direito ao reembolso.

16 DA REMOÇÃO

16.1 A Operadora de Plano de saúde deverá garantir a remoção do usuário internado de acordo com a solicitação do médico assistente para outro estabelecimento hospitalar dentro da área de abrangência utilizando para tanto ambulância com recursos técnicos necessários que garantam a manutenção da vida.

16.2 A operadora de Plano de Saúde deverá dispor de serviço 24 (vinte e quatro) horas de ambulância e UTI móvel para atendimento aos beneficiários.

17 DAS ACOMODAÇÕES

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

17.1.1 Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria de no máximo 2 (dois) leitos.

17.2 Os planos deverão ser oferecidos na modalidade com a co-participação em eventos de consultas, exames, terapias e atendimentos ambulatoriais.

18 REDE CREDENCIADA

18.1 As operadoras de Plano de Saúde contratadas através deste credenciamento deverão oferecer aos servidores do município de Ponte Nova/MG toda sua rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar na sua área de abrangência.

18.2. As Operadoras de Plano de Saúde contratadas através deste credenciamento deverão oferecer a rede credenciada, de Assistência Médico-Hospitalar, contemplando atendimentos em hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
280

colocados à disposição dos usuários, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

19 DAS OBRIGAÇÕES

19.1. São obrigações da Operadora do Plano de Saúde:

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

b) elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;

c) proteger o sigilo médico dos beneficiários;

d) entregar os documentos comprobatórios dos gastos, as autorizações e listagem por usuário realativo aos procedimentos executados até o dia 25 do mês de competência;

e) Caberá às Operadoras contratadas, além das responsabilidades resultantes do Contrato, cumprir os dispositivos da Lei Federal nº 9.656/98; 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;

f) 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;

g) Promover o reembolso de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial;

h) Promover o reembolso de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial;

i) 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;

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

k) fornecer, gratuitamente, aos usuários, 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 àdisposição dos usuários);

l) manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato;

m) assumir inteira resposabilidade civil, administrativa e penal por quaisquer danos e prejuízos materiais ou pessoais causados pelo contratado, seus empregados ou prepostos, a contratante, seus

281

funcionários e dependentendentes ou terceiros, aplicando-se ao presente contrato na Lei n. 8.078/90 e especial os artigos 14 e 20;

n) assegurar os direitos e cumprimento de todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da ANS, inclusive quanto aos preços praticados no contrato;

o) manter durante o período contratual as mesmas condições de habilitação;

p) arcar com o pagamento de todos os encargos fiscais, trabalhistas, previdenciários, fretes, seguros mão-de-obra que incidam sobre os serviços prestados;

q) garantir cobertura de quaisquer exames e procedimentos médicos indicados pela Agência nacional de Saúde Suplementar;

r) assegurar o padrão de qualidade que obedeça às normas éticas no tocante ao relacionamento com o paciente e seus familiares, com respeito a sua integridade física e moral e acatamento a seus direitos de modo geral;

19.2. São obrigações da Prefeitura de Ponte Nova, gestor do Plano de Assistência a Saúde do servidor:

a) colocar à disposição da contratada informações e dados cadastrais dos Beneficiários, que não se encontrem resguardados por sigilo;

b) permitir a contratada a divulgação do plano de saúde, junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

c) permitir aos prepostos da contratada o acesso às dependências da Prefeitura de Ponte Nova/MG, 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 contrato;

d) acompanhar e fiscalizar a execução dos Termos de Credenciamento, 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) efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;

20 REQUISITOS TÉCNICOS DE CREDENCIAMENTO

20.1 As empresas interessadas em firmar Termo de Credenciamento com Município de Ponte Nova/MG deverão cumprir as seguintes condições:

20.1.1 Estar devidamente registrada na ANS e possuir autorização de funcionamento;

20.1.2. Comprovar, através de no mínimo 01 (um) atestado de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços compatíveis com o objeto desta licitação;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
282
PMPN

20.1.3. Declarar que dispõe de Rede Credenciada para atender aos beneficiários do Município de Ponte Nova/MG, na forma exigida neste Termo;

20.1.4. Apresentar preços dos planos de saúde incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços;

Elaborado por,

José Damásio Gomes Junior
Auxiliar Administrativo
(Setor de Compras)

Revisado por,

Bruno Oliveira do Carmo
Assessor Municipal de Executivo do Gabinete

Ratificado por,

Fernando Antônio de Andrade
Secretária Municipal de Governo

283

ANEXO II

MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

RAZÃO SOCIAL (PESSOA JURÍDICA)
CNPJ
ENDEREÇO: (Rua, Avenida, complemento e nº, bairro)
Telefone(s):
E-mail:

Vimos, por meio do presente, requerer nosso credenciamento na Chamada Pública 002/2022, cujo objeto é **credenciamento de empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura assistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições

Declaramos, sob as penas da lei, que tomamos conhecimento de todas as normas e condições para o cumprimento das obrigações objeto deste Credenciamento, com as quais concordamos integralmente.

Data: ____/____/____

_____

Nome e Assinatura do Representante legal da Pessoa Jurídica

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
284

ANEXO III

MODELO DE PROPOSTA DE ADESÃO

Razão Social:_____
CNPJ: _____
Endereço: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

Nome dos Sócios Representantes (conforme consta no Contrato Social/Estatuto em vigor):
_____ CPF n.º _____

Dados bancários:
Nome Banco: _____ N.º Agência: _____ C/C: _____

TABELA DE VALORES

	FAIXA ETÁRIA	VALOR
1	0-18	
2	19-23	
3	24-28	
4	29-33	
5	34-38	
6	39-43	
7	44-48	
8	49-53	
9	54-58	
10	>59	

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
Consultas	
Exames / Terapias / Outros atendimentos ambulatoriais	
Franquia Internação Enfermaria	R$ 00,00

TABELA DE CARÊNCIAS

Cobertura	Prazos de carência
Procedimentos de urgência e de emergência	xx (xxxxxxx) horas
Consultas médicas e exames complementares simples	xx (xxxxxxx) dias
Demais exames complementares	xx (xxxxxxx) dias
Cirurgias ambulatoriais	xx (xxxxxxx) dias
Internações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas	xx (xxxxxxx) dias
Para os demais procedimentos cobertos por este plano, bem como para novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS	xx (xxxxxxx) dias
Parto a termo	xx (xxxxxxx) dias

285

1) Nos termos da Resolução Normativa nº 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos no Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados acima, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação ao CONTRATANTE.

2) A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar para as novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) beneficiários.

Venho através deste requerer ao Município de Ponte Nova/MG o credenciamento desta Administradora de Benefícios para prestação dos serviços objeto deste credenciamento, nos termos do Edital 123/2022 e seus anexos. Em anexo, a documentação exigida.

Pede deferimento,

Data: ____/____/____

Declaramos estar ciente de todas as cláusulas constantes no Edital, e aguardamos a aceitação pela Prefeitura Municipal de Ponte Nova para Credenciamento.

_____

Nome e Assinatura do Representante legal da Pessoa Jurídica

***A LICITANTE DEVERÁ APRESENTAR ESTA CARTA PROPOSTA NO ENVELOPE LACRADO CONTENDO A DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO.**

286

ANEXO IV

A empresa _____, inscrita no CNPJ _____, localizada à Rua/Av. _____ _____, N° _____, por intermédio de seu representante legal _____, inscrito no CPF sob o nº _____ DECLARA:

a) que o proprietário, diretor e/ou provedor desta empresa não pertence aos quadros de servidores públicos municipais de Ponte Nova/MG e nem ocupa cargo de chefia ou função de confiança no município de Ponte Nova/MG;
b) que aceita as normas do edital;
c) que atenderá a qualidade necessária à prestação dos serviços, em conformidade com a sua especificidade;
d) que compromete-se em disponibilizar a todos os beneficiários, na área de abrangência geográfica de que trata este edital, uma rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais conforme descrito no Projeto Básico;
e) que não possui entre os proprietários nenhum titular de mandato eletivo;
f) que não possui empregado menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, nos termos do Art. 27, Inciso V, da Lei 8.666/93 e alterações posteriores;
g) que não foi considerada INIDÔNEA para licitar ou contratar com a Administração Pública;
h) que inexiste fato impeditivo para a sua habilitação, estando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;
i) que cumpri o Estatuto da Criança e do Adolescente, conforme dispõe o art. 7º, Inciso XXXIII, da Constituição Federal.

Por ser expressão de verdade, firmamos a presente.

Local, ... de ..... de 2022.

Assinatura do responsável Nome (completo)
(carimbo da empresa e/ou individual)

287

ANEXO V

MINUTA DO CONTRATO Nº _____/2022

CONTRATO Nº XX/2022 QUE ENTRE SI CELEBRAM MUNICÍPIO DE PONTE NOVA, E A XXXXXXXXXXXX

Contrato que entre si celebram de um lado o **MUNICÍPIO DE PONTE NOVA**, com sede a Av. Caetano Marinho, Nº 306, Centro, Ponte Nova–MG, CEP: 35.430-001, inscrito no CNPJ Nº: 23.804.149/0001-29, inscrição estadual isento, doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**, representado neste ato, pelo Prefeito Municipal, Sr._____,brasileiro, casado, CPF _____, e de outro _____, com sede à _____ CNPJ: _____, Registro da Operadora na ANS: _____, representada peloSr._____doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, conforme ressaiu do procedimento administrativo **Sistema Credenciamento, Processo Nº: 123/2022, Inexigibilidade Nº: 010/2022.**

CARACTERÍSTICAS GERAIS
Nome Comercial: _____
Nº de Registro do Plano na ANS: _____
Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial
Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: Referência
Fator moderador: Coparticipação
Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: _____
Área de Atuação do Plano de Saúde: _____
Padrão de Acomodação em Internação: Coletivo
Vínculo: _____
Formação do Preço: Pré-estabelecido
Serviços e Coberturas Adicionais: _____

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

1.1. O presente Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.2. O presente instrumento trata-se de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e

obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 Poderão se inscrever no Plano, nas seguintes categorias:

2.1.1 Beneficiário Titular: membros e servidores efetivos ativos, os ocupantes de cargos comissionados, os contratados e os agentes políticos do Município de Ponte Nova/MG.

2.1.2 Beneficiário Dependente: seguintes pessoas naturais com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao Beneficiário Titular:

a) Cônjuge ou companheiro, havendo união estável, nos termos estabelecidos no Código Civil Brasileiro;

b) Ex-cônjuge, por determinação judicial, sem eventual concorrência com o cônjuge ou companheiro;

c) Filhos, adotivos ou não, solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos;

d) Enteados solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos;

e) Netos solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos.

3.3 A inscrição dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular.

2.3 O **CONTRATANTE** encaminhará à **CONTRATADA** no dia xx (xxxx) de cada mês, a relação dos Beneficiários que aderirem ao Plano previsto neste Contrato, mediante preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão e dos Beneficiários que forem excluídos, nos termos estabelecidos neste Contrato.

2.4 A movimentação cadastral de Beneficiários relativa às inclusões informadas pela **CONTRATANTE** será processada no 1º dia do mês subsequente do recebimento da relação de Beneficiários pela **CONTRATADA**, sendo que a movimentação cadastral relativa às exclusões será realizada no mesmo dia em que ocorrer o fato.

2.5 No momento da contratação, nas inclusões posteriores e quando a **CONTRATADA** julgar necessário, o **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer à **CONTRATADA** documentos comprobatórios do vínculo do Titular com o **CONTRATANTE**, bem como da relação de dependência entre os Dependentes e o Titular. Anualmente (no mês de aniversário do contrato), o **CONTRATANTE** deverá apresentar nova documentação comprovando a manutenção da regularidade do vínculo dos beneficiários inscritos no plano.

2.6 O Beneficiário preencherá o Formulário de Declaração de Saúde no ato da contratação e das inclusões posteriores, obrigando-se a informar a condição sabida de doenças e lesões preexistentes, sua e de seus Dependentes, conforme estabelecido neste Contrato.

2.7 É assegurada a inclusão:

a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, isento do cumprimento dos

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
289

períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;

b) do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular adotante, e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.

2.7.1 A inclusão dos beneficiários previstos nas alíneas "a" e "b" fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do dependente estabelecidas no presente Contrato.

2.7.2 Ultrapassados os prazos estabelecidos nas alíneas "a" e "b", será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes.

2.8 O Beneficiário Titular é responsável pela constante atualização dos dados cadastrais informados, em relação a si e aos seus Dependentes, inclusive com o envio de documentos quando se fizer necessário, incluindo eventual alteração de endereço, que deverá ser comunicada imediatamente à **CONTRATADA.**

2.9 Para a permanência no Plano Empresa, faz-se necessário que a CONTRATANTE mantenha o contingente mínimo de 3 (três) vidas.

CLÁUSULA TERCEIRA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 A **CONTRATADA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Contrato, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **CONTRATADA**, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento.

3.2 A cobertura ambulatorial compreende:

a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

a.1) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-

dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação e desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;

c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;

d) Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, conforme prescrição do médico assistente;

e) Consultas / sessões de psicoterapia, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

g) Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

h) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;

h.1) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

i) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

j) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

k) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

l) Hemoterapia ambulatorial;

m) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a – 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até –4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

3.3 A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

a) Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitados pelo médico assistente;

b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação;

c) Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:

c.1) O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,

c.2) No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar;

d) Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário 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;

e) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato, em território brasileiro;

f) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, Beneficiário com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou Beneficiário portador de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

g) Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;

g.1) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
292

g.2) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, ficando a escolha a critério da CONTRATADA.

g.3) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, deverão ser observadas as regras estabelecidas na regulamentação da ANS para solução do impasse.

h) Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

i) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

i.1) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

I) O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

II) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.

j) Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

I) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

II) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

III) Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

IV) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

V) Hemoterapia;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
293

VI) Nutrição parenteral ou enteral;

VII) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

VIII) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

IX) Radiologia intervencionista;

X) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

XI) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

k) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

l) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

m) Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

I) despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;

II) medicamentos utilizados durante a internação;

III) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;

IV) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;

m.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.

I) O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;

294

II) As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;

III) São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

n) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;

o) Despesas incluindo acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrências, a critério do médico e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

p) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.

3.4 Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

a) O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;

b) Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;

c) No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento;

c.1) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

d) Além da coparticipação regular, prevista neste Contrato, haverá coparticipação de xx% (xxxxxx), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 01 (um) ano de Contrato.

3.5 O presente Contrato garante, ainda:

a) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da

295

ANS e vigentes na data do evento;

b) Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiologista, caso haja indicação clínica;

c) Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;

d) Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

e) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

f) Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

CLÁUSULA QUARTA – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:

a) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;

b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;

c) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);

d) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
296

e) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

f) Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

g) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

h) Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

i) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

j) Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação odontológica;

k) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

l) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

m) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

n) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

o) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

p) Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

q) Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

297

r) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

s) Aparelhos ortopédicos;

t) Aluguel de equipamentos;

u) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;

v) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Contrato;

w) Despesas relativas a um acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Contrato;

x) Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;

y) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

z) Cirurgia para mudança de sexo;

aa) Avaliação pedagógica;

bb) Orientações vocacionais;

cc) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

dd) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;

ee) Remoção domiciliar;

ff) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

gg) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

hh) Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CLÁUSULA QUINTA - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. O prazo de vigência deste contrato terá validade de 12 (doze) meses, com início na data de ...../...../..... e encerramento em ...../...../..... , podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 60 (sessenta) meses, com fundamento no art. 57, inciso II, da Lei n.º 8.666/93, desde que haja autorização formal da autoridade competente e observados os seguintes requisitos:

a) Os serviços tenham sido prestados regularmente;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
298
PMPN

b) Esteja formalmente demonstrado que a forma de prestação dos serviços tem natureza continuada;

c) Haja manifestação expressa da operadora de saúde informando o interesse na prorrogação;

d) A prorrogação do contrato deverá ser promovida mediante celebração de Termo Aditivo.

CLÁUSULA SEXTA: PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas contratadas. Os serviços previstos neste instrumento serão prestados ao beneficiário após o cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

Cobertura	Prazos de carência
Procedimentos de urgência e de emergência	xx (xxxxxxx) horas
Consultas médicas e exames complementares simples	xx (xxxxxxx) dias
Demais exames complementares	xx (xxxxxxx) dias
Cirurgias ambulatoriais	xx (xxxxxxx) dias
Internações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas	xx (xxxxxxx) dias
Para os demais procedimentos cobertos por este plano, bem como para novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS	xx (xxxxxxx) dias
Parto a termo	xx (xxxxxxx) dias

6.2 O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato. Para os incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data do processamento pela CONTRATADA da sua inclusão, nos termos estabelecidos nas Condições de Admissão deste Contrato.

6.3 A classificação dos exames em simples será de acordo com o estabelecido neste Contrato.

6.4 Nos termos da Resolução Normativa nº 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação ao CONTRATANTE.

6.5 A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar para as novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) beneficiários.

CLÁUSULA SÉTIMA: DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1. Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

7.2. No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, na qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do Contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
299

do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

7.3. Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

7.4. O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

7.5. Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

7.6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o Beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

7.7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a Cobertura Parcial Temporária.

7.9. A Cobertura Parcial Temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

7.10. A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

7.11. As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela CONTRATADA por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela CONTRATADA para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial ou Temporária.

7.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br, bem como está

300

disponível para consulta e cópia nas dependências da CONTRATADA, fazendo parte integrante deste instrumento.

7.13. Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravo.

7.14. Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de Cobertura Parcial Temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.14.1. Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

7.14.2. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

7.14.3. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

7.14.4. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.14.5. Após julgamento, e acolhida a alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do Contrato.

7.15. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do Contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

7.15.1. Esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes voltará a vigorar para novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta).

CLAÚSULA OITAVA: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

8.3. Haverá cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e emergência, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do Beneficiário ao Plano.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
301

8.4. 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, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

8.5. Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

8.6. Haverá remoção 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.

8.7. Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

a) quando não possa haver remoção por risco de vida, o Beneficiário e o prestador o atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus;

b) caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

c) na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

d) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea "b", a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.8. A CONTRATADA assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela CONTRATADA.

8.9. O Beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

8.10. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da CONTRATADA (que equivale à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados eventuais valores de coparticipação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
302

a) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);

b) Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;

c) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência;

d) Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela CONTRATADA.

8.11 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.

CLAUSULA NONA: MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1. Serão assegurados aos Beneficiários os serviços médico-hospitalares previstos neste Contrato, conforme estabelecido nesta Cláusula.

9.2. É facultado à CONTRATADA direcionar a realização de consultas, exames, internações e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede. Nos casos em que não houver direcionamento de rede pela CONTRATADA, os atendimentos observarão as regras estabelecidas nos itens seguintes.

9.2.1. Havendo ou não direcionamento, quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o Beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços os seguintes documentos:

a) Cartão de Identificação de Beneficiário, com data de validade em dia;

b) Documento de Identidade do Beneficiário expedido por órgão oficial;

c) Guia, nos casos em que seja necessária autorização prévia da CONTRATADA. O Beneficiário deverá solicitar junto a CONTRATADA, através dos canais próprios de atendimento disponibilizados, a emissão da respectiva autorização.

9.3. As consultas serão atendidas no consultório do médico escolhido, na rede credenciada da CONTRATADA.

9.4. Os atendimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais serão prestados em consultórios, clínicas ou hospitais credenciados pela CONTRATADA, mediante solicitação do médico responsável e autorização prévia da CONTRATADA.

9.5. Os exames complementares e serviços auxiliares serão prestados pela CONTRATADA na rede hospitalar credenciada, mediante solicitação do médico responsável e autorização prévia da CONTRATADA.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
303

9.6. Para internações eletivas, o Beneficiário deverá procurar a CONTRATADA, antes de dirigir-se à rede própria ou credenciada, devendo apresentar o pedido de internação emitido pelo médico responsável, justificando as razões da internação, com minuciosa indicação do diagnóstico, o tratamento prescrito, a época do início da doença e a duração prevista da internação, para análise da CONTRATADA e emissão da Guia de Internação, com prazo previamente estabelecido.

9.7. Sendo necessário prorrogar a internação, o Beneficiário, ou quem por ele responda, apresentará pedido de prorrogação, antes de vencido o prazo da primeira Guia, emitido pelo médico responsável, quando a CONTRATADA emitirá a prorrogação da Guia de Internação.

9.8. Nos casos de urgência e emergência, o Beneficiário ou quem por ele responda, terá prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data da internação, para providenciar a Guia de Internação, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

9.9. Para autorização de cada procedimento coberto a CONTRATADA poderá exigir a apresentação de documentação específica, além da prevista neste instrumento. A relação dos documentos exigidos pela CONTRATADA para autorização de cada procedimento, quando for o caso, pode ser obtida no portal da CONTRATADA na internet ou em suas centrais de atendimento.

9.9.1. A cobertura dos procedimentos ambulatoriais ou hospitalares somente será garantida quando apresentada toda a documentação exigida.

9.9.2. Por ocasião da concessão de autorização prévia, a CONTRATADA garantirá, ao Beneficiário, atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, a partir do momento de sua solicitação.

9.9.3. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por médico da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados. Caso o beneficiário escolha profissional não pertencente à rede credenciada da CONTRATADA para o Plano será responsável pelo pagamento dos honorários daquele profissional.

9.9.4. A formação, condução e conclusão da Junta observará as regras estabelecidas pela regulamentação em vigor.

9.10. Na hipótese do Beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, a CONTRATADA não se responsabilizará pela diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, sendo de inteira responsabilidade do Beneficiário negociar diretamente com o prestador do atendimento.

9.11. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

9.12. Os dados da rede credenciada da CONTRATADA estão disponíveis em sua sede, para consulta e cópia e no site da CONTRATADA pelo endereço eletrônico xxxxxxx. Todas as

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
304

informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da CONTRATADA na internet, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

9.13. CONTRATADA reserva-se o 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 9.656/1998.

9.14. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro 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.

9.15. Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação de algum beneficiário, será 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 CONTRATADA providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

9.16. No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

9.17. Embora a cobertura contratual esteja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados pela CONTRATADA, ressalvada a hipótese de reembolso para os casos de urgência e emergência, é admitido que os serviços possam ser solicitados por profissionais legalmente habilitados não credenciados. Nesse caso, deve o Beneficiário dirigir-se à sede da CONTRATADA para transcrição do pedido para a guia padronizada, denominada TISS, e indicação do profissional credenciado a realizar os procedimentos solicitados.

9.18. Da coparticipação

9.18.1. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular à CONTRATADA, referente à utilização dos serviços cobertos, por si e seus Dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

9.18.2. Além da mensalidade devida pelo CONTRATANTE em função do número de Beneficiários, será cobrada coparticipação na utilização pelos Beneficiários das coberturas (procedimentos garantidos fora da internação hospitalar), abaixo relacionadas:

a) As consultas estão sujeitas a uma coparticipação do CONTRATANTE, no percentual de 50% (cinquenta por cento);

b) À exceção da consulta, todos os procedimentos ambulatoriais previstos na cláusula terceira, item 3.2, estão sujeitos a uma coparticipação do CONTRATANTE no percentual de 20% (vinte por cento);

c) Terapias: 20% (vinte por cento);

d) Tratamento ocular quimioterápico com antiogênico: 20% (vinte por cento);

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
305

e) Laserterapia para o tratamento da mucosite oral/ orofaringe: 20% (vinte por cento);

f) Terapia imunoprofilática com Palivizumabe para o vírus sincicial respiratório: 20% (vinte por cento);

g) Terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea: 20% (vinte por cento);

h) Bloqueio com toxina botulínica: 20% (vinte por cento);

i) Pulsoterapia: 20% (vinte por cento);

j) Acupuntura por sessão: 20% (vinte por cento);

k) Termoterapia transpupilar a laser: 20% (vinte por cento);

l) Fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletar de urina: 20% (vinte por cento);

9.18.3. Não incidirão coparticipações nas coberturas ambulatoriais para as quais a regulamentação da ANS expressamente vedar essa incidência.

9.18.4. Não Será cobrada coparticipação/franquia, quando da internação do Beneficiário.

9.18.5. A coparticipação será apurada de acordo com os valores dos serviços praticados pela Contratada junto à rede de prestadores, disponível na sede da CONTRATADA, para consulta e cópia.

9.18.6. Serão de responsabilidade do CONTRATANTE os valores de coparticipações referentes à utilização de procedimentos realizados em período no qual o Beneficiário estava inscrito, independente da época da cobrança, ou seja, o CONTRATANTE obriga-se a arcar com tais valores, ainda que o desligamento desse Beneficiário já tenha ocorrido.

9.18.7. A participação no custo dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento.

CLÁUSULA DÉCIMA: FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1. O Plano contratado será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

10.2. Em virtude dos serviços previstos neste instrumento, o CONTRATANTE deverá pagar à CONTRATADA, uma contraprestação pecuniária mensal (mensalidade) para cada Beneficiário inscrito, definidas em função do número de Beneficiários inscritos e das faixas etárias em que se enquadrarem, bem como por valores de coparticipação quando da utilização dos procedimentos.

10.3. Para cobrança do valor de mensalidade e eventuais valores de coparticipação, a CONTRATADA enviará, ao CONTRATANTE, fatura única de cobrança, que deverá ser quitada até o XXº (XXXX) dia do mês, sendo essa a respectiva data de vencimento da obrigação, facultando-se à CONTRATADA, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente aos serviços contratados.

10.4. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o

306

pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela CONTRATADA.

10.5. As faturas emitidas pela CONTRATADA terão por base o número de Beneficiários informado pelo CONTRATANTE. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de Beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis no período, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

10.6. A CONTRATADA poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

10.7. No caso do aposentado e do empregado demitido, que optarem pela manutenção do Plano, nos termos deste Contrato, será remetido boleto único de cobrança ao Titular, com o vencimento no mesmo dia para a quitação das faturas, conforme previsto nesta Cláusula, contendo os valores de sua responsabilidade.

10.8. Se o CONTRATANTE, bem como o aposentado e o empregado demitido, não receberem documento que os possibilitem realizar o pagamento de sua obrigação, em até 05 (cinco) dias antes da data do vencimento, deverão requerer segunda via junto à CONTRATADA, que enviará nova cobrança.

10.9. A perda, extravio ou não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o CONTRATANTE, bem como o aposentado e o demitido de efetuarem o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

10.10. O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

10.11. O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Contrato.

10.12. O pagamento dos valores devidos à CONTRATADA referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

10.13. No ato da assinatura deste Contrato, o CONTRATANTE não pagará à CONTRATADA nenhuma taxa de implantação, por beneficiário inscrito.

10.14. Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de responsabilidade do CONTRATANTE, bem como do aposentado e o servidor demitido, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, e inscrição nos cadastros restritivos de créditos, conforme o caso.

10.15. A CONTRATADA se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.

10.16. Do pagamento do Beneficiário

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
307

10.16.1 Salvo quanto aos Beneficiários aposentados, exonerados e demitidos, o CONTRATANTE é responsável pelo pagamento diretamente à CONTRATADA, o que não exime o Beneficiário de arcar com as parcelas de sua responsabilidade perante o CONTRATANTE.

10.16.2 Em atenção ao disposto no §1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para a determinação do custo do beneficiário:

a) Do valor estabelecido na tabela de custo em faixa etária, não será financiado pela CONTRATANTE e sim pelos beneficiários ativos e inscritos;

b) Os valores de mensalidade a serem assumidos pelos beneficiários titulares ex-servidores demitidos/exonerados sem justa causa ou aposentado, serão os previstos na tabela de custo por faixa etária, estabelecida neste instrumento;

c) Não haverá financiamento da contratante para as mensalidades dos beneficiários titulares ex-servidores demitidos/exonerados sem justa causa ou aposentados.

10.16.2 O CONTRATANTE e o Beneficiário deverão acordar a data de pagamento de suas contribuições, sendo que o atraso no pagamento ensejará o direito do CONTRATANTE solicitar à CONTRATADA a suspensão de cobertura e/ou exclusão do Beneficiário inadimplente e dos dependentes a ele vinculado.

10.16.3 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos pelo Beneficiário ao CONTRATANTE, ensejará o direito desta de exigir, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, conforme o caso.

10.16.4 Após a quitação do débito do Beneficiário excluído por inadimplência, poderá o CONTRATANTE solicitar a sua reinclusão. Caso a nova admissão ocorra em prazo superior a 30 (trinta) dias de sua exclusão, deverá cumprir novos prazos de carência, nos termos estabelecidos neste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: REAJUSTE

11.1. O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual.

11.2 Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

11.3 A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

11.4 As demais obrigações financeiras previstas neste instrumento (tais como taxa de inscrição, segunda via do Cartão de Identificação e coparticipações, em valor ou percentual), serão reajustadas no mesmo momento da mensalidade, através de livre negociação entre as partes. Na falta de acordo entre as partes, serão reajustadas utilizando-se o mesmo índice de reajuste da mensalidade.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
308

11.5 Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

11.6 Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.

11.7 Conforme o número de beneficiários vinculados ao presente Contrato, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes da carteira de beneficiários vinculada a este instrumento ou o agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais e coletivos por adesão vinculados a esta operadora com menos de 30 beneficiários, hipótese que poderá ser desmembrado em sub-agrupamentos, observada a legislação a esse respeito.

11.8 A primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a de assinatura deste instrumento e as datas seguintes considerarão o número de beneficiários apurado no mês de seu aniversário.

11.9 Do índice de reajuste para contratos não agrupados

11.9.1 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste obtido através da seguinte fórmula:

Reajuste = (1 + Máximo(0;RT)) x (1 + RF) – 1

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do IPCA, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, e com retroatividade de 2 meses do aniversário deste Contrato, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

RT = S/Sm – 1

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição deste Contrato), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de 75%

11.9.2 Excepcionalmente, poderá a administração da CONTRATADA, optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de negociação com o CONTRATANTE.

11.9.3 As partes poderão, de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula supracitada, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
309

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: FAIXA ETÁRIA

12.1 As mensalidades foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

FAIXA ETÁRIA		MENSALIDADE	Percentual de Reajuste
	0-18	69,17	----------
	19-23	89,93	30,00%
	24-28	99,82	11,00%
	29-33	112,80	13,00%
	34-38	126,33	12,00%
	39-43	142,75	13,00%
	44-48	169,87	19,00%
	49-53	236,12	39,00%
	54-58	304,60	29,00%
10	>59	414,26	36,00%

12.2 Para exercício do direito de manutenção previsto neste instrumento, os valores de mensalidade a serem assumidos pelos Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, serão os valores previstos na tabela de custo por faixa etária, nos termos da regulamentação.

12.3 Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

12.4 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

12.6 Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

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

c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

12.7 Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao Beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual previsto neste Contrato, conforme normas e índices determinados pelo órgão oficial competente, seja a ANS ou outro que vier a substituí-la, ou ainda pelo índice estabelecido neste Contrato.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
310

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

13.1 DA EXONERAÇÃO OU RESCISÃO DO CONTRATO ADMINISTRATIVO

13.1.1 O CONTRATANTE assegura ao Beneficiário Titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo estatutário ou relação jurídico-administrativa, no caso de exoneração ou rescisão do contrato administrativo, o direito de manter sua condição de Beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 30 da Lei nº 9.656/1998).

13.1.1.1 O exonerado ou rescisão do contrato administrativo deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato administrativo / posse.

13.1.1.2 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 seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

13.2 DO APOSENTADO

13.2.1 O CONTRATANTE assegura ao Beneficiário Titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo estatutário ou relação jurídico-administrativa, pelo prazo mínimo de dez anos, 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 (artigo 31 da Lei nº 9.656/1998).

13.2.1.1 O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato administratico / posse, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

13.2.1.2 Na hipótese de contribuição pelo então servidor, 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.

13.2.1.3 Na hipótese do servidor que se aposentar continuar trabalhando no CONTRATANTE, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como beneficiário na condição de aposentado.

13.2.1.4 Em caso de óbito do servidor aposentado, que continuou trabalhando no CONTRATANTE, antes do exercício do direito previsto nesta Cláusula, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o servidor aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

13.3 DAS DISPOSIÇÕES COMUNS

311

13.3.1 O Plano tratado neste Contrato destina-se a categoria de Beneficiários ativos e ex-servidores exonerados sem justa causa ou aposentados, pelo que o direito previsto nesta Cláusula garantirá a manutenção do ex-servidor neste mesmo Plano.

13.3.2 O direito garantido nesta cláusula será assegurado ainda que o Beneficiário não esteja contribuindo para o Plano no momento da exoneração ou aposentadoria, desde que em algum momento tenha contribuído para o Plano. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o Plano.

13.3.3 A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta Cláusula, poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito quando da vigência do vínculo, a critério do próprio titular.

13.3.3.1 O ex-servidor exonerado ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

13.3.4 Em caso de óbito do servidor exonerado ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o ex-servidor, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

13.3.5 As garantias previstas nesta cláusula não excluem vantagens obtidas pelos servidores decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

13.3.6 A admissão do beneficiário em novo emprego é causa de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula, cabendo ao ex-servidor comunicar esse fato imediatamente à CONTRATADA ou ao CONTRATANTE, para a promoção de sua exclusão e de seu grupo familiar vinculado, sob pena de fraude.

13.3.6.1 Também são causas de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula:

a) O decurso dos prazos de manutenção previstos nesta cláusula;

b) O cancelamento pela CONTRATANTE do benefício do plano concedido aos seus servidores ativos e ex-servidores exonerados ou aposentados.

13.3.7 É assegurado ao ex-servidor exonerado ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, nos termos previstos na regulamentação vigente.

13.3.7.1 Além da portabilidade mencionada durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, deve-se observar ainda as demais possibilidades de portabilidade contempladas na legislação de saúde suplementar em vigor, como nos casos de óbito do titular e da perda da elegibilidade dos dependentes.

13.3.8 O titular que não contribuir para o plano, durante o período que mantiver o vínculo estatutário ou relação jurídico-administrativa, não terá direito à permanência de que trata essa cláusula, após a perda do vínculo.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
312

13.3.8.1 Nos planos coletivos custeados integralmente pelo CONTRATANTE, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1 Caberá ao CONTRATANTE solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

a) solicitação de exclusão feita pelo próprio beneficiário;

b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;

c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;

d) inadimplência do Beneficiário, ressalvados os casos de demitidos e aposentados, quando a exclusão por inadimplência caberá à CONTRATADA;

e) situações decorrentes das políticas internas do CONTRATANTE.

14.1.1 Na hipótese da alínea "a" deste item, é garantido ao beneficiário o direito de solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, observada a forma e requisitos previstos na regulamentação em vigor.

14.2 Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do Plano tratado neste instrumento, o CONTRATANTE deverá obrigatória e expressamente informar à CONTRATADA:

a) se o Beneficiário foi excluído por exoneração ou aposentadoria;

b) se o Beneficiário exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da RN279/11, ou seja, se é o caso de servidor aposentado que continuou trabalhando no CONTRATANTE após a aposentadoria;

c) se o Beneficiário contribuía para o pagamento do Plano tratado neste instrumento;

d) por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento; e,

e) se o ex-servidor optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

14.3 Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares deste Plano, mediante comprovação inequívoca de que o Beneficiário Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, bem como mediante a disponibilização das informações previstas no item anterior (quando aplicável).

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
313

14.4 A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência do CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

a) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;

b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;

c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;

d) quando o beneficiário solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, nos termos do item 14.1.1.

14.5 O Beneficiário exonerado ou aposentado, mantido no Plano na forma e prazo previstos neste Contrato, poderá ser suspenso ou excluído do Plano, em caso de inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular, que se dará até o 50° (quinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de se requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

14.6 Após o 60º (sexagésimo) dia de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, a CONTRATADA poderá notificar o Beneficiário mantido no Plano, a qualquer tempo, desde que obedeça a um intervalo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a data da rescisão.

14.7 A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto nos casos expressamente previstos neste Instrumento.

14.8 O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Contrato, não exime o Beneficiário de quitar eventuais débitos com o Plano, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

14.9 O Beneficiário Dependente que for excluído do presente Contrato poderá firmar Contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias, contados da data de exclusão neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas, exceto na hipótese de exclusão do dependente por inadimplência ou fraude comprovada, quando deverá quitar os débitos existentes e cumprir novos períodos de carência. Essa faculdade somente será admitida quando a CONTRATADA possuir planos Individuais/Familiares ativos para comercialização vigente na época da solicitação.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: RESCISÃO/SUSPENSÃO

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
314

15.1 Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato poderá ser rescindido, de acordo com o disposto na Lei nº 9.656/1998, sem que caiba direito a qualquer indenização ao CONTRATANTE, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:

a) Em caso de inadimplência do CONTRATANTE por período superior a 20 (vinte) dias, a CONTRATADA enviará notificação, mediante ferramentas de comunicação admitidas pela Diretoria de Fiscalização (DIFIS) da Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS) concedendo prazo para regularização do débito e comprovação dessa regularização perante à CONTRATADA. Caso não seja comprovado perante a CONTRATADA a regularização do débito dentro do prazo estabelecido na notificação, o contrato restará rescindido de pleno direito, sem prejuízo do direito da CONTRATADA de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;

b) Compreende-se como Ferramentas de Comunicação Admitidas pela Diretoria de Fiscalização (DIFIS) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): O Correio Eletrônico (e-mail) destinado ao endereço do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora, desde que possua certificado digital ou confirmação de leitura; Correio Postal com solicitação escrita a ser encaminhada ao endereço do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora; Aplicativos que permitem a troca de mensagem criptografada, bem como a confirmação de recebimento e leitura pelo destinatário (WhatsApp, Messenger e Afins); Ligações gravadas que possuam confirmação de dados pelo interlocutor, via número de telefone do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora; Torpedos SMS com aviso de leitura pelo destinatário, via número de telefone do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora.

c) Caso seja verificada a ilegitimidade do CONTRATANTE (inclusive pela não apresentação da documentação exigida na forma da Cláusula de Condições de Admissão deste instrumento), a CONTRATADA enviará notificação, com prazo de 60 (sessenta) dias, para que o CONTRATANTE comprove a regularidade do seu registro nos órgãos competentes, sob pena do contrato restar rescindido de pleno direito.

d) Na hipótese em que a CONTRATANTE exclua beneficiários, fazendo com que o contrato abranja um número inferior a 3 (três) vidas por um período superior a 60 (sessenta) dias, descaracterizando o Plano Empresa, este será rescindido.

15.2 Independente do direito de notificar quanto à rescisão do Contrato após 20 (vinte) dias de inadimplência, a CONTRATADA poderá ainda suspender os atendimentos após 10 (dez) dias sucessivos de falta de pagamento, independente de notificação prévia.

15.3 É facultado ao CONTRATANTE denunciar o Contrato a qualquer tempo, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à CONTRATADA.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
315

15.4 É facultado à CONTRATADA rescindir motivada ou imotivadamente este contrato no mês de seu aniversário, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida ao CONTRATANTE, indicando as razões da rescisão.

15.5 Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pelo CONTRATANTE para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

15.6 Não será admitida a inclusão ou exclusão de Beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

15.7 A CONTRATADA reserva-se ao direito de cobrar do CONTRATANTE, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e a seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da CONTRATADA.

15.8 Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão, havendo beneficiários em período de internação, compromete-se o CONTRATANTE a arcar integralmente com as respectivas despesas, até que ocorra a alta hospitalar do beneficiário inscrito neste contrato.

15.09 É responsabilidade do CONTRATANTE comunicar, com antecedência, aos beneficiários inscritos no plano a rescisão deste contrato.

15.10 Nos termos da Resolução nº 19/1999, do Consu, no caso de cancelamento do benefício assegurado neste contrato pelo CONTRATANTE, é assegurado ao beneficiário inscrever-se em plano individual/familiar oferecido pela CONTRATADA, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que a CONTRATADA possua plano individual/familiar à época, observando-se que:

a) Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do Beneficiário no plano coletivo cancelado;

b) Deverá o Beneficiário solicitar à CONTRATADA a lista de planos de saúde individuais/familiares disponíveis e a respectiva tabela de preços para fazer jus ao disposto neste item;

c) Os Beneficiários deverão fazer opção pelo produto individual/familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício;

d) É responsabilidade do empregador informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item antecedente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1 Para os efeitos deste Contrato, são adotadas as seguintes definições:

a) ACIDENTE PESSOAL: evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes

316

de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;

b) AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;

c) AGRAVO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o Beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a CONTRATADA e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravo;

d) ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO: área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados;

e) ATENDIMENTO AMBULATORIAL: compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;

f) ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;

g) CARÊNCIA: prazo ininterrupto, contado a partir data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;

h) CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;

i) COBERTURA: garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;

j) COMPANHEIRO: pessoa que vive em união estável com outrem, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;

k) COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;

l) CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
317

m) EXAMES COMPLEMENTARES SIMPLES: são considerados exames simples de diagnóstico e terapia: análises clínicas, à exceção de genética e alta complexidade, anatomia patológica/cito-patologia, eletrocardiograma e raios-x, à exceção dos contrastados;

n) HOSPITAL DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;

o) INTERNAÇÃO HOSPITALAR: situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;

p) MÉDICO ASSISTENTE: médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente.

16.2 Por convenção, adotou-se neste Contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

16.3 A CONTRATADA fornecerá aos Beneficiários o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Beneficiários.

16.4 É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do Beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente instrumento. Nos casos em que os cartões não foram devolvidos, na forma acima, deverá o Beneficiário Titular assinar Termo próprio se responsabilizando por eventual má utilização dos serviços.

16.5 Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do Contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários.

16.6 O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer Beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.

16.7 Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o Beneficiário Titular deverá comunicar o fato à CONTRATADA, por escrito, acompanhada de declaração de perda ou de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela CONTRATADA.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
318

16.8 As segundas vias do Cartão de Identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, conforme valor de Taxa de Inscrição vigente à época.

16.9 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.

16.10 Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre os Contratantes.

16.11 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

16.12 O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

16.13 Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

16.14 A CONTRATADA não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de serviços não cobertos por este Contrato entre o Beneficiário Titular e/ou seus dependentes e os médicos-assistentes credenciados e/ou não credenciados pela CONTRATADA.

16.15 Faz parte do Contrato quaisquer documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: Proposta de Adesão, Declaração de Saúde, quando for o caso, Tabela de Reembolso e o Guia de Leitura Contratual.

CLAÚSULA DÉCIMA SÉTIMA: FISCALIZAÇÃO

17.1. A fiscalização da execução do objeto será efetuada por Comissão/Representante designado pelo Secretário Municipal de Governo, na forma estabelecida no Projeto Básico, anexo do Edital.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA: DO FORO

18.1. As partes elegem o foro do município de Ponte Nova para dirimir as questões resultantes do presente contrato renunciando a qualquer outro.

Por se acharem justos e acordados, firmam o presente instrumento em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para um só efeito legal.

Ponte Nova, ... de ..... de .....

Prefeito

Representante Legal da Contratada

orientação do Parecer Jurídico, por meio da técnica de fundamentação *per relationem,* a Administração decide pelo não provimento ao recurso da empresa Produto Digital LTDA. Fazendo isso procede à adjudicação e homologação do Processo Licitatório 129/2022 – Pregão Eletrônico 089/2022 à empresa Aprova Digital S A. Publique-se.

SANDRA HELENA DE CARVALHO LANA
(Pregoeira).

Publicado por:
Sandra Helena de Carvalho Lana
Código Identificador:FF114D7A

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
RETIFICAÇÃO DE EDITAL - PROCESSO Nº 123/2022 – INEXIGIBILIDADE Nº 010/2022

A Prefeitura Municipal de Ponte Nova, juntamente com a Pregoeiro e a Equipe de Apoio, vem por meio desta "RETIFICAR" o Edital do Processo Licitatório Nº 123/2022 – Inexigibilidade Nº 010/2022 cujo objeto é o credenciamento de empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. A referida retificação altera o Edital para que seja excluído o texto "*sendo que os procedimentos em urgência e emergência terão cobertura em todo o território nacional*" que consta nas páginas 02, 04 e 24 do edital e estará disponível no site da Prefeitura no endereço www.pontenova.mg.gov.br, não obstante, serão avisados todos os possíveis participantes que enviaram o recibo de retirada de edital. Publique-se, afixe-se no Saguão para atendimento legal.

Sandra Helena de Carvalho Lana
(Presidente da Comissão de Licitação).

Publicado por:
Sandra Helena de Carvalho Lana
Código Identificador:B0632E95

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
DECRETO 12.798 TORNA SEM EFEITO ATO DE NOMEAÇÃO

DECRETO Nº 12.798/2022

Torna sem efeito o ato de nomeação e de posse de aprovados no Concurso Público 01/2019 para provimento do quadro de funcionários da Prefeitura Municipal.

O Prefeito Municipal de Ponte Nova, no uso de suas atribuições legais, notadamente artigo 18 da Lei 1.522/90, e considerando,

Que os candidatos relacionados abaixo foram nomeados regularmente para os cargos nos quais foram aprovados no Concurso Público 01/2019, realizado pelo Município de Ponte Nova,

Considerando que no ato da nomeação os candidatos ficaram cientes do prazo de 30 (trinta) dias para tomar posse no respectivo cargo;

Considerando que a posse implica a aceitação, pelos servidores, da respectiva nomeação e do compromisso de bem desempenhar as funções;

Considerando que apesar de convocados formalmente, os candidatos relacionados no art. 1º deste Decreto não compareceram à Prefeitura Municipal até a presente data para a respectiva posse e exercício do cargo nem encaminhou pedido de desistência,
RESOLVE:
Art. 1º Ficam sem efeito os termos de nomeação dos seguintes concursados mediante o Decreto relacionado abaixo:

I - Decreto de nomeação de nº 12.744/2022:
1 –Júlio Henrique do Carmo Freitas – Auxiliar Administrativo I;
2 – Amanda de Souza Albuquerque – Auxiliar Administrativo I;
3 – Nathalia Barbosa de Melo –Engenheiro Civil;

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.
Art. 3º Revogam-se as disposições contrárias.

Ponte Nova, 12 de dezembro de 2022.

WAGNER MOL GUIMARÃES
Prefeito Municipal

FERNANDO ANTÔNIO DE ANDRADE
Secretário Municipal de Recursos Humanos

Publicado por:
Patricia Porto Nogueira
Código Identificador:1B092DE2

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRADOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRADOS
EXTRATO DE PUBLICAÇÃO

ATA COMPLEMENTAR

Às 10:00 horas do dia 12/12/2022, no endereço Rua José Silva Filho, n.º 11, reuniram-se a pregoeira: Giordana do Nascimento Silva, e a respectiva equipe de apoio, designados pelo ato de nomeação (Portaria: 9046 de 17/10/2022), para deliberação a respeito do questionamento da licitante DISTRIBUIDORA DE PNEUS RIO POMBA LTDA, referente ao processo Licitatório n.º 073/2022 Pregão Presencial RP n.º 028/2022. Aduziu a empresa que o valor final do item 42 está equivocado na Ata da Sessão que foi publicada no site oficial do município no dia 13/09/2022, e no Termo de Adjudicação e Homologação publicado no dia 29/11/2022. Diz ainda a empresa que tal erro pode ser comprovado pela discrepância contida na página 59 da Ata da Sessão, onde consta que na rodada n.º 3, o lance da empresa foi de R$ 1.650,00, às 14:43 horas, enquanto logo a seguir na rodada n.º 4, às 14:43 horas, a empresa concorrente declinou de seu lance, e, já o lance da empresa vencedora está com o valor de R$ 120,00 realizado às 15:44 horas. Alega a empresa que o ocorrido é impossível, pois os lances foram dados com diferença de segundos e não de horas como consta, pois, como se vê a continuidade do certame e o lance do item seguinte foi iniciado às 14:44 horas. Questionada a empresa via contato telefônico, por não ter levantado este questionamento no momento da assinatura da ata da sessão, o representante da mesma informou que não se atentou ao ocorrido no momento. Sendo assim, a pregoeira solicitou ao servidor Bruno Ludgero da Mata e Sousa a realização de contato com a empresa responsável pelo sistema que dá suporte às sessões de pregão e lançamentos do SICON, e o atendente alegou ter ocorrido algum problema técnico e que o mesmo seria sanado para não mais ocorrer, mas, porém, as alterações para este certame já concluído, deverão serem feitas manualmente por servidor. Portanto, fica o servidor Bruno Ludgero da Mata e Sousa, autorizado a alterar manualmente o valor do item 42, do certame acima citado, para o valor de R$ 1.650,00 (um mil seiscentos e cinquenta reais), devendo ser realizada a retificação do Termo de Adjudicação e Homologação com a correspondente alteração, e assim, publicado nos meios de publicação oficiais do município. Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão, cuja ata vai assinada pela Pregoeira, pelos membros da Equipe de Apoio e pelo servidor Bruno Ludgero da Mata e Sousa.

GIORDANA DO NASCIMENTO SILVA
CPF:057.564.926-74
Pregoeira

MARIA DO LIVRAMENTO MELO DINALE
CPF:571.450.836-04
Equipe

MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA
CPF:675.202.946-68
Equipe

PREFEITURA DE PONTE NOVA

320

Licitação

Confira abaixo as informações referentes à licitação selecionada.
Informação disponibilizada conforme Art. 8º, §1º Inciso IV, da Lei 12.527/11 e Art. 7º, Inciso I, alínea "e", do Decreto nº 7.185/10.

Número da licitação: 10/2022

Número do processo administrativo: 123

Modalidade da licitação: Inexigibilidade

Fundamentação legal: Artigo 25 Lei 8666/1993

Objeto: CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS OPERADORAS DE PLANO DE SDAÚDE MÉDICO HOSPITALAR ESPECIALIZADA PARA FORNECIMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, DEVIDAMENTE AUTORIZADAS PELA AGÊNCIA NACIONAL NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR ANS

Unidade solicitante: Prefeitura Municipal de Ponte Nova

Data de publicação: 03/08/2022

Data limite: 08/08/2022

Data de abertura: 08/08/2022

Horário de abertura: 12:00

Status: Em andamento

Arquivos para download

Realize o login para receber em seu e-mail todas as notificações pertinentes a este processo. É possível efetuar o download dos arquivos abaixo sem a necessidade do login, porém você não receberá as atualizações deste processo.

Clique aqui para fazer login. Caso ainda não possua cadastro, **cadastre-se aqui.**

Editais | Avisos/Erratas | Resultado | Esclarecimento | Contratos | Atas | Homologação

Outros documentos do processo

EDITAL DE CREDENCIAMENTO PRC 123/2022 INEXIGIBILIDADE 010/2022
371kb

Data da publicação: 03/08/2022

EDITAL DE CREDENCIAMENTO RETIFICADO PRC 123A/2022 INEXIGIBILIDADE 010A/2022
368kb

Data da publicação: 31/08/2022

EDITAL DE CREDENCIAMENTO RETIFICADO PRC 123B/2022 INEXIGIBILIDADE 010B/2022
887kb

A referida retificação altera o Edital, ficando permitido o credenciamento do dia 28/11/2022 a 30/12/2023

Data da publicação: 22/11/2022

EDITAL DE CREDENCIAMENTO RETIFICADO PRC 123C/2022 INEXIGIBILIDADE 010C/2022
887kb

A referida retificação altera o Edital para que seja excluído o texto ?sendo que os procedimentos em urgência e emergência terão cobertura em todo o território nacional? que consta nas páginas 02, 04 e 24 do edital

Data da publicação: 13/12/2022

Gerenciar cookies

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
ESTADO DE MINAS GERAIS

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
321
PMPN

JUSTIFICATIVA DE RETIFICAÇÃO DE EDITAL
PROCESSO LICITATÓRIO 123/2022 – INEXIGIBILIDADE 010/2022

Objeto: Contratação através de credenciamento de empresas operadoras de plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Venho através desta solicitar retificação do edital de credenciamento do Processo Licitatório 123/2022, uma vez que foi verificada a existência de informações conflitantes nos subitens 6.1 e 7.2, os quais passarão a ter a seguinte redação:

6.1. (...)

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
Consulta	*50%*
Exames / Terapias / Demais atendimentos ambulatoriais	*20%*
Franquia Internação Enfermaria	*R$ 00,00*

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

Ponte Nova, 14 de dezembro de 2022.

Bruno Oliveira do Carmo
Assessor Municipal Executivo do Gabinete

Alteração da data de realização da Prova Prática no Item 6.3., que passa a vigorar com a seguinte redação:

"6.3. A prova prática será realizada no dia **24/12/2022**, a partir das 08h:00, na Secretaria
Municipal de Obras, Avenida Getúlio Vargas, 828, Bairro Triângulo, CEP: 35430-144,
Ponte Nova, Minas Gerais."

Ponte Nova, 13 de dezembro de 2022

LUIZ HENRIQUE DA SILVA BORGES
Secretário Municipal de Obras

Publicado por:
Renatha Souza Toledo
Código Identificador:2F77AEBF

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
EXTRATO DE 4ª PRORROGAÇÃO DE CONTRATO Nº 166/2021. PROCESSO LICITATÓRIO Nº 195/2021 - DISPENSA Nº 031/2021

Contrato nº 166/2021. Processo Licitatório Nº 195/2021 - Dispensa Nº 031/2021. Objeto: prorrogação do contrato para execução pela CONTRATADA, de internação compulsória em Clínica especializada para tratamento de desintoxicação e recuperação de toxicômanos em favor de Claudimar Júnio Teixeira, conforme determinação judicial processo nº 0090798-37.2015.8.13.0521, pelo período de 01 (um) mês, passando a vigorar até 29/11/2022 (vinte e nove de novembro de dois mil e vinte dois). Contratada: CLINICA NEURO-PSIQUIATRICA DE ALFENAS EIRELI, CNPJ sob Nº 18.901.645/0001-60.

Publique-se.

WAGNER MOL GUIMARÃES
(Prefeito).

Publicado por:
Sandra Helena de Carvalho Lana
Código Identificador:AD19592D

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
EXTRATO DE 7ª PRORROGAÇÃO DE CONTRATO Nº 121/2020. PROCESSO LICITATÓRIO Nº 084/2020 - DISPENSA Nº 020/2020

Contrato nº 121/2020. Processo Licitatório Nº 084/2020 - Dispensa Nº 020/2020. Objeto: prorrogação do contrato para execução pela CONTRATADA, de internação compulsória em Clínica especializada para tratamento de desintoxicação e recuperação de toxicômanos em favor de Nilton César Garcia, conforme determinação judicial processo nº 5003406-32.20198.13.0521, pelo período de 01 (um mês), passando a vigorar até 01/11/2022 (um de novembro de dois mil e vinte e dois). Contratada: CLINICA NEURO-PSIQUIATRICA DE ALFENAS EIRELI, CNPJ sob Nº 18.901.645/0001-60.

Publique-se.

WAGNER MOL GUIMARÃES
(Prefeito).

Publicado por:
Sandra Helena de Carvalho Lana
Código Identificador:FA03F0B4

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
EXTRATO DE EDITAL DE CONVOCAÇÃO - 57ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CODEMA – 20/12/2022

PAUTA: **1. Abertura da sessão, leitura, discussão. 2. Leitura do expediente e das comunicações da ordem do dia. 2.1 -** Aprovação da Ata da 56ª Reunião Ordinária CODEMA, ocorrida em 18/10/2022; **2.2** – Aprovação do Cronograma das Reuniões Ordinárias em 2023; **2.3 -** Prestação de Contas do Fundo Municipal de Meio Ambiente (2022); **2.4** – Proposta de Utilização do Fundo Municipal de Meio Ambiente para o ano de 2023; **2.5 - Parecer Único SEMAM n. 54/2022**, referente ao Processo Administrativo n. 311/2022 – **Primavera Empreendimentos LTDA (Intervenção em APP); 2.6 – Parecer Único SEMAM n. 55/2022**, referente ao Processo Administrativo n. 316/2022 – **FBC Administração de Imóveis LTDA (Intervenção em APP). 3**. Palavra livre. **4.** Encerramento.

Ponte Nova, 10 de outubro de 2022.

MARINA ROSA GODOI
Secretária Municipal de Meio Ambiente

Publicado por:
Lorena Alves Costa Ferreira
Código Identificador:0F8FFCB3

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
RATIFICAÇÃO. PROCESSO Nº 201/2022 DISPENSA Nº 031/2022

Verificados todos os pressupostos legais e formais, Ratifica, com fulcro no artigo 24 inciso XVII da Lei Federal 8.666/93, o Processo Nº 201/2022 – Dispensa Nº 031/2022, da referida lei, cujo objeto é Contratação de serviços para Revisão Programada de manutenção preventiva e corretiva do Caminhão Compactador Iveco placa RMW-9F52, que atende a SEMAM, sendo contratada DEVA VEÍCULOS LTDA, inscrita no CNPJ sob Nº: 23.762.552/0003-02, no valor global de R$ 2937,19 (dois mil, novecentos e trinta e sete reais e dezenove centavos).

Publique-se.

WAGNER MOL GUIMARÃES
(Prefeito Municipal).

Publicado por:
Sandra Helena de Carvalho Lana
Código Identificador:FD153E59

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
RESULTADO DE LICITAÇÃO. PROCESSO Nº 185/2022 – PREGÃO ELETRÔNICO Nº 130/2022

A Prefeitura Municipal de Ponte Nova torna público para o conhecimento de quantos possam interessar que está publicando o resultado da Licitação referente ao Processo Nº 185/2022 - Pregão Eletrônico Nº 130/2022, cujo objeto é o registro de preços para futura e eventual locação de gerador de energia para atender a diversos eventos. A referida Licitação foi declarada frustrada conforme Ata anexa ao Processo Licitatório.

Publique-se.

WAGNER MOL GUIMARÃES.
(Prefeito Municipal).

Publicado por:
Sandra Helena de Carvalho Lana
Código Identificador:CE627825

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
RETIFICAÇÃO - PROCESSO Nº 123/2022 – INEXIGIBILIDADE Nº 010/2022

A Prefeitura Municipal de Ponte Nova, juntamente com a Pregoeiro e a Equipe de Apoio, vem por meio desta "RETIFICAR" o Edital do Processo Licitatório Nº 123/2022 – Inexigibilidade Nº 010/2022 cujo objeto é o credenciamento de empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. A referida retificação altera o Edital os itens 6.1. e 7.2. do edital e estará disponível no site da Prefeitura no endereço www.pontenova.mg.gov.br, não obstante, serão avisados todos os possíveis participantes que enviaram o recibo de retirada de edital. Publique-se, afixe-se no Saguão para atendimento legal.

PREFEITURA DE PONTE NOVA



Licitação

Confira abaixo as informações referentes à licitação selecionada.
Informação disponibilizada conforme Art. 8°, §1° Inciso IV, da Lei 12.527/11 e Art. 7°, Inciso I, alínea "e", do Decreto n° 7.185/10.

Número da licitação: 10/2022

Número do processo administrativo: 123

Modalidade da licitação: Inexigibilidade

Fundamentação legal: Artigo 25 Lei 8666/1993

Objeto: CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS OPERADORAS DE PLANO DE SDAÚDE MÉDICO HOSPITALAR ESPECIALIZADA PARA FORNECIMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, DEVIDAMENTE AUTORIZADAS PELA AGÊNCIA NACIONAL NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR ANS

Unidade solicitante: Prefeitura Municipal de Ponte Nova

Data de publicação: 03/08/2022

Data limite: 08/08/2022

Data de abertura: 08/08/2022

Horário de abertura: 12:00

Status: Em andamento

Arquivos para download

Realize o login para receber em seu e-mail todas as notificações pertinentes a este processo. É possível efetuar o download dos arquivos abaixo sem a necessidade do login, porém você não receberá as atualizações deste processo.

Clique aqui para fazer login. Caso ainda não possua cadastro, **cadastre-se aqui.**

Editais | Avisos/Erratas | Resultado | Esclarecimento | Contratos | Atas | Homologação

Outros documentos do processo

Aviso de Suspensão
6kb

Data da publicação: 18/10/2022

Retificação de Edital
104kb

A referida retificação altera o Edital, ficando permitido o credenciamento do dia 28/11/2022 a 30/12/2023

Data da publicação: 22/11/2022

Retificação de Edital
104kb

A referida retificação altera o Edital para que seja excluído o texto ?sendo que os procedimentos em urgência e emergência terão cobertura em todo o território nacional? que consta nas páginas 02, 04 e 24 do edital

Data da publicação: 13/12/2022

Retificação de Edital
104kb

A referida retificação altera o Edital os itens 6.1. e 7.2. do edital

Data da publicação: 15/12/2022

Gerenciar cookies

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
324
PM - PONTE NOVA

CHAMADA PÚBLICA Nº 002/2022

EDITAL DE CREDENCIAMENTO
PROCESSO LICITATÓRIO Nº 123D/2022 - INEXIGIBILIDADE Nº 010D/2022

RECIBO DE RETIRADA DE EDITAL

Razão Social: _____

CNPJ Nº _____

Endereço: _____

E-mail: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____

Pessoa para contato: _____

Recebemos, através do acesso à página **www.pontenova.mg.gov.br** nesta data, copiado instrumento convocatório da licitação acima identificada.

Local: _____, ___ de _____ de 20____.

_____

Assinatura

Senhor Licitante,

Visando comunicação futura entre a Comissão Permanente de Licitações e a licitante, solicito de Vossa Senhoria preencher o recibo de entrega do edital e remeter à Comissão Permanente de Licitações através do e-mail: licitacao@pontenova.mg.gov.br

A não remessa do recibo exime a Comissão Permanente de Licitações da comunicação de eventuais retificações ocorridas no instrumento convocatório, bem como de quaisquer informações adicionais.

Av. Caetano Marinho, 306 - Centro - Ponte Nova/MG - CEP 35430-001 - Telefax: (31) 3819-5454

325

SÍNTESE INFORMATIVA DO EDITAL

EDITAL DE CREDENCIAMENTO
PROCESSO LICITATÓRIO Nº 123/2022 - INEXIGIBILIDADE Nº 010/2022

- **Departamento Solicitante:** Secretaria Municipal de Governo.
- **Protocolo de Envelopes:** A partir do dia **19/12/2022 à 30/12/2023.**
- **Objeto:** Constitui objeto deste Processo Licitatório o **credenciamento de empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura assistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.
- **Documentos Necessários:** Item 6 – Páginas 05 (cinco) a 08 (oito) do Edital.
- **Forma de execução:** conforme Projeto Básico, Anexo I deste Edital.
- **Vigência:** O contrato decorrente da presente licitação terá vigência de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado conforme dispõe o inciso II, do artigo 57 da Lei Federal N° 8.666/93.
- **Informações:** [31] 3819-5454 ramal 207 e 206 no horário de 12hs às 16hs e pelo e-mail licitacao@pontenova.com.br. Ao ligar, favor informar o número do **PROCESSO LICITATÓRIO Nº 123/2022 – INEXIGIBILIDADE Nº 010/2022.**

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
326

CHAMADA PÚBLICA Nº 002/2022

EDITAL DE CREDENCIAMENTO
PROCESSO LICITATÓRIO Nº 123B/2022 - INEXIGIBILIDADE Nº 010B/2022

Torna-se público, para conhecimento dos interessados, que o MUNICÍPIO DE PONTE NOVA, inscrito no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) sob o n° 23.804.149/0001-29, em conformidade com o caput do artigo 25 da Lei Federal 8.666/93, estará recebendo em sua sede a partir do dia **19/12/2022 (dezenove de dezembro de dois mil e vinte e dois),** no horário de 12hs às 16hs, a documentação do **item 6** deste Edital, para credenciamento de **empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, com critérios e condições a seguir especificadas:

1. DAS NORMAS LEGAIS

1.1. O presente Edital rege-se pela Lei Federal Nº 8.666 de 21 de junho de 1993, com suas posteriores alterações, fundamentando-se nos termos do caput do artigo 25, firmado sob o regime de credenciamento.

2. DO EDITAL E SEUS ANEXOS:

2.1. O Edital da presente licitação estará disponível a qualquer interessado, de 12h às 16h, na Divisão de Procedimentos Licitatórios, sede da Prefeitura, à Avenida Caetano Marinho, Nº 306, Centro, Ponte Nova-MG, ou através do link https://www.pontenova.mg.gov.br/licitacoes.

2.2. Constituem anexos do presente **EDITAL**:

ANEXO I – Projeto Básico
ANEXO II – Modelo de Requerimento de Credenciamento;
ANEXO III – Modelo de Proposta de Adesão;
ANEXO IV – Modelo da Declaração de não Contratação de Menor;
ANEXO V – Modelo da Declaração de Atendimento dos Requisitos de Habilitação e Contratação;
ANEXO VI - Modelo de Declaração de Nepotismo;
ANEXO VII – Minuta do Contrato de Prestação de Serviços.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
327

3. DO OBJETO:

3.1. O objeto do presente Edital é o credenciamento de empresas operadoras de Plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura assistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.

4. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO E DO PRAZO:

4.1. Poderão se credenciar todas as pessoas jurídicas que atenderem às exigências constantes neste Edital e seus anexos.

4.2. Fica permitido o credenciamento do dia **19/12/2022 a 30/12/2023,** bastando para tanto comprovar o atendimento a todos os requisitos fixados neste Edital, com a entrega da documentação pertinente, na forma do 6 deste Edital.

4.3. Em situações devidamente justificadas e com prévia publicação em Diário Oficial do Município, o Município poderá suspender o credenciamento de novas empresas.

4.4. Estão impedidos de se credenciar as pessoas jurídicas que tenham sido sujeitos de aplicação da penalidade de suspensão temporária de contratar com o MUNICÍPIO DE PONTE NOVA, pelo prazo da suspensão, ou que tenham sido declaradas inidôneas por qualquer órgão da Administração Pública, pelo prazo da declaração de inidoneidade.

5. DA PROPOSTA:

5.1. A proposta do CREDENCIANTE deverá observar os valores máximos apresentados na tabela abaixo**, sendo permitida a apresentação de preços menores**.

328

PLANO – AMBULATORIAL/ HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA - ENFERMARIA		
FAIXA ETÁRIA		VALOR
1	0-18	69,17
2	19-23	89,93
3	24-28	99,82
4	29-33	112,80
5	34-38	126,33
6	39-43	142,75
7	44-48	169,87
8	49-53	236,12
9	54-58	304,60
10	>59	414,26

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
Consulta	50%
Exames / Terapias / Demais atendimentos ambulatoriais	20%
Franquia Internação Enfermaria	R$ 00,00

6. DA HABILITAÇÃO

6.1. Como condição prévia ao exame da documentação de habilitação do interessado, o Presidente verificará o eventual descumprimento das condições de participação, especialmente quanto à existência de sanção (a suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração de que trata o inciso III do art. 87 da Lei Federal nº 8.666/93, só impedira o licitante de concorrer nesta Licitação, caso tenha sofrido a penalidade diretamente pelo Município de Ponte Nova), que impeça a participação no certame ou a futura contratação, mediante a consulta aos seguintes cadastros[1]:

a) SICAF;

b) Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS, mantido pela Controladoria-Geral da União (http://www.portaldatransparencia.gov.br/);

c) Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça (www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php).

---

[1] ACÓRDÃO Nº 2242/2013 – TCU – Plenário:
"9.3. dar ciência ao Serpro/SP, relativamente aos subitens 2.2.2 e 2.2.4 do edital do Pregão Eletrônico 1.317/2013, de que a sanção prevista no inciso III do art. 87 da Lei 8.666/1993 produz efeitos apenas em relação ao órgão ou entidade sancionador, enquanto a prevista no art. 7º da Lei 10.520/2002 produz efeitos apenas no âmbito interno do ente federativo que a aplicar;"
A consulta aos dois cadastros – CEIS e CNJ –, além do tradicional SICAF, na fase de habilitação, é recomendação do TCU (Acórdão nº 1.793/2011 – Plenário). Trata-se de verificação da própria condição de participação na licitação.
A Consulta Consolidada de Pessoa Jurídica do TCU abrange o cadastro do CNJ, do CEIS, do próprio TCU e o Cadastro Nacional de Empresas Punidas – CNEP do Portal da Transparência.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
329

d) Lista de Inidôneos e o Cadastro Integrado de Condenações por Ilícitos Administrativos - CADICON, mantidos pelo Tribunal de Contas da União - TCU;

6.1.1. Para a consulta de licitantes pessoa jurídica poderá haver a substituição das consultas das alíneas "b", "c" e "d" acima pela Consulta Consolidada de Pessoa Jurídica do TCU (https://certidoes-apf.apps.tcu.gov.br/);

6.1.2. A consulta aos cadastros será realizada em nome da empresa licitante e também de seu sócio majoritário, por força do artigo 12 da Lei n° 8.429, de 1992, que prevê, dentre as sanções impostas ao responsável pela prática de ato de improbidade administrativa, a proibição de contratar com o Poder Público, inclusive por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário.

6.1.2.1. Caso conste na Consulta de Situação do Fornecedor a existência de Ocorrências Impeditivas Indiretas, o gestor diligenciará para verificar se houve fraude por parte das empresas apontadas no Relatório de Ocorrências Impeditivas Indiretas.

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

6.1.2.3. O licitante será convocado para manifestação previamente à sua desclassificação.

6.1.3. Constatada a existência de sanção, o Presidente reputará o licitante inabilitado, por falta de condição de participação.

6.2. **Serão admitidas fotocópias sem autenticação cartorial ou outro órgão competente, desde que os respectivos originais sejam apresentados no ato do Credenciamento.**

6.2.1. Os documentos mencionados no Edital não poderão ser substituídos por qualquer tipo de protocolo.

6.3. A certidão que não declarar o prazo de validade será considerada apenas a que tiver sido emitida no máximo até 90 (noventa) dias antes da data do protocolo do envelope.

6.4. As certidões emitidas através da rede mundial de computadores (internet) serão aceitas para fins desta licitação, sujeitas à verificação da veracidade das informações.

6.5. Não serão aceitos documentos de habilitação com indicação de CNPJ/CPF diferentes, salvo aqueles legalmente permitidos.

6.6. Se o licitante for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz, e se o licitante for a filial, todos os documentos deverão estar em nome da filial, exceto aqueles documentos que, pela própria natureza, comprovadamente, forem emitidos somente em nome da matriz.

6.6.1. Serão aceitos registros de CNPJ de licitante matriz e filial com diferenças de números de documentos pertinentes ao CND (Federal, Estadual e Municipal) e ao CRF/FGTS, quando for comprovada a centralização do recolhimento dessas contribuições.

6.7. A documentação para Habilitação deverá ser protocolada junto à Comissão Permanente de Licitações, **a partir do dia 19/12/2022** no horário de 12hs às 16hs, em envelope lacrado, devidamente identificado, conforme a seguir:

330

PROCESSO N° 123/2022 - INEXIGIBILIDADE N° 010/2022
RAZÃO SOCIAL:
CNPJ:
ENDEREÇO: (Logradouro, número, bairro, cidade, UF, CEP, TEL e EMAIL)

6.8. Os interessados deverão encaminhar, nos termos deste Edital, a documentação relacionada nos itens a seguir, para fins de habilitação:

6.9. **Habilitação jurídica:**

6.9.1. No caso de empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;

6.9.2. Em se tratando de microempreendedor individual – MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio www.portaldoempreendedor.gov.br;

6.9.3. No caso de sociedade empresária ou empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial da respectiva sede, acompanhado de documento comprobatório de seus administradores;

6.9.4. inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz, no caso de ser o participante sucursal, filial ou agência;

6.9.5. No caso de sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de prova da indicação dos seus administradores;

6.9.6. No caso de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País: decreto de autorização;

6.9.7. Os documentos acima deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva;

6.10. **Regularidade fiscal e trabalhista:**

6.10.1. prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas ou no Cadastro de Pessoas Físicas, conforme o caso;

6.10.2. prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02/10/2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.

6.10.3. prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);

6.10.4. prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a justiça do trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;

6.10.5. prova de regularidade com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do licitante.

6.10.6. prova de regularidade com a Fazenda Estadual do domicílio ou sede do licitante, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre

6.10.7. caso o licitante seja considerado isento dos tributos estaduais relacionados ao objeto licitatório, deverá comprovar tal condição mediante declaração da Fazenda Estadual do seu domicílio ou sede, ou outra equivalente, na forma da lei;

6.11. **Qualificação Econômico-Financeira**:

6.11.1. certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica;

6.12. **Qualificação Técnica:**

6.12.1. Certidão de Situação Cadastral de Operadora ou de Administradora de Benefícios emitida pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

6.12.2. Atestado de Capacidade Técnica emitido por entidades públicas ou privadas comprovando que a interessada prestou ou presta serviços compatíveis com o objeto desta licitação.

6.12.3. Declaração de que dispõe de rede credenciada para atender aos beneficiários do município de Ponte Nova (Anexo IV).

6.13. A abertura e julgamento das propostas de adesão ao presente CREDENCIAMENTO ficarão a cargo da Comissão Permanente de Licitação da Prefeitura Municipal de Ponte Nova, a qual competirá:

a) Receber e proceder à abertura dos envelopes contendo a documentação necessária ao CREDENCIAMENTO;

b) Examinar os documentos apresentados em confronto com as exigências deste Edital devendo recusar a participação das interessadas que deixarem de atender às normas e condições aqui fixadas;

c) Proceder à confecção do contrato de Prestação de Serviços.

7. DA SELEÇÂO

7.1. Havendo mais de um credenciado o servidor beneficiário fará opção a qual Plano de saúde deseja aderir.

7.2. O quantitativo devidas estimado poderá ser aumentado ou reduzido, hipótese em que o(s) credenciado(s) será(ão) oportunamente comunicados.

8. DA CELEBRAÇÃO DO CONTRATO

8.1. O interessado habilitado será convocado para assinar o Termo de Contrato no prazo de 05 (cinco) dias, contados da convocação.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
332

8.1.1. O prazo para assinatura do Termo de Contrato poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, quando solicitado pela credenciada durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado e aceito pela CPL.

8.2. O Termo de Contrato será publicado, por extrato no Diário Oficial do Município, como condição indispensável para sua eficácia.

8.3. O credenciado deverá manter durante toda a execução da avença, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas neste Edital;

8.4. Os contratos originados do presente edital serão regidos pela Lei Federal N° 8.666/93 e a Lei Complementar 123/2006, com suas posteriores alterações, juntamente com suas normas e as demais estabelecidas por este Edital.

8.5. O contrato poderá ser rescindido por ato unilateral do **CEDENTE**, devidamente justificado, quando o interesse púbico assim o exigir, sem que caiba direito à indenização, nas hipóteses previstas na Lei Federal 8.666/93 e suas posteriores alterações.

8.6. A inexecução total ou parcial do contrato enseja a sua rescisão, com as conseqüências contratuais e as previstas em lei ou regulamento.

8.7. A CONTRATADA reconhece os direitos da CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista no art. 77 da Lei nº 8.666, de 1993.

9. EXECUÇÃO E CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO DO OBJETO.

9.1. Os critérios de recebimento e aceitação do objeto e de fiscalização estão previstos no Projeto Básico e ficam a cargo da Secretaria Municipal de Governo.

10. DA VIGÊNCIA E DO REAJUSTE

10.1. O Contrato proveniente do presente credenciamento terá vigência de 12 (doze) meses, renováveis até o limite do inciso II do art.57 da Lei 8.666/93.

10.2. Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e o município de Ponte Nova/MG.

11. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

11.1. O pagamento será realizado mediante consignação em folha de pagamento.

11.2. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Município de Ponte Nova/MG a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

12. DOS RECURSOS E IMPUGNAÇÕES:

12.1. Caberá recurso, nos casos de habilitação ou inabilitação, no prazo de 5 (cinco)dias úteis.

333

12.2. Os recursos serão recebidos no mesmo local da entrega da documentação do credenciamento, e serão dirigidos à autoridade máxima do órgão ou entidade contratante por intermédio da Comissão, o qual poderá reconsiderar sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, ou, nesse mesmo prazo, fazê-lo subir, devidamente informado.

12.3. A autoridade superior, após receber o recurso e a informação da Comissão, proferirá, também no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a sua decisão.

12.4. Os recursos e impugnações do edital deverão ser entregues no Setor de Protocolos do Município de Ponte Nova, aos cuidados da Comissão Permanente de Licitação, no horário de 12h as 16h, onde será emitido comprovante de recebimento ou poderá ser enviado através do e-mail licitacao@pontenova.mg.gov.br.

12.5. Para Impugnação do edital ou interposição de recursos, o interessado ou licitante deverá apresentar junto com suas razões, os documentos necessários que identifiquem a empresa (caso não seja sócio ou proprietário, deverá apresentar procuração registrada no cartório), bem como que identifiquem suas alegações.

12.6. O Município de Ponte Nova/MG não se responsabilizará por recursos e impugnações endereçadas via postal ou por outras formas, entregues em locais diversos e, que, por isso, não sejam entregues no prazo legal.

13. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

13.1. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Contrato, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

13.1.1. advertência por escrito;

13.1.2. multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados ao Plano de Saúde, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;

13.2. Suspensão temporária do Termo de Contrato;

13.3. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante à autoridade que aplicou a penalidade;

13.4. As sanções previstas nos subitens 14.1.1 e 14.1.2 poderão ser aplicados concomitantemente com as dos subitens 14.2. e 14.3., facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;

13.5. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no presente Edital, no Termo de Contrato, ou ainda, a prática de atos que

caracterizem má-fé em relação ao Município de Ponte Nova/MG apuradas em processo administrativo.

14. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

14.1. A Prefeitura Municipal de Ponte Nova poderá revogar o presente credenciamento, por interesse público ou anulá-lo por ilegalidade, de ofício ou por provocação sempre em despacho fundamentado, sem que caiba aos candidatos quaisquer indenizações ou reclamações.

14.2. A Comissão Permanente de Licitação poderá, em qualquer fase da licitação, promover diligências, objetivando esclarecer ou complementar as informações que possam instruir e elucidar questões pendentes do processo.

14.3. Os casos omissos e dúvidas com relação ao credenciamento, como também a este **EDITAL**, serão resolvidas pela Comissão Permanente de Licitação.

14.4. O Edital está disponibilizado, na íntegra, no endereço eletrônico https://www.pontenova.mg.gov.br/ e também poderão ser lidos e/ou obtidos no endereço sede do Município de Ponte Nova, sito à Av. Caetano Marinho, nº 306, Bairro Centro, Município de Ponte Nova, Estado de Minas Gerais, CEP: 35.430-001, no Departamento de Licitações, nos dias úteis no horário das 12:00 horas às 16:00 horas, período no qual os autos do processo administrativo permanecerão com vista franqueada aos interessados.

14.5. Ficam os licitantes/contratados obrigados a manterem os endereços físicos e eletrônico (e-mail) atualizados e, ainda, ficam obrigados a informar à Administração, no prazo máximo de 2 (dois) dias, em caso de quaisquer alterações.

14.6. Presumem-se como lidas as mensagens eletrônicas enviadas aos licitantes/contratados, após 5 (cinco) dias úteis do envio, a partir de quando os prazos para manifestações e/ou defesa começarão a correr.

14.7. Integram este Edital, para todos os fins e efeitos, os seguintes anexos:

14.7.1. ANEXO I – Projeto Básico

14.7.2. ANEXO II – Modelo de Requerimento de Credenciamento

14.7.3. ANEXO III – Modelo de Carta Proposta

14.7.4. ANEXO IV – Modelo de Declarações.

14.8. ANEXO V – Minuta de Termo de Contrato.

Ponte Nova, 14 de dezembro de 2022.

Sandra Helena de Carvalho Lana
Presidente da Comissão Permanente de Licitação

335

ANEXO I

PROJETO BÁSICO

1 OBJETO

1.1 O presente projeto básico tem por objeto a **contratação através de credenciamento** de empresas operadoras de plano de saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência a saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência a Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura asssistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.

2 JUSTIFICATIVA

Como ação preventiva e com foco na qualidade de vida do servidor, é determinante possibilitar o acesso à assistência à saúde sempre que necessário. A Saúde Suplementar no Brasil oferece assistência médica e hospitalar privada através das Operadoras de Planos de Saúde.

O credenciamento caberá quando a Administração Pública estiver disposta a celebrar contrato com todas as entidades que demonstrarem interesse em executar objeto por ela delimitado, sem que a escolha de uma entidade privada implique em prejuízo de outra(s).

A possibilidade de que seja firmado o contrato com o maior número possível de administradoras de benefícios interessadas inviabiliza a competição, tornando fática a inexigibilidade da licitação, nos termos do art. 25, caput, da Lei nº 8.666/1993.

Este credenciamento pretende disponibilizar aos servidores uma maior oferta de planos e programas de assistência à saúde suplementar, por meio das administradoras credenciadas, para que assim sejam obtidas melhores opções na prestação de serviço, aliada à possibilidade de menor custo.

336

Verificamos que o objeto, sendo ofertado por um maior número de administradoras de plano de saúde, representará um ganho para os servidores do município de Ponte Nova, pois abrirá diversidade de opções de escolha de planos de saúde de assistência suplementar médica. Por isso, o credenciamento visa garantir a igualdade de condições entre os interessados habilitados a firmar o contrato, não se falando em competição para a escolha da melhor proposta através de procedimento licitatório, uma vez que, de acordo com os critérios objetivos, haverá a garantia da impessoalidade para a convocação de todos os habilitados a fim de formalizarem o contrato.

Por fim, evidenciamos que o objeto será melhor atendido pela contratação do maior número de interessados habilitados possível, sendo legítimo promover chamamento público para credenciamento, restando comprovada a inviabilidade de competição para a contratação do objeto, tendo em vista que a necessidade da Administração ficaria restrita e limitada com a contratação de apenas uma administradora habilitada em concorrência por meio de procedimento licitatório.

3 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

3.1 Lei nº 8.666/93, art. 25;

3.2 Parecer nº 07/2013/CPLC/DEPCONSU/PGF/AGU;

3.3 Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;

3.4 Resolução Normativa ANS – nº 465, de 24 de fevereiro de 2021;

3.5 Resolução Normativa ANS – nº 195, de 14 de julho de 2009.

4 DA CONCEITUAÇÃO

4.1 **Para fins deste documento, considera-se:**

a) USUÁRIOS - os inscritos no Plano de Assistência à Saúde dos Servidores, na condição de beneficiários ativos e dependentes.

b) BENEFICIÁRIO TITULAR – membros e servidores efetivos ativos, os ocupantes de cargos comissionados, os contratados e os agentes políticos do Município de Ponte Nova/MG.

c) BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – grupo familiar do Beneficiário Titular, na forma da Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações.

d) REDE CREDENCIADA – hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores pela Credenciada, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

e) REMOÇÃO - deslocamento dos usuários para o atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Termo de Referência, de acordo com a Resolução Normativa da ANS nº 259/2011, para garantir os prazos máximos de atendimento.

f) TERMO DE ADESÃO – termo que formaliza a adesão do servidor ao Termo de Credenciamento firmado entre a Prefeitura de Ponte Nova, gestor do Plano de Assistência à Saúde e a Operadora do Plano de Saúde.

g) CO-PARTICIPAÇÃO – é o valor que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas, exames, terapias e atendimentos ambulatoriais.

h) ACIDENTE PESSOAL: evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;

i) AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;

j) AGRAVO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o Beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a CONTRATADA e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravo;

k) ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO: área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados;

l) ATENDIMENTO AMBULATORIAL: compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;

m) ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;

n) CARÊNCIA: prazo ininterrupto, contado a partir data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;

o) CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;

p) COBERTURA: garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;

338

q) COMPANHEIRO: pessoa que vive em união estável com outrem, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;

r) COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;

s) CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;

t) EXAMES COMPLEMENTARES SIMPLES: são considerados exames simples de diagnóstico e terapia: análises clínicas, à exceção de genética e alta complexidade, anatomia patológica/cito-patologia, eletrocardiograma e raios-x, à exceção dos contrastados;

u) HOSPITAL DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;

v) INTERNAÇÃO HOSPITALAR: situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;

w) MÉDICO ASSISTENTE: médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente

5 DOS BENEFICIÁRIOS

5.1 São considerados beneficiários titulares membros e servidores efetivos ativos, os ocupantes de cargos comissionados e os contratados do Município de Ponte Nova/MG.

5.2 São considerados beneficiários dependentes dos servidores:

5.2.1 Cônjuge ou companheiro, havendo união estável, nos termos estabelecidos no Código Civil Brasileiro;

5.2.2 Ex-cônjuge, por determinação judicial, sem eventual concorrência com o cônjuge ou companheiro;

5.2.3 Filhos, adotivos ou não, solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos;

5.2.4 Enteados solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos;

5.2.5 Netos solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos.

6 RELAÇÃO DE SERVIDORES POR FAIXA ETÁRIA

339

FAIXA ETARIA	QUANTIDADE DE SERVIDORES
0-18	0
19-23	33
24-28	102
29-33	227
34-38	275
39-43	401
44-48	336
49-53	270
54-58	244
>59	224
Total	**2112**

6.1 A proposta do CREDENCIANTE deverá observar os valores máximos apresentados nas tabelas abaixo, sendo permitida a apresentação de preços menores:

PLANO – AMBULATORIAL/ HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA - ENFERMARIA		
FAIXA ETÁRIA		VALOR
1	0-18	69,17
2	19-23	89,93
3	24-28	99,82
4	29-33	112,80
5	34-38	126,33
6	39-43	142,75
7	44-48	169,87
8	49-53	236,12
9	54-58	304,60
10	>59	414,26

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
Consulta	50%
Exames / Terapias / Demais atendimentos ambulatoriais	20%
Franquia Internação Enfermaria	R$ 00,00

6.2 Número mínimo de 03 (três) vidas para manter o contrato ativo e a partir de 30 (trinta) vidas, ficará isento do cumprimento dos prazos de carências.

7 CO-PARTICIPAÇÃO NOS CUSTEIOS DOS SERVIÇOS

7.1 A co-participação é de inteira responsabilidade do beneficiário titular e será paga ao Plano de Saúde.

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

340

7.3 A participação no custo dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento.

8 DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

8.1 A inclusão de beneficiários no Plano de Saúde far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa perante o Plano de Assistência a Saúde dos Servidores.

8.2 É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário do Plano de Saúde de que trata este objeto.

8.3 O Beneficiário Titular disporá do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação do Plano de Saúde, para solicitar as suas adesões e dos seus dependentes, se for o caso, no Plano de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após esse prazo os beneficiários cumprirão as carências determinadas pela ANS.

8.4 O Beneficiário Titular que ingressar na Prefeitura Municipal de Ponte Nova/MG após 30 (trinta) dias da 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, isentos de carência para usufruir dos serviços abrangidos. Após esse prazo, o beneficiário deve cumprir as carências determinadas pela ANS.

8.5 Em caso de pluralidade de empresas credenciadas, o beneficiário que desejar migrar de um plano para outro, será isento de carência, desde que, tenham cumprido todos os requisitos do contrato anterior, tendo em vista as regras contratuais e da ANS.

8.6 Os dependentes que adquirirem essa condição por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade após a inclusão inicial de membros e servidores ativos terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no Plano de Assistência à Saúde, sob pena do cumprimento da carência determinadas pela ANS.

8.7 Fica sujeita à carência determinadas pela ANS a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo Beneficiário Titular.

8.8 A solicitação de inscrição de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	INICÍO DA VIGÊNCIA
1º ao 20º dia	1º dia do mês subsequente.
21º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente.

341

8.9 A solicitação de exclusão de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial.

PERÍODO DE EXCLUSÃO	FIM DE VIGÊNCIA
1º ao 30º dia	1º dia do mês subsequente.

8.10 Caberá ao Município de Ponte Nova/MG a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos membros e servidores ativos, seus dependentes, indicando a relação de parentesco dos dependentes com o membro ou servidor, quando solicitados pelo Plano de Saúde.

8.11 Número mínimo de 03 (três) vidas para manter o contrato ativo e à partir de 30 (trinta) vidas, ficará isento do cumprimento dos prazos de carências para novas adesões.

9 DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

9.1 A exclusão do titular no Plano de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique a suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e outras situações previstas em Lei.

9.2 No caso de afastamento legal, o servidor poderá optar por permanecer no Programa de Assistência à Saúde, durante o período do afastamento.

9.3 É de responsabilidade do Beneficiário Titular solicitar, formalmente ao Plano de Assistência a Saúde dos Servidores, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

9.4 Os beneficiários excluídos do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores do Município de Ponte Nova/MG serão responsáveis pela devolução imediata de sua carteira de identificação, as de seus dependentes e as dos demais vinculados, se houver.

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

10 DA CARÊNCIA

10.1 Não poderá ser exigida nenhuma carência para utilização dos benefícios do Plano de Saúde:

10.1.1 dos usuários inscritos na forma regulamentada no item 8;

10.1.2 em situações de urgência ou emergência, ocorridas após o início de vigência da cobertura.

10.1.3 para consultas médicas.

10.2. Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

342

11 DA PORTABILIDADE

11.1 A portabilidade se dará de acordo com a norma de vigência estabelecida pela ANS (RN nº 438/2018 e alterações posteriores).

12 DOS BENEFÍCIOS

12.1 As operadoras de planos de saúde credenciadas cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, hospitalares, psiquiátricos e obstétricos, previstos na legislação vigente e conforme o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

13 DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES

13.1. 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.

14 DAS URGÊNCIAS E EMÊRGENCIAS

14.1 Atendimentos de Emergência e Urgência nos seguintes casos:

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

14.1.2 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.

14.1.3 É assegurado o atendimento de urgência e emergência, imediatamente a 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, observando-se o seguinte:

14.1.4 O Plano de Saúde deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, garantindo cobertura para internação;

14.1.5. Caberá às operadoras de plano de saúde contratadas pela Prefeitura de Ponte Nova 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.

15 DO REEMBOLSO

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

343

15.1.1. 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;

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

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

15.3. 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 penade perder o direito ao reembolso.

16 DA REMOÇÃO

16.1 A Operadora de Plano de saúde deverá garantir a remoção do usuário internado de acordo com a solicitação do médico assistente para outro estabelecimento hospitalar dentro da área de abrangência utilizando para tanto ambulância com recursos técnicos necessários que garantam a manutenção da vida.

16.2 A operadora de Plano de Saúde deverá dispor de serviço 24 (vinte e quatro) horas de ambulância e UTI móvel para atendimento aos beneficiários.

17 DAS ACOMODAÇÕES

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

17.1.1 Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria de no máximo 2 (dois) leitos.

17.2 Os planos deverão ser oferecidos na modalidade com a co-participação em eventos de consultas, exames, terapias e atendimentos ambulatoriais.

18 REDE CREDENCIADA

18.1 As operadoras de Plano de Saúde contratadas através deste credenciamento deverão oferecer aos servidores do município de Ponte Nova/MG toda sua rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar na sua área de abrangência.

18.2. As Operadoras de Plano de Saúde contratadas através deste credenciamento deverão oferecer a rede credenciada, de Assistência Médico-Hospitalar, contemplando atendimentos em hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais

344

colocados à disposição dos usuários, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

19 DAS OBRIGAÇÕES

19.1. São obrigações da Operadora do Plano de Saúde:

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

b) elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;

c) proteger o sigilo médico dos beneficiários;

d) entregar os documentos comprobatórios dos gastos, as autorizações e listagem por usuário realativo aos procedimentos executados até o dia 25 do mês de competência;

e) Caberá às Operadoras contratadas, além das responsabilidades resultantes do Contrato, cumprir os dispositivos da Lei Federal nº 9.656/98; 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;

f) 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;

g) Promover o reembolso de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial;

h) Promover o reembolso de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial;

i) 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;

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

k) fornecer, gratuitamente, aos usuários, 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 àdisposição dos usuários);

l) manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato;

m) assumir inteira resposabilidade civil, administrativa e penal por quaisquer danos e prejuízos materiais ou pessoais causados pelo contratado, seus empregados ou prepostos, a contratante, seus

345

funcionários e dependentendentes ou terceiros, aplicando-se ao presente contrato na Lei n. 8.078/90 e especial os artigos 14 e 20;

n) assegurar os direitos e cumprimento de todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da ANS, inclusive quanto aos preços praticados no contrato;

o) manter durante o período contratual as mesmas condições de habilitação;

p) arcar com o pagamento de todos os encargos fiscais, trabalhistas, previdenciários, fretes, seguros mão-de-obra que incidam sobre os serviços prestados;

q) garantir cobertura de quaisquer exames e procedimentos médicos indicados pela Agência nacional de Saúde Suplementar;

r) assegurar o padrão de qualidade que obedeça às normas éticas no tocante ao relacionamento com o paciente e seus familiares, com respeito a sua integridade física e moral e acatamento a seus direitos de modo geral;

19.2. São obrigações da Prefeitura de Ponte Nova, gestor do Plano de Assistência a Saúde do servidor:

a) colocar à disposição da contratada informações e dados cadastrais dos Beneficiários, que não se encontrem resguardados por sigilo;

b) permitir a contratada a divulgação do plano de saúde, junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

c) permitir aos prepostos da contratada o acesso às dependências da Prefeitura de Ponte Nova/MG, 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 contrato;

d) acompanhar e fiscalizar a execução dos Termos de Credenciamento, 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) efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;

20 REQUISITOS TÉCNICOS DE CREDENCIAMENTO

20.1 As empresas interessadas em firmar Termo de Credenciamento com Município de Ponte Nova/MG deverão cumprir as seguintes condições:

20.1.1 Estar devidamente registrada na ANS e possuir autorização de funcionamento;

20.1.2. Comprovar, através de no mínimo 01 (um) atestado de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços compatíveis com o objeto desta licitação;

346

20.1.3. Declarar que dispõe de Rede Credenciada para atender aos beneficiários do Município de Ponte Nova/MG, na forma exigida neste Termo;

20.1.4. Apresentar preços dos planos de saúde incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços;

Elaborado por,

José Damásio Gomes Junior
Auxiliar Administrativo
(Setor de Compras)

Revisado por,

Bruno Oliveira do Carmo
Assessor Municipal de Executivo do Gabinete

Ratificado por,

Fernando Antônio de Andrade
Secretária Municipal de Governo

347

ANEXO II

MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

RAZÃO SOCIAL (PESSOA JURÍDICA)
CNPJ
ENDEREÇO: (Rua, Avenida, complemento e nº, bairro)
Telefone(s):
E-mail:

Vimos, por meio do presente, requerer nosso credenciamento na Chamada Pública 002/2022, cujo objeto é **credenciamento de empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura assistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições

Declaramos, sob as penas da lei, que tomamos conhecimento de todas as normas e condições para o cumprimento das obrigações objeto deste Credenciamento, com as quais concordamos integralmente.

Data: ____/____/____

_____

Nome e Assinatura do Representante legal da Pessoa Jurídica

348

ANEXO III

MODELO DE PROPOSTA DE ADESÃO

Razão Social:_____
CNPJ: _____
Endereço: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

Nome dos Sócios Representantes (conforme consta no Contrato Social/Estatuto em vigor):
_____ CPF n.º _____

Dados bancários:
Nome Banco: _____ N.º Agência: _____ C/C: _____

TABELA DE VALORES

	FAIXA ETÁRIA	VALOR
1	0-18	
2	19-23	
3	24-28	
4	29-33	
5	34-38	
6	39-43	
7	44-48	
8	49-53	
9	54-58	
10	>59	

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
Consultas	
Exames / Terapias / Demais atendimentos ambulatoriais	
Franquia Internação Enfermaria	R$ 00,00

TABELA DE CARÊNCIAS

Cobertura	Prazos de carência
Procedimentos de urgência e de emergência	xx (xxxxxxx) horas
Consultas médicas e exames complementares simples	xx (xxxxxxx) dias
Demais exames complementares	xx (xxxxxxx) dias
Cirurgias ambulatoriais	xx (xxxxxxx) dias
Internações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas	xx (xxxxxxx) dias
Para os demais procedimentos cobertos por este plano, bem como para novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS	xx (xxxxxxx) dias
Parto a termo	xx (xxxxxxx) dias

349

1) Nos termos da Resolução Normativa nº 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos no Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados acima, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação ao CONTRATANTE.

2) A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar para as novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) beneficiários.

Venho através deste requerer ao Município de Ponte Nova/MG o credenciamento desta Administradora de Benefícios para prestação dos serviços objeto deste credenciamento, nos termos do Edital 123/2022 e seus anexos. Em anexo, a documentação exigida.

Pede deferimento,

Data: ____/____/____

Declaramos estar ciente de todas as cláusulas constantes no Edital, e aguardamos a aceitação pela Prefeitura Municipal de Ponte Nova para Credenciamento.

_____

Nome e Assinatura do Representante legal da Pessoa Jurídica

***A LICITANTE DEVERÁ APRESENTAR ESTA CARTA PROPOSTA NO ENVELOPE LACRADO CONTENDO A DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO.**

350

ANEXO IV

A empresa _____, inscrita no CNPJ _____, localizada à Rua/Av. _____ _____, N° _____, por intermédio de seu representante legal _____, inscrito no CPF sob o nº _____ DECLARA:

a) que o proprietário, diretor e/ou provedor desta empresa não pertence aos quadros de servidores públicos municipais de Ponte Nova/MG e nem ocupa cargo de chefia ou função de confiança no município de Ponte Nova/MG;
b) que aceita as normas do edital;
c) que atenderá a qualidade necessária à prestação dos serviços, em conformidade com a sua especificidade;
d) que compromete-se em disponibilizar a todos os beneficiários, na área de abrangência geográfica de que trata este edital, uma rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais conforme descrito no Projeto Básico;
e) que não possui entre os proprietários nenhum titular de mandato eletivo;
f) que não possui empregado menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, nos termos do Art. 27, Inciso V, da Lei 8.666/93 e alterações posteriores;
g) que não foi considerada INIDÔNEA para licitar ou contratar com a Administração Pública;
h) que inexiste fato impeditivo para a sua habilitação, estando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;
i) que cumpri o Estatuto da Criança e do Adolescente, conforme dispõe o art. 7º, Inciso XXXIII, da Constituição Federal.

Por ser expressão de verdade, firmamos a presente.

Local, ... de ..... de 2022.

Assinatura do responsável Nome (completo)
(carimbo da empresa e/ou individual)

351

ANEXO V

MINUTA DO CONTRATO Nº _____/2022

CONTRATO Nº XX/2022 QUE ENTRE SI CELEBRAM MUNICÍPIO DE PONTE NOVA, E A XXXXXXXXXXXX

Contrato que entre si celebram de um lado o **MUNICÍPIO DE PONTE NOVA**, com sede a Av. Caetano Marinho, Nº 306, Centro, Ponte Nova–MG, CEP: 35.430-001, inscrito no CNPJ Nº: 23.804.149/0001-29, inscrição estadual isento, doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**, representado neste ato, pelo Prefeito Municipal, Sr._____,brasileiro, casado, CPF _____, e de outro _____, com sede à _____ CNPJ: _____, Registro da Operadora na ANS: _____, representada peloSr._____doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, conforme ressaiu do procedimento administrativo **Sistema Credenciamento, Processo Nº: 123/2022, Inexigibilidade Nº: 010/2022.**

CARACTERÍSTICAS GERAIS
Nome Comercial: _____
Nº de Registro do Plano na ANS: _____
Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial
Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: Referência
Fator moderador: Coparticipação
Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: _____
Área de Atuação do Plano de Saúde: _____
Padrão de Acomodação em Internação: Coletivo
Vínculo: _____
Formação do Preço: Pré-estabelecido
Serviços e Coberturas Adicionais: _____

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

1.1. O presente Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.2. O presente instrumento trata-se de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e

obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 Poderão se inscrever no Plano, nas seguintes categorias:

2.1.1 Beneficiário Titular: membros e servidores efetivos ativos, os ocupantes de cargos comissionados, os contratados e os agentes políticos do Município de Ponte Nova/MG.

2.1.2 Beneficiário Dependente: seguintes pessoas naturais com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao Beneficiário Titular:

a) Cônjuge ou companheiro, havendo união estável, nos termos estabelecidos no Código Civil Brasileiro;

b) Ex-cônjuge, por determinação judicial, sem eventual concorrência com o cônjuge ou companheiro;

c) Filhos, adotivos ou não, solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos;

d) Enteados solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos;

e) Netos solteiros e menores de 24 (vinte e quatro) anos.

3.3 A inscrição dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular.

2.3 O **CONTRATANTE** encaminhará à **CONTRATADA** no dia xx (xxxx) de cada mês, a relação dos Beneficiários que aderirem ao Plano previsto neste Contrato, mediante preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão e dos Beneficiários que forem excluídos, nos termos estabelecidos neste Contrato.

2.4 A movimentação cadastral de Beneficiários relativa às inclusões informadas pela **CONTRATANTE** será processada no 1º dia do mês subsequente do recebimento da relação de Beneficiários pela **CONTRATADA**, sendo que a movimentação cadastral relativa às exclusões será realizada no mesmo dia em que ocorrer o fato.

2.5 No momento da contratação, nas inclusões posteriores e quando a **CONTRATADA** julgar necessário, o **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer à **CONTRATADA** documentos comprobatórios do vínculo do Titular com o **CONTRATANTE**, bem como da relação de dependência entre os Dependentes e o Titular. Anualmente (no mês de aniversário do contrato), o **CONTRATANTE** deverá apresentar nova documentação comprovando a manutenção da regularidade do vínculo dos beneficiários inscritos no plano.

2.6 O Beneficiário preencherá o Formulário de Declaração de Saúde no ato da contratação e das inclusões posteriores, obrigando-se a informar a condição sabida de doenças e lesões preexistentes, sua e de seus Dependentes, conforme estabelecido neste Contrato.

2.7 É assegurada a inclusão:

a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, isento do cumprimento dos

353

períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;

b) do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular adotante, e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.

2.7.1 A inclusão dos beneficiários previstos nas alíneas "a" e "b" fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do dependente estabelecidas no presente Contrato.

2.7.2 Ultrapassados os prazos estabelecidos nas alíneas "a" e "b", será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes.

2.8 O Beneficiário Titular é responsável pela constante atualização dos dados cadastrais informados, em relação a si e aos seus Dependentes, inclusive com o envio de documentos quando se fizer necessário, incluindo eventual alteração de endereço, que deverá ser comunicada imediatamente à **CONTRATADA.**

2.9 Para a permanência no Plano Empresa, faz-se necessário que a CONTRATANTE mantenha o contingente mínimo de 3 (três) vidas.

CLÁUSULA TERCEIRA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 A **CONTRATADA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Contrato, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **CONTRATADA**, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento.

3.2 A cobertura ambulatorial compreende:

a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

a.1) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-

354

dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação e desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;

c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;

d) Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, conforme prescrição do médico assistente;

e) Consultas / sessões de psicoterapia, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

g) Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

h) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;

h.1) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

i) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

j) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

k) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

l) Hemoterapia ambulatorial;

355

m) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a – 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até –4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

3.3 A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

a) Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitados pelo médico assistente;

b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação;

c) Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:

c.1) O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,

c.2) No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar;

d) Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário 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;

e) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato, em território brasileiro;

f) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, Beneficiário com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou Beneficiário portador de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

g) Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;

g.1) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

g.2) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, ficando a escolha a critério da CONTRATADA.

g.3) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, deverão ser observadas as regras estabelecidas na regulamentação da ANS para solução do impasse.

h) Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

i) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

i.1) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

I) O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

II) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.

j) Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

I) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

II) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

III) Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

IV) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

V) Hemoterapia;

VI) Nutrição parenteral ou enteral;

VII) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

VIII) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

IX) Radiologia intervencionista;

X) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

XI) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

k) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

l) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

m) Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

I) despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;

II) medicamentos utilizados durante a internação;

III) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;

IV) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;

m.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.

I) O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;

II) As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico + legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;

III) São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

n) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;

o) Despesas incluindo acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrências, a critério do médico e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

p) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.

3.4 Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

a) O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;

b) Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;

c) No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento;

c.1) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

d) Além da coparticipação regular, prevista neste Contrato, haverá coparticipação de xx% (xxxxxx), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 01 (um) ano de Contrato.

3.5 O presente Contrato garante, ainda:

a) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da

ANS e vigentes na data do evento;

b) Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiologista, caso haja indicação clínica;

c) Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;

d) Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

e) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

f) Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

CLÁUSULA QUARTA – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:

a) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;

b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;

c) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);

d) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

360

e) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

f) Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

g) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

h) Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

i) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

j) Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação odontológica;

k) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

l) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

m) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

n) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

o) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

p) Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

q) Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

361

r) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

s) Aparelhos ortopédicos;

t) Aluguel de equipamentos;

u) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;

v) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Contrato;

w) Despesas relativas a um acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Contrato;

x) Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;

y) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

z) Cirurgia para mudança de sexo;

aa) Avaliação pedagógica;

bb) Orientações vocacionais;

cc) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

dd) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;

ee) Remoção domiciliar;

ff) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

gg) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

hh) Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CLÁUSULA QUINTA - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. O prazo de vigência deste contrato terá validade de 12 (doze) meses, com início na data de ...../...../..... e encerramento em ...../...../..... , podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 60 (sessenta) meses, com fundamento no art. 57, inciso II, da Lei n.º 8.666/93, desde que haja autorização formal da autoridade competente e observados os seguintes requisitos:

a) Os serviços tenham sido prestados regularmente;

b) Esteja formalmente demonstrado que a forma de prestação dos serviços tem natureza continuada;

c) Haja manifestação expressa da operadora de saúde informando o interesse na prorrogação;

d) A prorrogação do contrato deverá ser promovida mediante celebração de Termo Aditivo.

CLÁUSULA SEXTA: PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas contratadas. Os serviços previstos neste instrumento serão prestados ao beneficiário após o cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

Cobertura	Prazos de carência
Procedimentos de urgência e de emergência	xx (xxxxxxx) horas
Consultas médicas e exames complementares simples	xx (xxxxxxx) dias
Demais exames complementares	xx (xxxxxxx) dias
Cirurgias ambulatoriais	xx (xxxxxxx) dias
Internações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas	xx (xxxxxxx) dias
Para os demais procedimentos cobertos por este plano, bem como para novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS	xx (xxxxxxx) dias
Parto a termo	xx (xxxxxxx) dias

6.2 O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato. Para os incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data do processamento pela CONTRATADA da sua inclusão, nos termos estabelecidos nas Condições de Admissão deste Contrato.

6.3 A classificação dos exames em simples será de acordo com o estabelecido neste Contrato.

6.4 Nos termos da Resolução Normativa nº 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação ao CONTRATANTE.

6.5 A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar para as novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) beneficiários.

CLÁUSULA SÉTIMA: DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1. Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

7.2. No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, na qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do Contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único

363

do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

7.3. Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

7.4. O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

7.5. Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

7.6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o Beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

7.7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a Cobertura Parcial Temporária.

7.9. A Cobertura Parcial Temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

7.10. A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

7.11. As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela CONTRATADA por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela CONTRATADA para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial ou Temporária.

7.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br, bem como está

364

disponível para consulta e cópia nas dependências da CONTRATADA, fazendo parte integrante deste instrumento.

7.13. Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravo.

7.14. Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de Cobertura Parcial Temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.14.1. Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

7.14.2. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

7.14.3. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

7.14.4. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.14.5. Após julgamento, e acolhida a alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do Contrato.

7.15. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do Contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

7.15.1. Esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes voltará a vigorar para novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta).

CLAÚSULA OITAVA: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

8.3. Haverá cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e emergência, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do Beneficiário ao Plano.

365

8.4. 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, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

8.5. Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

8.6. Haverá remoção 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.

8.7. Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

a) quando não possa haver remoção por risco de vida, o Beneficiário e o prestador o atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus;

b) caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

c) na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

d) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea "b", a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.8. A CONTRATADA assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela CONTRATADA.

8.9. O Beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

8.10. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da CONTRATADA (que equivale à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados eventuais valores de coparticipação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

366

a) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);

b) Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;

c) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência;

d) Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela CONTRATADA.

8.11 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.

CLAUSULA NONA: MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1. Serão assegurados aos Beneficiários os serviços médico-hospitalares previstos neste Contrato, conforme estabelecido nesta Cláusula.

9.2. É facultado à CONTRATADA direcionar a realização de consultas, exames, internações e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede. Nos casos em que não houver direcionamento de rede pela CONTRATADA, os atendimentos observarão as regras estabelecidas nos itens seguintes.

9.2.1. Havendo ou não direcionamento, quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o Beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços os seguintes documentos:

a) Cartão de Identificação de Beneficiário, com data de validade em dia;

b) Documento de Identidade do Beneficiário expedido por órgão oficial;

c) Guia, nos casos em que seja necessária autorização prévia da CONTRATADA. O Beneficiário deverá solicitar junto a CONTRATADA, através dos canais próprios de atendimento disponibilizados, a emissão da respectiva autorização.

9.3. As consultas serão atendidas no consultório do médico escolhido, na rede credenciada da CONTRATADA.

9.4. Os atendimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais serão prestados em consultórios, clínicas ou hospitais credenciados pela CONTRATADA, mediante solicitação do médico responsável e autorização prévia da CONTRATADA.

9.5. Os exames complementares e serviços auxiliares serão prestados pela CONTRATADA na rede hospitalar credenciada, mediante solicitação do médico responsável e autorização prévia da CONTRATADA.

9.6. Para internações eletivas, o Beneficiário deverá procurar a CONTRATADA, antes de dirigir-se à rede própria ou credenciada, devendo apresentar o pedido de internação emitido pelo médico responsável, justificando as razões da internação, com minuciosa indicação do diagnóstico, o tratamento prescrito, a época do início da doença e a duração prevista da internação, para análise da CONTRATADA e emissão da Guia de Internação, com prazo previamente estabelecido.

9.7. Sendo necessário prorrogar a internação, o Beneficiário, ou quem por ele responda, apresentará pedido de prorrogação, antes de vencido o prazo da primeira Guia, emitido pelo médico responsável, quando a CONTRATADA emitirá a prorrogação da Guia de Internação.

9.8. Nos casos de urgência e emergência, o Beneficiário ou quem por ele responda, terá prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data da internação, para providenciar a Guia de Internação, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

9.9. Para autorização de cada procedimento coberto a CONTRATADA poderá exigir a apresentação de documentação específica, além da prevista neste instrumento. A relação dos documentos exigidos pela CONTRATADA para autorização de cada procedimento, quando for o caso, pode ser obtida no portal da CONTRATADA na internet ou em suas centrais de atendimento.

9.9.1. A cobertura dos procedimentos ambulatoriais ou hospitalares somente será garantida quando apresentada toda a documentação exigida.

9.9.2. Por ocasião da concessão de autorização prévia, a CONTRATADA garantirá, ao Beneficiário, atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, a partir do momento de sua solicitação.

9.9.3. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por médico da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados. Caso o beneficiário escolha profissional não pertencente à rede credenciada da CONTRATADA para o Plano será responsável pelo pagamento dos honorários daquele profissional.

9.9.4. A formação, condução e conclusão da Junta observará as regras estabelecidas pela regulamentação em vigor.

9.10. Na hipótese do Beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, a CONTRATADA não se responsabilizará pela diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, sendo de inteira responsabilidade do Beneficiário negociar diretamente com o prestador do atendimento.

9.11. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

9.12. Os dados da rede credenciada da CONTRATADA estão disponíveis em sua sede, para consulta e cópia e no site da CONTRATADA pelo endereço eletrônico xxxxxxx. Todas as

368

informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da CONTRATADA na internet, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

9.13. CONTRATADA reserva-se o 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 9.656/1998.

9.14. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro 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.

9.15. Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação de algum beneficiário, será 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 CONTRATADA providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

9.16. No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

9.17. Embora a cobertura contratual esteja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados pela CONTRATADA, ressalvada a hipótese de reembolso para os casos de urgência e emergência, é admitido que os serviços possam ser solicitados por profissionais legalmente habilitados não credenciados. Nesse caso, deve o Beneficiário dirigir-se à sede da CONTRATADA para transcrição do pedido para a guia padronizada, denominada TISS, e indicação do profissional credenciado a realizar os procedimentos solicitados.

9.18. Da coparticipação

9.18.1. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular à CONTRATADA, referente à utilização dos serviços cobertos, por si e seus Dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

9.18.2. Além da mensalidade devida pelo CONTRATANTE em função do número de Beneficiários, será cobrada coparticipação na utilização pelos Beneficiários das coberturas (procedimentos garantidos fora da internação hospitalar), abaixo relacionadas:

a) As consultas estão sujeitas a uma coparticipação do CONTRATANTE, no percentual de 50% (cinquenta por cento);

b) À exceção da consulta, todos os procedimentos ambulatoriais previstos na cláusula terceira, item 3.2, estão sujeitos a uma coparticipação do CONTRATANTE no percentual de 20% (vinte por cento);

c) Terapias: 20% (vinte por cento);

d) Tratamento ocular quimioterápico com antiogênico: 20% (vinte por cento);

369

e) Laserterapia para o tratamento da mucosite oral/ orofaringe: 20% (vinte por cento);

f) Terapia imunoprofilática com Palivizumabe para o vírus sincicial respiratório: 20% (vinte por cento);

g) Terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea: 20% (vinte por cento);

h) Bloqueio com toxina botulínica: 20% (vinte por cento);

i) Pulsoterapia: 20% (vinte por cento);

j) Acupuntura por sessão: 20% (vinte por cento);

k) Termoterapia transpupilar a laser: 20% (vinte por cento);

l) Fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletar de urina: 20% (vinte por cento);

9.18.3. Não incidirão coparticipações nas coberturas ambulatoriais para as quais a regulamentação da ANS expressamente vedar essa incidência.

9.18.4. Não Será cobrada coparticipação/franquia, quando da internação do Beneficiário.

9.18.5. A coparticipação será apurada de acordo com os valores dos serviços praticados pela Contratada junto à rede de prestadores, disponível na sede da CONTRATADA, para consulta e cópia.

9.18.6. Serão de responsabilidade do CONTRATANTE os valores de coparticipações referentes à utilização de procedimentos realizados em período no qual o Beneficiário estava inscrito, independente da época da cobrança, ou seja, o CONTRATANTE obriga-se a arcar com tais valores, ainda que o desligamento desse Beneficiário já tenha ocorrido.

9.18.7. A participação no custo dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento.

CLÁUSULA DÉCIMA: FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1. O Plano contratado será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

10.2. Em virtude dos serviços previstos neste instrumento, o CONTRATANTE deverá pagar à CONTRATADA, uma contraprestação pecuniária mensal (mensalidade) para cada Beneficiário inscrito, definidas em função do número de Beneficiários inscritos e das faixas etárias em que se enquadrarem, bem como por valores de coparticipação quando da utilização dos procedimentos.

10.3. Para cobrança do valor de mensalidade e eventuais valores de coparticipação, a CONTRATADA enviará, ao CONTRATANTE, fatura única de cobrança, que deverá ser quitada até o XXº (XXXX) dia do mês, sendo essa a respectiva data de vencimento da obrigação, facultando-se à CONTRATADA, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente aos serviços contratados.

10.4. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o

pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela CONTRATADA.

10.5. As faturas emitidas pela CONTRATADA terão por base o número de Beneficiários informado pelo CONTRATANTE. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de Beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis no período, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

10.6. A CONTRATADA poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

10.7. No caso do aposentado e do empregado demitido, que optarem pela manutenção do Plano, nos termos deste Contrato, será remetido boleto único de cobrança ao Titular, com o vencimento no mesmo dia para a quitação das faturas, conforme previsto nesta Cláusula, contendo os valores de sua responsabilidade.

10.8. Se o CONTRATANTE, bem como o aposentado e o empregado demitido, não receberem documento que os possibilitem realizar o pagamento de sua obrigação, em até 05 (cinco) dias antes da data do vencimento, deverão requerer segunda via junto à CONTRATADA, que enviará nova cobrança.

10.9. A perda, extravio ou não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o CONTRATANTE, bem como o aposentado e o demitido de efetuarem o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

10.10. O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

10.11. O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Contrato.

10.12. O pagamento dos valores devidos à CONTRATADA referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

10.13. No ato da assinatura deste Contrato, o CONTRATANTE não pagará à CONTRATADA nenhuma taxa de implantação, por beneficiário inscrito.

10.14. Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de responsabilidade do CONTRATANTE, bem como do aposentado e o servidor demitido, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, e inscrição nos cadastros restritivos de créditos, conforme o caso.

10.15. A CONTRATADA se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.

10.16. Do pagamento do Beneficiário

10.16.1 Salvo quanto aos Beneficiários aposentados, exonerados e demitidos, o CONTRATANTE é responsável pelo pagamento diretamente à CONTRATADA, o que não exime o Beneficiário de arcar com as parcelas de sua responsabilidade perante o CONTRATANTE.

10.16.2 Em atenção ao disposto no §1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para a determinação do custo do beneficiário:

a) Do valor estabelecido na tabela de custo em faixa etária, não será financiado pela CONTRATANTE e sim pelos beneficiários ativos e inscritos;

b) Os valores de mensalidade a serem assumidos pelos beneficiários titulares ex-servidores demitidos/exonerados sem justa causa ou aposentado, serão os previstos na tabela de custo por faixa etária, estabelecida neste instrumento;

c) Não haverá financiamento da contratante para as mensalidades dos beneficiários titulares ex-servidores demitidos/exonerados sem justa causa ou aposentados.

10.16.2 O CONTRATANTE e o Beneficiário deverão acordar a data de pagamento de suas contribuições, sendo que o atraso no pagamento ensejará o direito do CONTRATANTE solicitar à CONTRATADA a suspensão de cobertura e/ou exclusão do Beneficiário inadimplente e dos dependentes a ele vinculado.

10.16.3 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos pelo Beneficiário ao CONTRATANTE, ensejará o direito desta de exigir, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, conforme o caso.

10.16.4 Após a quitação do débito do Beneficiário excluído por inadimplência, poderá o CONTRATANTE solicitar a sua reinclusão. Caso a nova admissão ocorra em prazo superior a 30 (trinta) dias de sua exclusão, deverá cumprir novos prazos de carência, nos termos estabelecidos neste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: REAJUSTE

11.1. O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual.

11.2 Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

11.3 A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

11.4 As demais obrigações financeiras previstas neste instrumento (tais como taxa de inscrição, segunda via do Cartão de Identificação e coparticipações, em valor ou percentual), serão reajustadas no mesmo momento da mensalidade, através de livre negociação entre as partes. Na falta de acordo entre as partes, serão reajustadas utilizando-se o mesmo índice de reajuste da mensalidade.

11.5 Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

11.6 Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.

11.7 Conforme o número de beneficiários vinculados ao presente Contrato, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes da carteira de beneficiários vinculada a este instrumento ou o agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais e coletivos por adesão vinculados a esta operadora com menos de 30 beneficiários, hipótese que poderá ser desmembrado em sub-agrupamentos, observada a legislação a esse respeito.

11.8 A primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a de assinatura deste instrumento e as datas seguintes considerarão o número de beneficiários apurado no mês de seu aniversário.

11.9 Do índice de reajuste para contratos não agrupados

11.9.1 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste obtido através da seguinte fórmula:

Reajuste = (1 + Máximo(0;RT)) x (1 + RF) – 1

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do IPCA, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, e com retroatividade de 2 meses do aniversário deste Contrato, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

RT = S/Sm – 1

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição deste Contrato), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de 75%

11.9.2 Excepcionalmente, poderá a administração da CONTRATADA, optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de negociação com o CONTRATANTE.

11.9.3 As partes poderão, de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula supracitada, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

373

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: FAIXA ETÁRIA

12.1 As mensalidades foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

FAIXA ETÁRIA		MENSALIDADE	Percentual de Reajuste
	0-18	69,17	----------
	19-23	89,93	30,00%
	24-28	99,82	11,00%
	29-33	112,80	13,00%
	34-38	126,33	12,00%
	39-43	142,75	13,00%
	44-48	169,87	19,00%
	49-53	236,12	39,00%
	54-58	304,60	29,00%
10	>59	414,26	36,00%

12.2 Para exercício do direito de manutenção previsto neste instrumento, os valores de mensalidade a serem assumidos pelos Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, serão os valores previstos na tabela de custo por faixa etária, nos termos da regulamentação.

12.3 Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

12.4 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

12.6 Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

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

c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

12.7 Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao Beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual previsto neste Contrato, conforme normas e índices determinados pelo órgão oficial competente, seja a ANS ou outro que vier a substituí-la, ou ainda pelo índice estabelecido neste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

13.1 DA EXONERAÇÃO OU RESCISÃO DO CONTRATO ADMINISTRATIVO

13.1.1 O CONTRATANTE assegura ao Beneficiário Titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo estatutário ou relação jurídico-administrativa, no caso de exoneração ou rescisão do contrato administrativo, o direito de manter sua condição de Beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 30 da Lei nº 9.656/1998).

13.1.1.1 O exonerado ou rescisão do contrato administrativo deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato administrativo / posse.

13.1.1.2 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 seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

13.2 DO APOSENTADO

13.2.1 O CONTRATANTE assegura ao Beneficiário Titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo estatutário ou relação jurídico-administrativa, pelo prazo mínimo de dez anos, 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 (artigo 31 da Lei nº 9.656/1998).

13.2.1.1 O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato administratico / posse, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

13.2.1.2 Na hipótese de contribuição pelo então servidor, 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.

13.2.1.3 Na hipótese do servidor que se aposentar continuar trabalhando no CONTRATANTE, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como beneficiário na condição de aposentado.

13.2.1.4 Em caso de óbito do servidor aposentado, que continuou trabalhando no CONTRATANTE, antes do exercício do direito previsto nesta Cláusula, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o servidor aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

13.3 DAS DISPOSIÇÕES COMUNS

13.3.1 O Plano tratado neste Contrato destina-se a categoria de Beneficiários ativos e ex-servidores exonerados sem justa causa ou aposentados, pelo que o direito previsto nesta Cláusula garantirá a manutenção do ex-servidor neste mesmo Plano.

13.3.2 O direito garantido nesta cláusula será assegurado ainda que o Beneficiário não esteja contribuindo para o Plano no momento da exoneração ou aposentadoria, desde que em algum momento tenha contribuído para o Plano. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o Plano.

13.3.3 A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta Cláusula, poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito quando da vigência do vínculo, a critério do próprio titular.

13.3.3.1 O ex-servidor exonerado ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

13.3.4 Em caso de óbito do servidor exonerado ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o ex-servidor, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

13.3.5 As garantias previstas nesta cláusula não excluem vantagens obtidas pelos servidores decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

13.3.6 A admissão do beneficiário em novo emprego é causa de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula, cabendo ao ex-servidor comunicar esse fato imediatamente à CONTRATADA ou ao CONTRATANTE, para a promoção de sua exclusão e de seu grupo familiar vinculado, sob pena de fraude.

13.3.6.1 Também são causas de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula:

a) O decurso dos prazos de manutenção previstos nesta cláusula;

b) O cancelamento pela CONTRATANTE do benefício do plano concedido aos seus servidores ativos e ex-servidores exonerados ou aposentados.

13.3.7 É assegurado ao ex-servidor exonerado ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, nos termos previstos na regulamentação vigente.

13.3.7.1 Além da portabilidade mencionada durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, deve-se observar ainda as demais possibilidades de portabilidade contempladas na legislação de saúde suplementar em vigor, como nos casos de óbito do titular e da perda da elegibilidade dos dependentes.

13.3.8 O titular que não contribuir para o plano, durante o período que mantiver o vínculo estatutário ou relação jurídico-administrativa, não terá direito à permanência de que trata essa cláusula, após a perda do vínculo.

13.3.8.1 Nos planos coletivos custeados integralmente pelo CONTRATANTE, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1 Caberá ao CONTRATANTE solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

a) solicitação de exclusão feita pelo próprio beneficiário;

b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;

c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;

d) inadimplência do Beneficiário, ressalvados os casos de demitidos e aposentados, quando a exclusão por inadimplência caberá à CONTRATADA;

e) situações decorrentes das políticas internas do CONTRATANTE.

14.1.1 Na hipótese da alínea "a" deste item, é garantido ao beneficiário o direito de solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, observada a forma e requisitos previstos na regulamentação em vigor.

14.2 Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do Plano tratado neste instrumento, o CONTRATANTE deverá obrigatória e expressamente informar à CONTRATADA:

a) se o Beneficiário foi excluído por exoneração ou aposentadoria;

b) se o Beneficiário exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da RN279/11, ou seja, se é o caso de servidor aposentado que continuou trabalhando no CONTRATANTE após a aposentadoria;

c) se o Beneficiário contribuía para o pagamento do Plano tratado neste instrumento;

d) por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento; e,

e) se o ex-servidor optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

14.3 Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares deste Plano, mediante comprovação inequívoca de que o Beneficiário Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, bem como mediante a disponibilização das informações previstas no item anterior (quando aplicável).

14.4 A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência do CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

a) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;

b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;

c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;

d) quando o beneficiário solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, nos termos do item 14.1.1.

14.5 O Beneficiário exonerado ou aposentado, mantido no Plano na forma e prazo previstos neste Contrato, poderá ser suspenso ou excluído do Plano, em caso de inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular, que se dará até o 50° (quinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de se requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

14.6 Após o 60º (sexagésimo) dia de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, a CONTRATADA poderá notificar o Beneficiário mantido no Plano, a qualquer tempo, desde que obedeça a um intervalo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a data da rescisão.

14.7 A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto nos casos expressamente previstos neste Instrumento.

14.8 O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Contrato, não exime o Beneficiário de quitar eventuais débitos com o Plano, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

14.9 O Beneficiário Dependente que for excluído do presente Contrato poderá firmar Contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias, contados da data de exclusão neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas, exceto na hipótese de exclusão do dependente por inadimplência ou fraude comprovada, quando deverá quitar os débitos existentes e cumprir novos períodos de carência. Essa faculdade somente será admitida quando a CONTRATADA possuir planos Individuais/Familiares ativos para comercialização vigente na época da solicitação.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: RESCISÃO/SUSPENSÃO

15.1 Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato poderá ser rescindido, de acordo com o disposto na Lei nº 9.656/1998, sem que caiba direito a qualquer indenização ao CONTRATANTE, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:

a) Em caso de inadimplência do CONTRATANTE por período superior a 20 (vinte) dias, a CONTRATADA enviará notificação, mediante ferramentas de comunicação admitidas pela Diretoria de Fiscalização (DIFIS) da Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS) concedendo prazo para regularização do débito e comprovação dessa regularização perante à CONTRATADA. Caso não seja comprovado perante a CONTRATADA a regularização do débito dentro do prazo estabelecido na notificação, o contrato restará rescindido de pleno direito, sem prejuízo do direito da CONTRATADA de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;

b) Compreende-se como Ferramentas de Comunicação Admitidas pela Diretoria de Fiscalização (DIFIS) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): O Correio Eletrônico (e-mail) destinado ao endereço do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora, desde que possua certificado digital ou confirmação de leitura; Correio Postal com solicitação escrita a ser encaminhada ao endereço do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora; Aplicativos que permitem a troca de mensagem criptografada, bem como a confirmação de recebimento e leitura pelo destinatário (WhatsApp, Messenger e Afins); Ligações gravadas que possuam confirmação de dados pelo interlocutor, via número de telefone do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora; Torpedos SMS com aviso de leitura pelo destinatário, via número de telefone do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora.

c) Caso seja verificada a ilegitimidade do CONTRATANTE (inclusive pela não apresentação da documentação exigida na forma da Cláusula de Condições de Admissão deste instrumento), a CONTRATADA enviará notificação, com prazo de 60 (sessenta) dias, para que o CONTRATANTE comprove a regularidade do seu registro nos órgãos competentes, sob pena do contrato restar rescindido de pleno direito.

d) Na hipótese em que a CONTRATANTE exclua beneficiários, fazendo com que o contrato abranja um número inferior a 3 (três) vidas por um período superior a 60 (sessenta) dias, descaracterizando o Plano Empresa, este será rescindido.

15.2 Independente do direito de notificar quanto à rescisão do Contrato após 20 (vinte) dias de inadimplência, a CONTRATADA poderá ainda suspender os atendimentos após 10 (dez) dias sucessivos de falta de pagamento, independente de notificação prévia.

15.3 É facultado ao CONTRATANTE denunciar o Contrato a qualquer tempo, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à CONTRATADA.

379

15.4 É facultado à CONTRATADA rescindir motivada ou imotivadamente este contrato no mês de seu aniversário, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida ao CONTRATANTE, indicando as razões da rescisão.

15.5 Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pelo CONTRATANTE para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

15.6 Não será admitida a inclusão ou exclusão de Beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

15.7 A CONTRATADA reserva-se ao direito de cobrar do CONTRATANTE, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e a seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da CONTRATADA.

15.8 Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão, havendo beneficiários em período de internação, compromete-se o CONTRATANTE a arcar integralmente com as respectivas despesas, até que ocorra a alta hospitalar do beneficiário inscrito neste contrato.

15.09 É responsabilidade do CONTRATANTE comunicar, com antecedência, aos beneficiários inscritos no plano a rescisão deste contrato.

15.10 Nos termos da Resolução nº 19/1999, do Consu, no caso de cancelamento do benefício assegurado neste contrato pelo CONTRATANTE, é assegurado ao beneficiário inscrever-se em plano individual/familiar oferecido pela CONTRATADA, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que a CONTRATADA possua plano individual/familiar à época, observando-se que:

a) Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do Beneficiário no plano coletivo cancelado;

b) Deverá o Beneficiário solicitar à CONTRATADA a lista de planos de saúde individuais/familiares disponíveis e a respectiva tabela de preços para fazer jus ao disposto neste item;

c) Os Beneficiários deverão fazer opção pelo produto individual/familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício;

d) É responsabilidade do empregador informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item antecedente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1 Para os efeitos deste Contrato, são adotadas as seguintes definições:

a) ACIDENTE PESSOAL: evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes

de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;

b) AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;

c) AGRAVO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o Beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a CONTRATADA e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravo;

d) ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO: área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados;

e) ATENDIMENTO AMBULATORIAL: compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;

f) ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;

g) CARÊNCIA: prazo ininterrupto, contado a partir data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;

h) CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;

i) COBERTURA: garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;

j) COMPANHEIRO: pessoa que vive em união estável com outrem, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;

k) COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;

l) CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;

381

m) EXAMES COMPLEMENTARES SIMPLES: são considerados exames simples de diagnóstico e terapia: análises clínicas, à exceção de genética e alta complexidade, anatomia patológica/cito-patologia, eletrocardiograma e raios-x, à exceção dos contrastados;

n) HOSPITAL DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;

o) INTERNAÇÃO HOSPITALAR: situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;

p) MÉDICO ASSISTENTE: médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente.

16.2 Por convenção, adotou-se neste Contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

16.3 A CONTRATADA fornecerá aos Beneficiários o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Beneficiários.

16.4 É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do Beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente instrumento. Nos casos em que os cartões não foram devolvidos, na forma acima, deverá o Beneficiário Titular assinar Termo próprio se responsabilizando por eventual má utilização dos serviços.

16.5 Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do Contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários.

16.6 O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer Beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.

16.7 Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o Beneficiário Titular deverá comunicar o fato à CONTRATADA, por escrito, acompanhada de declaração de perda ou de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela CONTRATADA.

382

16.8 As segundas vias do Cartão de Identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, conforme valor de Taxa de Inscrição vigente à época.

16.9 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.

16.10 Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre os Contratantes.

16.11 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

16.12 O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

16.13 Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

16.14 A CONTRATADA não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de serviços não cobertos por este Contrato entre o Beneficiário Titular e/ou seus dependentes e os médicos-assistentes credenciados e/ou não credenciados pela CONTRATADA.

16.15 Faz parte do Contrato quaisquer documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: Proposta de Adesão, Declaração de Saúde, quando for o caso, Tabela de Reembolso e o Guia de Leitura Contratual.

CLAÚSULA DÉCIMA SÉTIMA: FISCALIZAÇÃO

17.1. A fiscalização da execução do objeto será efetuada por Comissão/Representante designado pelo Secretário Municipal de Governo, na forma estabelecida no Projeto Básico, anexo do Edital.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA: DO FORO

18.1. As partes elegem o foro do município de Ponte Nova para dirimir as questões resultantes do presente contrato renunciando a qualquer outro.

Por se acharem justos e acordados, firmam o presente instrumento em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para um só efeito legal.

Ponte Nova, ... de ..... de .....

Prefeito

Representante Legal da Contratada

ossi, 16 - **Tel/Fax: (31) 3819-5000**
CEP: 35430-213 - Ponte Nova - MG

MISSÃO: Oferecer soluções em serviços de saúde, com humanização e melhoria contínua da qualidade, visando a reintegração de nossos clientes à sociedade.
VISÃO: Ser reconhecido como hospital de alta complexidade, qualidade e resolubilidade em seus serviços no estado de Minas Gerais, buscando o equilíbrio econômico financeiro.

PLAMHAG
ANS-32394-2

384

ANEXO III

MODELO DE PROPOSTA DE ADESÃO

Razão Social: Fudação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho

CNPJ: 26.150.979/0001-78

Endereço: Avenida Dr. José Grossi, nº 16, Bairro Guarapiranga, Cidade Ponte Nova/MG

E-mail: plamhag@gavazza.com.br Telefone: (31) 3819-5017

Nome dos Sócios Representantes (conforme consta no Contrato Social/Estatuto em vigor):

Lucimar Regina de Oliveira Fonseca - CPF n.º [redacted] 169.526-[redacted]

Dados bancários:

Nome Banco: Itaú N.º Agência: [redacted] C/C: [redacted]

TABELA DE VALORES

	FAIXA ETÁRIA	VALOR
1	0-18	R$ 69,17
2	19-23	R$89,93
3	24-28	R$99,82
4	29-33	R$112,80
5	34-38	R$126,33
6	39-43	R$142,75
7	44-48	R$169,87
8	49-53	R$236,12
9	54-58	R$304,60
10	>59	R$414,26

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
Consultas	50%
Exames / Terapias / Demais atendimentos ambulatoriais	20%
Franquia Internação Enfermaria	R$ 00,00

PLAMHAG
ANS-32394-2

385

TABELA DE CARÊNCIAS

Cobertura	Prazos de carência
Procedimentos de urgência e de emergência	24 (vinte e quatro horas) horas
Consultas médicas e exames complementares simples	30 (trinta) dias
Demais exames complementares	180 (cento e oitenta) dias
Cirurgias ambulatoriais	180 (cento e oitenta) dias
Internações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas	180 (cento e oitenta) dias
Para os demais procedimentos cobertos por este plano, bem como para novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS	180 (cento e oitenta) dias
Parto a termo	300 (trezentos) dias

1) Nos termos da Resolução Normativa nº 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos no Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dosperíodos de carência estipulados acima, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculaçãoao CONTRATANTE.

2) A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar para as novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) beneficiários.

Venho através deste requerer ao Município de Ponte Nova/MG o credenciamento desta Administradora de Benefícios para prestação dos serviços objeto deste credenciamento, nos termos do Edital 123/2022 e seus anexos. Em anexo, a documentação exigida.

Pede deferimento,

Data: 19/12/2022

Declaramos estar ciente de todas as cláusulas constantes no Edital, e aguardamosa aceitação pela Prefeitura Municipal de Ponte Nova para Credenciamento.

LUCIMAR REGINA DE OLIVEIRA

Assinado de forma digital por LUCIMAR REGINA DE OLIVEIRA
FONSECA:[redacted]169526[redacted]
Dados: 2022.12.16 18:26:39 -03'00'

Nome e Assinatura do Representante legal da Pessoa Jurídica

***A LICITANTE DEVERÁ APRESENTAR ESTA CARTA PROPOSTA NO ENVELOPE LACRADO CONTENDO A DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO.**

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

386

Consulta Consolidada de Pessoa Jurídica

Este relatório tem por objetivo apresentar os resultados consolidados de consultas eletrônicas realizadas diretamente nos bancos de dados dos respectivos cadastros. A responsabilidade pela veracidade do resultado da consulta é do Órgão gestor de cada cadastro consultado. A informação relativa à razão social da Pessoa Jurídica é extraída do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica, mantido pela Receita Federal do Brasil.

Consulta realizada em: 19/12/2022 11:41:29

Informações da Pessoa Jurídica:

Razão Social: **FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO**
CNPJ: **26.150.979/0001-78**

Resultados da Consulta Eletrônica:

Órgão Gestor: **TCU**
Cadastro: **Licitantes Inidôneos**
Resultado da consulta: **Nada Consta**

Para acessar a certidão original no portal do órgão gestor, clique AQUI.

Órgão Gestor: **CNJ**
Cadastro: **CNIA - Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade**
Resultado da consulta: **Nada Consta**

Para acessar a certidão original no portal do órgão gestor, clique AQUI.

Órgão Gestor: **Portal da Transparência**
Cadastro: **Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas**
Resultado da consulta: **Nada Consta**

Para acessar a certidão original no portal do órgão gestor, clique AQUI.

Órgão Gestor: **Portal da Transparência**
Cadastro: **CNEP - Cadastro Nacional de Empresas Punidas**
Resultado da consulta: **Nada Consta**

Para acessar a certidão original no portal do órgão gestor, clique AQUI.

FILTROS APLICADOS:

CPF / CNPJ sancionado: 26.150.979/0001-78

LIMPAR

Data da consulta: 19/12/2022 11:33:14

Data da última atualização: 12/2022 (Sistema Integrado de Registro do CEIS/CNEP - Acordos de Leniência) , 12/2022 (Diário Oficial da União - CEAF) , 12/2022 (Sistema Integrado de Registro do CEIS/CNEP - CNEP) , 12/2022 (Sistema Integrado de Registro do CEIS/CNEP - CEIS) , 12/2022 (Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI) - CEPIM)

DETALHAR	CADASTRO	CNPJ/CPF SANCIONADO	NOME SANCIONADO	UF SANCIONADO	ÓRGÃO/ENTIDADE SANCIONADORA	CATEGORIA SANÇÃO	DATA DE PUBLICAÇÃO DA SANÇÃO	VALOR DA MULTA	QUANTIDADE
Nenhum registro encontrado									

388

ANEXO II

MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

RAZÃO SOCIAL: Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho
CNPJ; 26.150.979/0001-78
ENDEREÇO: Avenida Dr. José Grossi, nº 16, Bairro Guarapiranga.
Telefone(s):(31) 3819-5017
E-mail: plamhag@gavazza.com.br

Vimos, por meio do presente, requerer nosso credenciamento na Chamada Pública 002/2022, cujo objeto é **credenciamento de empresas operadoras de Plano de Saúde médico hospitalar especializada para fornecimento de assistência à saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, através de Plano Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, na modalidade contratação coparticipativa na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com cobertura assistencial conforme o rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atendimento no mínimo na cidade de Ponte Nova, em caráter eletivo, urgência e emergência, a ser prestada aos membros e servidores ativos do Município de Ponte Nova/MG, e seus dependentes, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998; pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Lei Municipal 1.522/90 e suas alterações, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições

Declaramos, sob as penas da lei, que tomamos conhecimento de todas as normas e condições para o cumprimento das obrigações objeto deste Credenciamento, com as quais concordamos integralmente.

Data: 19/12/2022

LUCIMAR REGINA DE OLIVEIRA FONSECA:[redacted]169526[redacted]

Assinado de forma digital por LUCIMAR REGINA DE OLIVEIRA FONSECA:[redacted]169526[redacted]
Dados: 2022.12.16 18:26:13 -03'00'

Nome e Assinatura do Representante legal da Pessoa Jurídica

389

ESTATUTO DA FUNDAÇÃO FILANTRÓPICA E BENEFICENTE DE SAÚDE ARNALDO GAVAZZA FILHO

Conforme aprovado na reunião ordinária de 07/08/2019.

CAPÍTULO I
DENOMINAÇÃO, REGIME JURÍDICO, SEDE, FINS E DURAÇÃO

Art. 1º. A **Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho** é pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia administrativa e financeira, regendo-se pelo presente estatuto e pela legislação que lhe for aplicável.

Parágrafo único. Para todos os efeitos legais, as denominações **Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho** ou **Fundação Arnaldo Gavazza**, bem como a expressão **Fundação** equivalem-se no texto do presente estatuto e normas complementares.

Art. 2º. A Fundação tem sede à Av. Dr. José Grossi, nº 16, bairro Guarapiranga, na Cidade de Ponte Nova, Estado de Minas Gerais.

Gália Cristina Miranda Chaves
PROMOTOR DE JUSTIÇA

CAPÍTULO II
FINALIDADES

Art. 3º. A Fundação tem por objetivos principais e permanentes:

I. Prestar assistência médico-hospitalar e ambulatorial a todos os cidadãos e aos plantadores de cana, afiliados à Minascana, dentro dos conceitos da Organização Mundial de Saúde e na prática do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais;
II. Operar plano privado de assistência à saúde suplementar, em observância às disposições da Lei nº 9.659/98 e Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
III. Dirigir e manter o Hospital Arnaldo Gavazza Filho, estabelecido em prédio próprio e em prédio e instalações da Associação dos Plantadores de Cana de Minas Gerais, cedidos mediante comodato.

Art. 4º. A Fundação organizar-se-á em tantas unidades de trabalho ou órgãos que se fizerem necessários à consecução de suas finalidades, as quais serão disciplinadas por regimentos internos específicos, previamente aprovados pelo Conselho Curador.

Art. 5º. A Fundação, com vistas a atingir seus objetivos, poderá firmar convênios e/ou contratos e articular-se, pela forma conveniente, com órgãos, entidades públicas ou privadas e/ou pessoas físicas ou jurídicas.

Sérgio Luiz Santos
Promotor de Justiça

Art. 6º. O prazo de duração da Fundação é indeterminado.

CAPÍTULO III
PATRIMÔNIO E DAS RECEITAS

Art. 7º. O patrimônio da Fundação é constituído da dotação inicial, pelos bens obtidos por aquisição regular e por todos os bens corpóreos ou incorpóreos que vier a adquirir a título gratuito ou oneroso, livres e desembaraçados de ônus.

§ 1º. A Fundação não remunera ou concede vantagens ou benefícios a seus Conselheiros ou instituidores, direta ou indiretamente, por qualquer forma ou título, em razão de competências, funções ou atividades que lhes sejam atribuídas por este estatuto.

§ 2º. Os integrantes dos Conselhos Curador e Fiscal não responderão pelas obrigações da Fundação, exceto quando agirem com culpa grave ou dolo ou, ainda, com violação da lei ou do estatuto.

CAPÍTULO V
CONSELHO CURADOR

Art. 10. O Conselho Curador, órgão superior de deliberação da entidade, é constituído por 7 (sete) representantes com mandato de 4 (quatro) anos, sendo permitida até 4 (quatro) reconduções para períodos consecutivos.

§ 1º. Estará impedido de exercer as funções de Conselheiro Curador aquele que tiver contra si sentença penal condenatória por crime doloso contra a vida, o patrimônio, a administração da justiça ou a fé pública ou sentença condenatória por ato de improbidade administrativa, bem como aquele que tiver causado prejuízo à Fundação, por dolo ou culpa grave.

§ 2º. Findo o mandato de 4 (quatro) anos, os Conselheiros poderão ser reconduzidos automaticamente para um novo mandato de mesmo período, devendo o Conselheiro que não se interessar na recondução manifestar expressamente este desejo.

§ 3º. Em caso de vacância por morte, renúncia, destituição ou não desejo de recondução, os conselheiros remanescentes escolherão os novos conselheiros privilegiando aqueles indicados por alguns dos clubes de serviços em funcionamento na cidade de Ponte Nova, tipo Rotary, Lions clube e/ou Maçonaria ou representantes indicados pelo Conselho Regional de Contabilidade, pelo Sindicato de Canavieiros de Ponte Nova, pela Associação Comercial e Industrial de Ponte Nova e pelos representantes indicados pelo Corpo Clínico do Hospital Arnaldo Gavazza Filho.

§ 4º. É reservado ao Corpo Clínico do Hospital Arrnaldo Gavazza Filho, mediante eleição interna, a presença de pelo menos 2 (dois) representantes no Conselho Curador da Fundação, não podendo, no entanto, seus representantes ultrapassarem esse número.

§ 5º. Na hipótese de a entidade não proceder a indicação e os Conselheiros anteriormente indicados não puderem ser reconduzidos em virtude de proibição estatutária ou na hipótese de não desejarem ser reconduzidos, os integrantes remanescentes do Conselho Curador comunicarão o fato ao Ministério Público que, em certificando a ocorrência, determinará, sob pena de fazê-lo diretamente, que os integrantes remanescentes elejam, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em reunião extraordinária, o novo componente dentre os indicados pelos Conselheiros, para complementar ou assumir novo mandato.

§ 6º. No caso de 4 (quatro) ou mais conselheiros optarem pela não recondução, a formação do novo Conselho Curador caberá ao Ministério Público.

§ 7º. Só será permitida a recondução dos representantes para um quinto mandato, após a deliberação dos Promotores de Justiça oficiantes na Curadoria de Fundações de Ponte Nova.

Sérgio C. M. Santos
Promotor de Justiça

Galba Coll... Chaves
... DE JUSTIÇA

XI. Deliberar sobre a venda de bens imóveis, na forma e nas condições estabelecidas na lei e neste estatuto (art. 7°, § 3°);

XII. Aprovar a contratação de empréstimos e/ou financiamentos bancários, autorizando o gravame de bens da Fundação para garanti-los, nas condições estabelecidas na lei e no presente estatuto;

XIII. Autorizar a assinatura de acordos, contratos e convênios de interesse da Fundação, mediante projeto ou justificativa assinada pelo(a) Superintendente Executivo(a), nas condições estabelecidas na lei e no presente estatuto;

XIV. Deliberar sobre o orçamento anual ou plurianual, autorizando despesas extraordinárias;

XV. Deliberar, ouvido o Conselho Fiscal, sobre a prestação de contas da Superintendência Executiva, tomadas anualmente ou sempre que necessário, comunicando o resultado da deliberação ao órgão do Ministério Público;

XVI. Encaminhar ao órgão do Ministério Público, obrigatoriamente, o relatório anual de atividades da Fundação, bem como o balanço anual referente ao exercício anterior, aprovado pelo Conselho Fiscal;

XVII. Deliberar sobre a reforma, no todo ou em parte, do Estatuto, observando o Art. 66;

XVIII. Deliberar sobre a admissão ou exclusão de médicos do Corpo Clínico do Hospital Arnaldo Gavazza Filho ou de outro estabelecimento de saúde que venha gerir, sempre após manifestação expressa do Diretor Clínico que, sob pena de preclusão, dar-se-á de maneira formal, no prazo improrrogável de 10 (dez) dias úteis, a contar da solicitação formal de admissão e/ou exclusão formulada pelo Conselho Curador;

XIX. Indicar ao Presidente do Conselho Curador quais os poderes especiais que ele, mediante instrumento público, conferirá ao(à) Superintendente Executivo(a) para o exercício de suas funções, sendo vedada a confecção de procuração ampla e genérica;

XX. Convocar, sempre que necessário o(a) Superintendente Executivo(a) para fins de recebimento do relatório de atividades, balancete e decisões de ordem administrativas pertinentes;

XXI. Decidir sobre assuntos omissos no presente estatuto;

XXII. Admitir e demitir empregados da Fundação.

§ 1°. O Conselho Curador, no trato dos assuntos afetos à Fundação, deverá pautar-se pela observância dos princípios da legalidade, moralidade, razoabilidade e eficiência.

§ 2°. Para as deliberações a que se referem os incisos XVIII e XIX, que jamais poderão contrariar ou desvirtuar as finalidades da Fundação, exige-se o voto concorde de pelo menos 5 (cinco) integrantes dos membros do Conselho Curador.

§ 3°. O projeto de reforma do estatuto será aprovado pelo Conselho Curador e submetido à aprovação pelo órgão do Ministério Público e, caso este a denegue, ao juiz, a requerimento de qualquer membro do Conselho Curador.

§ 4°. Caso a aprovação do projeto de reforma estatutária não seja unânime, os membros do Conselho Curador, ao submeterem-na ao Ministério Público, requererão que se dê ciência à minoria vencida para impugná-la, se quiser, no prazo de dez dias, contados da ciência inequívoca.

§ 5°. Para as deliberações a que se referem os incisos VI e VII, exige-se a aprovação de pelo menos 5 (cinco) integrantes dos membros do Conselho Curador, apresentadas as razões da decisão, no caso de destituição ou demissão, ao órgão do Ministério Público.

§ 6°. O Presidente do Conselho Curador sempre exercerá o seu direito a voto.

XII. Apresentar ao Conselho Curador o relatório anual e as respectivas demonstrações financeiras do exercício findo elaborados pelo(a) Superintendente Executivo(a);
XIII. Ouvido previamente o Conselho Curador, contratar serviços jurídicos e/ou de perícia e/ou auditoria sempre que entender necessário;
XIV. Normatizar, mediante a edição de resolução, portarias e demais atos administrativos, o funcionamento da Fundação, respeitadas as normas do estatuto.

Art. 18. Compete ao Vice-Presidente do Conselho Curador:

I. Colaborar com o Presidente e substituí-lo em suas faltas ou impedimentos;
II. Assumir o mandato do Presidente, em caso de vacância, enquanto não se realizar a eleição do novo Presidente.

Art. 19. Compete ao Secretário do Conselho Curador:

I. Manter ata fiel dos assuntos abordados em cada reunião do Conselho Curador, podendo, para tanto, requisitar junto ao(à) Superintendente Executivo(a) funcionário para os serviços de digitação e arquivo;
II. Secretariar as reuniões do Conselho Curador colaborando para que as mesmas sejam sempre resolutivas;
III. Informar-se acerca das receitas, despesas e aplicações financeiras da Fundação com fincas a manter atualizados os demais membros do Conselho;
IV. Ter a palavra final antes do encerramento da reunião, sobretudo, para evitar que alguma matéria colocada em pauta deixe de ser debatida;
V. Repassar aos demais integrantes do Conselho a pauta de reunião elaborada pelo Presidente do Conselho, com antecedência de 2 (dois) dias para as reuniões ordinárias e 24 horas paras as extraordinárias, podendo requisitar do(a) Superintendente Executivo(a) funcionário para os serviços necessários.

CAPÍTULO VI
CONSELHO FISCAL

Art. 20. O Conselho Fiscal, órgão de fiscalização e controle interno, será constituído por 3 (três) integrantes titulares e 3 (três) suplentes, eleitos pelo Conselho Curador, com mandato de 4 (quatro) anos, sendo permitida até 4 (quatro) reconduções para períodos consecutivos.

§ 1º. É vedado o exercício cumulativo das funções de integrante do Conselho Fiscal e do Conselho Curador.

§ 2º. Os integrantes titulares do Conselho Fiscal elegerão, entre si, o Presidente do órgão.

Art. 21. O Conselheiro suplente substituirá o titular nas reuniões a que este não puder comparecer, cabendo-lhe, outrossim, ocupar o cargo em caso de vacância, complementando o tempo de mandato do substituído.

Art. 22. Na hipótese de ocorrer vaga na suplência do Conselho Fiscal, o Conselho Curador se reunirá, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, para eleger o novo suplente.

Art. 23. O Conselho Fiscal reunir-se-á sempre que convocado por seu Presidente, pela maioria de seus integrantes ou, ainda, pelo Conselho Curador e as suas decisões serão tomadas por

397

Art. 29. O(a) Superintendente Executivo(a) reunir-se-á com o Conselho Curador sempre que convocado por este.

Art. 30. Compete à Superintendência Executiva:

I. Administrar o plano de saúde da Fundação, respeitadas as normas legais e as decisões do Conselho Curador, dentro dos limites que lhe foram estabelecidos;

II. Contratar e destratar serviços terceirizados ouvindo previamente o Conselho Curador;

III. Dirigir as atividades e a administração geral de todos os setores do Hospital Arnaldo Gavazza Filho, acompanhando o desenvolvimento da atividade de saúde (médica, para-médica, enfermagem, laboratórios, etc.) através de reunião com os Diretores Técnico e Clínico, respeitada a autonomia das decisões profissionais de saúde, nos termos dos Códigos de Ética;

IV. No limite dos poderes que lhe forem conferidos pelo Conselho Curador, movimentar conta bancária, emitir e endossar cheques e ordens bancárias, em conjunto com o Presidente do Conselho Curador, ou, ainda, juntamente com outros funcionários, legal e formalmente constituídos procuradores pelo Presidente do Conselho Curador, sendo obrigatória, para todos os atos, a assinatura de duas pessoas;

V. Elaborar a programação de investimentos de cada exercício e controlar sua perfeita execução;

VI. Formular e submeter ao Conselho Curador a política econômica da instituição, mantendo equilíbrio entre receitas e despesas e reservando parcela do orçamento para investimento de acordo com o planejamento aprovado pelo Conselho Curador;

VII. Apresentar ao Conselho Curador, para aprovação, projetos de modificações do estatuto e regimento interno, necessários ao bom funcionamento da Fundação;

VIII. Formular proposta fundamentada ao Conselho Curador sobre a venda de bens imóveis, na forma e nas condições estabelecidas na lei e neste estatuto;

IX. Submeter ao Conselho Curador, periodicamente, relatório dos trabalhos da Fundação;

X. Elaborar a programação de investimentos de cada exercício e controlar sua perfeita execução;

XI. Expedir resoluções administrativas, com a finalidade de disciplinar a gestão patrimonial e financeira, o processo disciplinar e o processo administrativo da Fundação, mediante autorização expressa do Conselho Curador; conferida esta pelo voto de pelo menos 4 (quatro) de seus integrantes;

XII. Comunicar, imediatamente, ao Conselho Curador qualquer irregularidade da administração envolvendo a atuação de médicos ou de funcionários, que não seja de sua competência resolver;

XIII. Admitir e demitir funcionários do Hospital e, apresentar mensalmente, nas reuniões ordinárias do Conselho Curador, o relatório dos Demitidos e Admitidos, para que os mesmos tenham ciência;

XIV. Praticar todos os atos administrativos necessários ao bom e perfeito funcionamento do Hospital e da Fundação, observando as normas do estatuto, apresentando ao Conselho Curador, sempre que solicitado(a), as justificativas de suas decisões.

Art. 31. O(a) Superintendente Executivo(a) Adjunto(a) será contratado pelo(a) Superintendente Executivo(a), mediante prévia autorização do Conselho Curador e não poderá ter remuneração igual e/ou superior a do(a) Superintendente Executivo(a).

Art. 32. São funções do(a) Superintendente Executivo(a) Adjunto:

Art. 40. Os critérios, procedimentos e normas para admissão, exclusão e contratação geral dos profissionais de saúde são os fixados por este estatuto e por resolução de natureza suplementar a ser editada pelo Conselho Curador, após prévio parecer do Ministério Público.

Art. 41. O Conselho Curador da Fundação, após parecer do Ministério Público, aprovará o regimento interno do Hospital Arnaldo Gavazza Filho e de seu Corpo Clínico, que, respectivamente, regulamentarão as atividades da unidade, bem como complementará os critérios procedimentais e a relação jurídica entre os médicos e a Fundação, não podendo contrariar, contudo, as normas já definidas nesse estatuto.

Art. 42. O Diretor Clínico será escolhido pelos membros do Corpo Clínico.

Art. 43. O Diretor Técnico será escolhido pelo(a) Superintendente Executivo(a), ouvido previamente o Conselho Curador da Fundação.

Art. 44. São atribuições do Diretor Clínico:

I. Coordenar e dirigir as atividades médicas;
II. Servir como elo de ligação entre o Corpo Clínico, demais médicos e a Fundação;
III. Conhecer as solicitações do Corpo Clínico e demais médicos, tomando as providências cabíveis;
IV. Assegurar que todo paciente internado na instituição tenha um médico assistente;
V. Supervisionar a execução das atividades de assistência da instituição, comunicando ao diretor técnico para que tome as providências cabíveis quanto às condições de funcionamento de aparelhagem e equipamentos;
VI. Cumprir e fazer cumprir este estatuto, o regimento interno e o regulamento do Corpo Clínico.

Art. 45. São atribuições do Diretor Técnico:

I. Supervisionar o serviço técnico e especializado da Fundação, no que se refere à área médica, paramédica e hospitalar;
II. Apoiar a Superintendência Executiva na coordenação da movimentação de doentes e atendimentos;
III. Apoiar a superintendência executiva na solução das questões e problemas que envolvam os médicos ou serviços prestados na área médico-hospitalar;
IV. Emitir, quando solicitado pela Superintendência Executiva, parecer referente à conduta dos profissionais médicos, cuja demanda seja apresentada através de ouvidorias e/ou processos judiciais;
V. Ajudar a Superintendência Executiva na fiscalização dos equipamentos, medicamentos e materiais pertencentes ao hospital mantido pela Fundação;
VI. Apoiar a administração na implantação das metas e planos definidos pelo Conselho Curador para a unidade hospitalar.

Sérgio C. M. Santos
Promotor de Justiça

Galba Coêlho de Moraes Neves
PROMOTOR DE JUSTIÇA

CAPÍTULO IX
DIREITOS E DEVERES DOS MÉDICOS

Art. 46. São direitos dos médicos:

I. Autonomia profissional;

401

IV. Agir de forma a denegrir a reputação dos outros profissionais médicos e paramédicos da instituição e/ou dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento prestados pela Fundação;
V. Agir de forma a denegrir a imagem da Fundação Arnaldo Gavazza ou de seu plano de saúde PLAMHAG;
VI. Infringir as "Regras Gerais para a atividade médica no Hospital Arnaldo Gavazza" ou outras normas institucionais.

Art. 49. A solicitação da aplicação de uma medida administrativa pode ser feita por representação do(a) Superintendente Executivo(a), de qualquer membro do Conselho Curador, pelos Diretores Técnico e/ou Clínico ou por qualquer pessoa envolvida nas situações mencionadas no artigo 50.

Art. 50. A solicitação para aplicação de uma medida administrativa deve ser endereçada ao Presidente do Conselho Curador, por escrito, especificando os motivos deste proceder.

§ 1º. Na primeira oportunidade, em reunião ordinária ou extraordinária, o Presidente do Conselho Curador submeterá aos demais Conselheiros a solicitação para deliberação.

§ 2º. O Conselho Curador poderá deliberar por encaminhar a questão somente à Comissão de Ética Médica ou, além desse encaminhamento, instaurar procedimento para apurar os fatos e efetuar, se for ocaso, a aplicação da medida administrativa cabível.

Art. 51. Qualquer aplicação de medida administrativa deverá oferecer a oportunidade de ampla defesa.

Art. 52. No caso do Conselho Curador resolver instaurar procedimento para apuração dos fatos e aplicação de eventual medida administrativa disporá, no máximo, de 120 (cento e vinte) dias para instruir o procedimento e deliberar a respeito da medida administrativa.

§ 1º. O Conselho Curador, pelo voto de pelo menos 4 (quatro) de seus Conselheiros, poderá aplicar as seguintes medidas no âmbito da instituição:

I. Arquivamento do caso;
II. Advertência sigilosa;
III. Suspensão do cadastro do médico ou inativação temporária de suas habilitações clínicas junto a Fundação.

§ 2º. É aplicável também a medida administrativa de exclusão, que somente será efetivada pelo voto concorde de pelo menos 5 (cinco) dos membros do Conselho Curador.

Art. 53. Um médico pode ter o seu cadastro e/ou suas habilitações clínicas inativadas preventivamente pelo Conselho Curador durante a tramitação da decisão de aplicação da medida administrativa referida no artigo 54, sendo que a decisão desta suspensão se dará pelo voto de 5 (cinco) membros do Conselho Curador.

Art. 54. As penalidades referidas neste capítulo não se confundem com as rescisões dos contratos regidos pela lei trabalhista ou civil que dar-se-ão, respectivamente, nos moldes da legislação trabalhista ou pelo critério de conveniência e oportunidade da administração fundacional, nos termos deste estatuto.

Sérgio C. M. Santos
Promotor de Justiça

Cássia Costa de Macedo Chaves
PROMOTORA DE JUSTIÇA

403

CAPÍTULO XIII
EXERCÍCIO FINANCEIRO E ORÇAMENTÁRIO

Art. 61. O exercício financeiro da Fundação Arnaldo Gavazza coincidirá com o ano civil.

Art. 62. O(a) Superintendente Executivo(a) apresentará ao Conselho Curador, até 31 (trinta e um) de outubro do ano anterior, a proposta orçamentária para o ano subsequente.

§ 1º. A proposta orçamentária será anual e compreenderá:

I. Estimativa de receita, discriminada por fontes de recurso;
II. Fixação da despesa com discriminação analítica.

§ 2º. O Conselho Curador deverá, até o dia 30 (trinta) de dezembro de cada ano, discutir, emendar e aprovar a proposta orçamentária do ano subsequente, não podendo majorar despesas sem indicar os respectivos recursos.

§ 3º. Aprovada a proposta orçamentária, ou transcorrido o prazo previsto no parágrafo anterior sem que se tenha verificado a sua aprovação, fica o(a) Superintendente Executivo(a) autorizado(a) a realizar as despesas previstas.

§ 4º. Depois de apreciada pelo Conselho Curador, a proposta orçamentária será encaminhada ao órgão competente do Ministério Público.

Art. 63. A prestação anual de contas, a se efetivar em consonância com os princípios fundamentais e das normas brasileiras de contabilidade, será submetida ao Conselho Curador com base nos demonstrativos contábeis encerrados em 31 (trinta e um) de dezembro do ano anterior.

§ 1º. A prestação anual de contas conterá, dentre outros, os seguintes elementos:

I. Relatório circunstanciado de atividades;
II. Balanço patrimonial;
III. Demonstrações contábeis previstas em lei;
IV. Parecer do Conselho Fiscal;
V. Relatório de auditoria independente.

§ 2º. Depois de apreciada pelo Conselho Curador, a prestação de contas será encaminhada ao órgão competente do Ministério Público.

CAPÍTULO XIV
ALTERAÇÃO DO ESTATUTO

Art. 64. O estatuto da Fundação poderá ser alterado ou reformado por proposta do Presidente do Conselho Curador ou por 5 (cinco) dos integrantes do Conselho Curador, desde que:

I. A alteração ou reforma seja discutida em reunião do Conselho Curador e aprovada, no mínimo, por 5 (cinco) dos votos da totalidade de seus integrantes;
II. A alteração ou reforma não contrarie ou desvirtue as finalidades da Fundação;
III. Seja a reforma aprovada pelo órgão competente do Ministério Público.

405

Art. 74. Os casos omissos, não resolvidos pelo Conselho Curador, terão suas soluções apontadas pelo Ministério Público, por meio do órgão competente para assistir as Fundações.

Art. 75. O presente estatuto entra em vigor na data de seu registro/averbação em cartório, cessando na mesma data a vigência do estatuto anterior.

Declararmos que o Estatuto da "**Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho**" está de conformidade com a legislação em vigor, em especial, o Código Civil Brasileiro.

Ponte Nova, 07 de agosto de 2019.

José Bueno de Magalhães
Presidente do Conselho Curador

Heitor Vaz de Melo
Vice-Presidente

Francisco Augusto de Castro Gomes
Secretário

Antônio Carlos Martins Brandão
Conselheiro

Márcia Vitória Mendonça de Siqueira
Conselheira

Marcos Antônio de Araújo Serafini
Conselheiro

Paulo Antônio Soares Resende
Conselheiro

Sérgio C. M. Santos
Promotor de Justiça

406

Ata da Reunião Ordinária de Eleição e Posse do Presidente, Vice Presidente, Secretário e demais membros do Conselho Curador e dos membros do Conselho Fiscal da Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho.

Aos dezenove dias do mês de Outubro de 2022, às 18:00hs, reuniram-se os sete Conselheiros Curadores e os seis Conselheiros Fiscais da Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho, para eleger e empossar o Presidente, o Vice Presidente, o Secretário, os demais membros do Conselho Curador e os membros do Conselho Fiscal.

O Presidente do Conselho comunicou que o mandato dos Conselheiros Curadores e dos Conselheiros Fiscais termina no próximo dia 5 de novembro e, conforme determina o Art. 10 §2° do Estatuto da Fundação, estes Conselheiros poderão ser reconduzidos para novo mandato.

Colocou a palavra livre para que os Conselheiros Curadores se manifestassem sobre a intenção de continuarem integrando o Conselho Curador, sendo que todos concordaram em exercer mais um mandato de 4 (quatro) anos, permanecendo o Conselho Curador assim constituído:

Antônio Carlos Martins Brandão, brasileiro, [redacted], Engenheiro Civil, CI MG. [redacted], CPF [redacted].066.886[redacted], filho de [redacted] e [redacted], residente e domiciliado à [redacted] Ponte Nova – MG.

Francisco Augusto de Castro Gomes, brasileiro, [redacted], Advogado e Contador, CI OABMG 37.230, CPF [redacted].828.706[redacted], filho de [redacted] e [redacted], residente e domiciliado à [redacted] Ponte Nova – MG.

Heitor Vaz de Melo, brasileiro, [redacted], Advogado, CI OABMG 38.395, CPF [redacted].110.976-[redacted], filho de [redacted] e [redacted], residente e domiciliado à [redacted] Ponte Nova – MG.

José Bueno de Magalhães, brasileiro, [redacted], Empresário, CI [redacted] CPF [redacted].436.516-[redacted], filho de [redacted] e [redacted] residente e domiciliado à [redacted] Ponte Nova – MG.

Márcia Vitória Mendonça Siqueira, brasileira, [redacted], Médica, CI MG. [redacted], CPF [redacted].902.246-[redacted] filha de [redacted] e [redacted] residente e domiciliada à [redacted] Ponte Nova – MG.

Marcos Antônio de Araújo Serafini, brasileiro, [redacted] Médico, CI MG. [redacted], CPF [redacted].594.027-[redacted], filho de [redacted] e [redacted], residente e domiciliado à [redacted] Ponte Nova – MG.

Paulo Antônio Soares Resende, brasileiro, [redacted], Engenheiro Civil, CI [redacted], CPF [redacted].170.986-[redacted], residente e domiciliado à [redacted] Ponte Nova – MG.

Seguindo, por aclamação, nos termos do Art. 11 do Estatuto da Fundação, foram eleitos e reconduzidos para ocuparem, por 2 (dois) anos os cargos de Presidente, Vice Presidente e Secretário da Fundação, os Conselheiros: Presidente, **José Bueno de Magalhães;** Vice Presidente, **Antônio Carlos Martins Brandão** e Secretário, **Francisco Augusto de Castro Gomes.**

Em sequência, cumprindo o determinado no Art. 20 do Estatuto da Fundação, o Presidente do Conselho colocou a palavra livre para que os Conselheiros Fiscais manifestassem sobre a intenção de continuarem integrando o Conselho Fiscal, sendo que todos concordaram com a recondução para mais um mandato de 4 (quatro) anos, permanecendo o Conselho Fiscal assim constituído:

Salomão de Magalhães, brasileiro, [redacted], Contador, CI CRCMG [redacted], CPF [redacted].571.006-[redacted], filho de [redacted] e [redacted], residente e domiciliado à [redacted] Ponte Nova – MG, reeleito pelos Conselheiros Fiscais para o cargo de Presidente do Conselho Fiscal da Fundação Filantrópica Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho.

André Parentoni Brêttas, brasileiro, [redacted], Contador, CI [redacted], CPF [redacted].063.696-[redacted], filho de [redacted] e [redacted], residente e domiciliado à [redacted], Ponte Nova – MG.

Gláucio Cesar Ferreira, brasileiro, [redacted], Contador, CI [redacted], CPF [redacted].921.976-[redacted], filho de [redacted], residente e domiciliado à [redacted] Ponte Nova – MG.

Domingos Sávio Caríssimo, brasileiro, [redacted], Contador, CI [redacted], CPF [redacted].055.996-[redacted], residente e domiciliado à [redacted] Ponte Nova – MG.

Fernando Antônio Real, brasileiro, [redacted], CI CRCMG 21.644, CPF [redacted].202.256-[redacted], filho de [redacted] e [redacted], residente e domiciliado à [redacted] Ponte Nova – MG.

José Roberto de Oliveira, brasileiro, [redacted], Contador, CI M.139.493, CPF [redacted].480.826-[redacted], filho de [redacted] e [redacted], residente e domiciliado à [redacted], Ponte Nova – MG.

Seguindo, o Presidente em exercício do Conselho Curador declarou empossados os membros integrantes do Conselho Curador e do Conselho Fiscal da Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho.

Foi posta a "palavra livre" para quem dela quisesse fazer uso, não tendo nenhum dos presentes se manifestado.

Sérgio C. M. Santos

Finalizando, o Presidente ratificou os votos de sucesso aos integrantes do Conselho Curador e do Conselho Fiscal da Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho e agradeceu o apoio recebido durante a sua gestão.

Nada mais havendo, lavrou-se a presente Ata que, tendo sido lida e aprovada, é assinada pelo Presidente, Vice Presidente, Secretario e demais membros ora eleitos e empossados.

Conselho Curador

José Bueno de Magalhães – Presidente

Antônio Carlos Martins Brandão – Vice Presidente

Francisco Augusto de Castro Gomes – Secretário

Heitor Vaz de Melo – Conselheiro

Marcia Vitória Mendonça de Siqueira – Conselheira

Marcos Antônio de Araújo Serafini – Conselheiro

Paulo Antônio Soares de Resende – Conselheiro

Conselho Fiscal

Salomão de Magalhães – Presidente

André Parentoni Brêttas

Gláucio Cesar Ferreira

Domingos Sávio Caríssimo

Fernando Antônio Real -Suplente

José Roberto de Oliveira (Suplente)

Sérgio C. M. Santos
Promotor de Justiça

409

Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Cidadão,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

A informação sobre o porte que consta neste comprovante é a declarada pelo contribuinte.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA
26.150.979/0001-78 **MATRIZ**		**18/09/1991**

NOME EMPRESARIAL
FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)	PORTE
HOSPITAL ARNALDO GAVAZZA	**DEMAIS**

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
Não Informada

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
306-9 - Fundação Privada

LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
AV DR JOSE GROSSI	**16**	********

CEP	BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
35.430-213	**GUARAPIRANGA**	**PONTE NOVA**	**MG**

ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE
SECRETARIA@GAVAZZA.COM.BR	**(31) 3819-5000/ (31) 3819-5012**

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)
*****

SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA	**03/11/2005**

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL
********	********

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia **19/12/2022** às **14:34:27** (data e hora de Brasília). Página: **1/1**

CONSULTAR QSA VOLTAR IMPRIMIR

A RFB agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui.

410

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO

Nome: FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO
CNPJ: 26.150.979/0001-78

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <http://rfb.gov.br> ou <http://www.pgfn.gov.br>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.
Emitida às 10:37:51 do dia 28/11/2022 <hora e data de Brasília>.
Válida até 27/05/2023.
Código de controle da certidão: **E35B.C90C.AEC8.0EA9**
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

411

Voltar Imprimir

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 26.150.979/0001-78
Razão Social: FUND FILANT BENEF SAUDE A G FILHO
Endereço: AV DOUTOR JOSE GROSSI 16 / GUARAPIRANGA / PONTE NOVA / MG / 35430-213

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Servico - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade:24/11/2022 a 23/12/2022

Certificação Número: 2022112401161825254787

Informação obtida em 05/12/2022 07:32:48

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa: **www.caixa.gov.br**

412

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO (MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 26.150.979/0001-78
Certidão nº: 44674482/2022
Expedição: 09/12/2022, às 17:27:25
Validade: 07/06/2023 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **26.150.979/0001-78, NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.
Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022.
Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.
No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.
A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (http://www.tst.jus.br).
Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE
Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

413

"ESTA CERTIDÃO PRODUZ EFEITOS COMO SE NEGATIVA FOSSE"

VALIDADE: 30 DIAS DA DATA DE SUA EMISSÃO
DE ACORDO COM A LEI 2637/2002.

CONTRIBUINTE

CNPJ/CPF: 26.150.979/0001-78

NOME : FUNDAÇÃO FILANT BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO

ENDEREÇO: AVN DR JOSE GROSSI
Nº: 16

COMPL: **BAIRRO: GUARAPIRANGA**

CEP: 35.430-213 **CIDADE: PONTE NOVA** **UF: MG**

Certificamos na forma do dispositivo na Lei 2.058/1995, e suas atribuições que existe débito de **ARRECADAÇÕES DIVERSAS** SUB JUDICE inscrito, porém com exigibilidade suspensa, em nome do contribuinte acima identificado, ressalvando ao município de Ponte Nova o direito de cobrar qualquer importância que venha a ser considerada devida.

Ponte Nova, 13 de dezembro de 2022

GISELE MARIA LANA PEREIRA
AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Nº PROTOCOLO: 12013/2022 **DATA: 13/12/2022**

SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA DE MINAS GERAIS

414

CERTIDÃO DE DÉBITOS TRIBUTÁRIOS **Negativa**	CERTIDÃO EMITIDA EM: 11/11/2022 CERTIDÃO VALIDA ATÉ: 09/02/2023

NOME: FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO		
CNPJ/CPF: 26.150.979/0001-78		
LOGRADOURO: AVENIDA DOUTOR JOSE GROSSI		NÚMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO: GUARAPIRANGA	CEP: 35430213
DISTRITO/POVOADO:	MUNICÍPIO: PONTE NOVA	UF: MG

Ressalvado o direito de a Fazenda Pública Estadual cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. Não constam débitos relativos a tributos administrados pela Fazenda Pública Estadual e/ou Advocacia Geral do Estado;

2. No caso de utilização para lavratura de escritura pública ou registro de formal de partilha, de carta de adjudicação expedida em autos de inventário ou de arrolamento, de sentença em ação de separação judicial, divórcio, ou de partilha de bens na união estável e de escritura pública de doação de bens imóveis, esta certidão somente terá validade se acompanhada da Certidão de Pagamento / Desoneração do ITCD, prevista no artigo 39 do Decreto 43.981/2005.

Certidão válida para todos os estabelecimentos da empresa, alcançando débitos tributários do sujeito passivo em Fase Administrativa ou inscritos em Dívida Ativa.

IDENTIFICAÇÃO	NÚMERO DO PTA	DESCRIÇÃO

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada através de aplicativo disponibilizado pela Secretaria de Estado de Fazenda de Minas Gerais, na internet: http://www.fazenda.mg.gov.br => Empresas => Certificação da Autenticidade de Documentos.

CÓDIGO DE CONTROLE DE CERTIDÃO:2022000592626365

Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

PONTE NOVA

415

CERTIDÃO CÍVEL DE FALÊNCIA E CONCORDATA NEGATIVA

CERTIFICO que, revendo os registros de distribuição de ação de NATUREZA CÍVEL nesta comarca, até a presente data, nas ações específicas de Concordata Preventiva / Suspensiva, Falência de Empresários, Sociedades Empresáriais, Microempresas e Empresas de Pequeno Porte, Recuperação Extrajudicial, Recuperação Judicial, NADA CONSTA em tramitação contra:

Nome: FUNDAÇÃO FILANTRÓPICA E BENEFICENTE DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO
CNPJ: 26.150.979/0001-78

Observações:

a) Certidão expedida gratuitamente através da internet, nos termos do caput do art. 8º da Resolução 121/2010 do Conselho Nacional de Justiça;

b) a informação do número do CPF/CNPJ é de responsabilidade do solicitante da certidão, sendo pesquisados o nome e o CPF/CNPJ exatamente como digitados;

c) ao destinatário cabe conferir o nome e a titularidade do número do CPF/CNPJ informado, podendo confirmar a autenticidade da Certidão no portal do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (http://www.tjmg.jus.br), pelo prazo de 3 (três) meses após a sua expedição;

d) esta Certidão inclui os processos físicos e eletrônicos, onde houver sido implantado o Processo Judicial Eletrônico - PJe, o Sistema CNJ (Ex-Projudi) e o SEEU - Sistema Eletrônico de Execução Unificada, tendo a mesma validade da certidão emitida diretamente no Fórum e abrange os processos da Justiça Comum, do Juizado Especial e da Turma Recursal apenas da comarca pesquisada, com exceção do SEEU, cujo sistema unificado abrange todas as comarcas do Estado;

e) A presente certidão não faz referência a período de anos, uma vez que somente se refere à existência de feitos judicias em andamento (processos ativos) contra o nome pesquisado, conforme Provimento 355/2018 da Corregedoria Geral de Justiça.

A presente certidão NÃO EXCLUI a possibilidade da existência de outras ações de natureza diversa daquelas aqui mencionadas.

Certidão solicitada em 19 de Dezembro de 2022 às 11:04

PONTE NOVA, 19 de Dezembro de 2022 às 11:04

Código de Autenticação: 2212-1911-0457-0944-4402

Para validar esta certidão, acesse o sítio do TJMG (www.tjmg.jus.br) em Certidão Judicial/AUTENTICIDADE DA CERTIDÃO /AUTENTICAÇÃO 2 informando o código.

ATENÇÃO: Documento composto de 1 folhas(s). Documento emitido por processamento eletrônico. Qualquer emenda ou rasura gera sua invalidade e será considerada como indício de possível adulteração ou tentativa de fraude.

416

CERTIDÃO DE SITUAÇÃO CADASTRAL DE OPERADORA OU DE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

Certificamos que a operadora de planos de assistência à saúde com razão social FUNDAÇÃO FILANTRÓPICA E BENEFICENTE DE SAÚDE ARNALDO GAVAZZA FILHO, CNPJ nº 26.150.979/0001-78 , situada à AV. DR. JOSE GROSSI 16 , GUARAPIRANGA Ponte Nova - MG CEP 35.430-213, registro ANS nº 323942 , e classificada na modalidade Filantropia , indicando como seu responsável pela área técnica de saúde MARCIA VITÓRIA MENDONÇA DE SIQUEIRA de CPF nº ***.902.246-** CRM nº 7183, possui autorização de funcionamento concedida em 09/01/2014.

Quantidade de vínculos de beneficiários ativos: 13.334 na competência 11/2022

Situação da Operadora: ATIVA e não encontra-se em regime de direção fiscal e nem em liquidação extrajudicial

Código de Controle da Certidão: 438299

Certidão emitida em 16/12/2022 14:00:04(Data e Hora de Brasília)

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS na internet, no endereço https://www.ans.gov.br/cro-web/pages/verificarAutenticidadeDeComprovante.xhtml.

Saudali

417

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Declaramos que a FUNDAÇÃO FILANTRÓPICA E BENEFICENTE DE SAÚDE ARNALDO GAVAZZA FILHO - PLAMHAG, operadora de plano de saúde inscrita no CNPJ nº 26.150.979/0001-78 e registrada na ANS sob o nº 32.394-2 presta serviços DE OFERTA DE PLANO DE SAÚDE à Empresa FRIGORIFICO INDUSTRIAL VALE DO PIRANGA S/A, inscrita no CNPJ nº00.763.832/0001-60, desde 01/04/2016, envolvendo plano com cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

Atenciosamente,

Ponte Nova, 16 de dezembro de 2022.

Maria Elisa Raimondi Lanna Polesca

Gerente Recursos Humanos

FRIGORÍFICO INDUSTRIAL VALE DO PIRANGA S/A

00.763.832/0001-60
FRIGORÍFICO INDUSTRIAL
VALE DO PIRANGA S/A
Rod. MG 826 - P.Nova a Oratórios KM 0,
Zona Rural - CEP:35.430-000
Ponte Nova - MG

418

ANEXO IV

A empresa Fundação Filantropica Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho, inscrita no CNPJ 26.150.979/0001-78 , localizada à Rua/Av.Dr. José Grossi, N° 16, por intermédio de seu representante legal Lucimar Regina de Oliveira Fonseca, inscrito no CPFsob o nº 920.169.526-87 - DECLARA:

a) que o proprietário, diretor e/ou provedor desta empresa não pertence aos quadros de servidores públicos municipais de Ponte Nova/MG e nem ocupa cargo de chefia ou função de confiança no município de Ponte Nova/MG;
b) que aceita as normas do edital;
c) que atenderá a qualidade necessária à prestação dos serviços, em conformidade com a sua especificidade;
d) que compromete-se em disponibilizar a todos os beneficiários, na área de abrangência geográficade que trata este edital, uma rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais conforme descrito no Projeto Básico;
e) que não possui entre os proprietários nenhum titular de mandato eletivo;
f) que não possui empregado menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, nos termos do Art. 27, Inciso V, da Lei 8.666/93 e alterações posteriores;
g) que não foi considerada INIDÔNEA para licitar ou contratar com a Administração Pública;
h) que inexiste fato impeditivo para a sua habilitação, estando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;
i) que cumpri o Estatuto da Criança e do Adolescente, conforme dispõe o art. 7°, Inciso XXXIII, da Constituição Federal.

Por ser expressão de verdade, firmamos a presente.

Local, 19 de dezembro de 2022.

LUCIMAR REGINA DE OLIVEIRA FONSECA:[redacted]169526[redacted]

Assinado de forma digital por LUCIMAR REGINA DE OLIVEIRA FONSECA:[redacted]169526[redacted]
Dados: 2022.12.16 18:27:13 -03'00'

Assinatura do responsável Nome (completo)
(Carimbo da empresa e/ou individual)

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
ESTADO DE MINAS GERAIS

CONTRATO Nº 194/2022 QUE ENTRE SI CELEBRAM MUNICÍPIO DE PONTE NOVA, E A FUNDAÇÃO FILANTRÓPICA E BENEFICIENTE DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO

Contrato que entre si celebram de um lado o **MUNICÍPIO DE PONTE NOVA**, com sede a Av. Caetano Marinho, Nº 306, Centro, Ponte Nova–MG, CEP: 35.430-001, inscrito no CNPJ Nº: 23.804.149/0001-29, inscrição estadual isento, doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**, representado neste ato, pelo Prefeito Municipal, Sr. Wagner Mol Guimarães, brasileiro, [redacted], CPF [redacted]603.006-[redacted], e de outro a **Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho**, do município de Ponte Nova, Estado de Minas Gerais, inscrito no CNPJ sob o nº 26.150.979/0001-78, Registro da Operadora na ANS: 323942, representada pelo Sra. Lucimar Regina de Oliveira Fonseca, CPF sob o n.º 920.169.526-87, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, conforme ressaiu do procedimento administrativo **Sistema Credenciamento, Processo Nº: 123/2022, Inexigibilidade Nº: 010/2022.**

CARACTERÍSTICAS GERAIS
Nome Comercial: PLAMHAG EMPRESA - 20% - ENF
Nº de Registro do Plano na ANS: 490.603/21-9
Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial
Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: Referência
Fator moderador: Coparticipação
Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: Grupo de municípios
Área de Atuação do Plano de Saúde: Ponte Nova/MG e Ouro Preto/MG
Padrão de Acomodação em Internação: Coletivo
Vínculo: Somente ativos
Formação do Preço: Pré-estabelecido
Serviços e Coberturas Adicionais: Não possui

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

1.1. O presente Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.2. O presente instrumento trata-se de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e

lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;

b) do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular adotante, e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.

2.7.1 A inclusão dos beneficiários previstos nas alíneas "a" e "b" fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do dependente estabelecidas no presente Contrato.

2.7.2 Ultrapassados os prazos estabelecidos nas alíneas "a" e "b", será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes.

2.8 O Beneficiário Titular é responsável pela constante atualização dos dados cadastrais informados, em relação a si e aos seus Dependentes, inclusive com o envio de documentos quando se fizer necessário, incluindo eventual alteração de endereço, que deverá ser comunicada imediatamente à **CONTRATADA.**

2.9 Para a permanência no Plano Empresa, faz-se necessário que a CONTRATANTE mantenha o contingente mínimo de 3 (três) vidas.

CLÁUSULA TERCEIRA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 A **CONTRATADA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Contrato, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **CONTRATADA**, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento.

3.2 A cobertura ambulatorial compreende:

a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

a.1) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação e desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da

(ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

3.3 A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

a) Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitados pelo médico assistente;

b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação;

c) Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:

c.1) O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,

c.2) No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar;

d) Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário 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;

e) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato, em território brasileiro;

f) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, Beneficiário com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou Beneficiário portador de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

g) Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;

g.1) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

g.2) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, ficando a escolha a critério da CONTRATADA.

g.3) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, deverão ser observadas as regras estabelecidas na regulamentação da ANS para solução do impasse.

h) Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em

como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

k) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

l) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

m) Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

I) despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;

II) medicamentos utilizados durante a internação;

III) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;

IV) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;

m.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.

I) O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;

II) As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;

III) São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

n) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;

o) Despesas incluindo acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrências, a critério do médico e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

CLÁUSULA QUARTA – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:

a) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;

b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;

c) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);

d) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

e) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

f) Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

g) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

h) Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

i) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

j) Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação odontológica;

k) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

ee) Remoção domiciliar;

ff) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

gg) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

hh) Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CLÁUSULA QUINTA - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. O prazo de vigência deste contrato terá validade de 12 (doze) meses, com início na data de 02/01/2023 e encerramento em 02/01/2024, podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 60 (sessenta) meses, com fundamento no art. 57, inciso II, da Lei n.º 8.666/93, desde que haja autorização formal da autoridade competente e observados os seguintes requisitos:

a) Os serviços tenham sido prestados regularmente;

b) Esteja formalmente demonstrado que a forma de prestação dos serviços tem natureza continuada;

c) Haja manifestação expressa da operadora de saúde informando o interesse na prorrogação;

d) A prorrogação do contrato deverá ser promovida mediante celebração de Termo Aditivo.

CLÁUSULA SEXTA: PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas contratadas. Os serviços previstos neste instrumento serão prestados ao beneficiário após o cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

Cobertura	Prazos de carência
Procedimentos de urgência e de emergência	24 (VINTE E QUATRO) horas
Consultas médicas e exames complementares simples	30 (TRINTA) dias
Demais exames complementares	180 (CENTO E OITENTA) dias
Cirurgias ambulatoriais	180 (CENTO E OITENTA) dias
Internações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas	180 (CENTO E OITENTA) dias
Para os demais procedimentos cobertos por este plano, bem como para novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS	180 (CENTO E OITENTA) dias
Parto a termo	300 (TREZENTOS) dias

6.2 O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato. Para os incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data do processamento pela CONTRATADA da sua inclusão, nos termos estabelecidos nas Condições de Admissão deste Contrato.

6.3 A classificação dos exames em simples será de acordo com o estabelecido neste Contrato.

e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

7.10. A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

7.11. As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela CONTRATADA por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela CONTRATADA para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial ou Temporária.

7.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br, bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da CONTRATADA, fazendo parte integrante deste instrumento.

7.13. Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravo.

7.14. Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de Cobertura Parcial Temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.14.1. Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

7.14.2. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

7.14.3. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

7.14.4. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.14.5. Após julgamento, e acolhida a alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do Contrato.

7.15. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do Contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

7.15.1. Esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes voltará a vigorar para novas adesões se

8.9. O Beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

8.10. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da CONTRATADA (que equivale à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados eventuais valores de coparticipação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

a) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);

b) Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;

c) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência;

d) Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela CONTRATADA.

8.11 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.

CLAUSULA NONA: MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1. Serão assegurados aos Beneficiários os serviços médico-hospitalares previstos neste Contrato, conforme estabelecido nesta Cláusula.

9.2. É facultado à CONTRATADA direcionar a realização de consultas, exames, internações e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede. Nos casos em que não houver direcionamento de rede pela CONTRATADA, os atendimentos observarão as regras estabelecidas nos itens seguintes.

9.2.1. Havendo ou não direcionamento, quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o Beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços os seguintes documentos:

a) Cartão de Identificação de Beneficiário, com data de validade em dia;

b) Documento de Identidade do Beneficiário expedido por órgão oficial;

c) Guia, nos casos em que seja necessária autorização prévia da CONTRATADA. O Beneficiário deverá solicitar junto a CONTRATADA, através dos canais próprios de atendimento disponibilizados, a emissão da respectiva autorização.

9.3. As consultas serão atendidas no consultório do médico escolhido, na rede credenciada da CONTRATADA.

9.4. Os atendimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais serão prestados em consultórios, clínicas ou hospitais credenciados pela CONTRATADA, mediante solicitação do médico responsável e

eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

9.12. Os dados da rede credenciada da CONTRATADA estão disponíveis em sua sede, para consulta e cópia e no site da CONTRATADA pelo endereço eletrônico www.plamhag.com.br. Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da CONTRATADA na internet, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

9.13. CONTRATADA reserva-se o 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 9.656/1998.

9.14. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro 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.

9.15. Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação de algum beneficiário, será 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 CONTRATADA providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

9.16. No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

9.17. Embora a cobertura contratual esteja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados pela CONTRATADA, ressalvada a hipótese de reembolso para os casos de urgência e emergência, é admitido que os serviços possam ser solicitados por profissionais legalmente habilitados não credenciados. Nesse caso, deve o Beneficiário dirigir-se à sede da CONTRATADA para transcrição do pedido para a guia padronizada, denominada TISS, e indicação do profissional credenciado a realizar os procedimentos solicitados.

9.18. Da coparticipação

9.18.1. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular à CONTRATADA, referente à utilização dos serviços cobertos, por si e seus Dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

9.18.2. Além da mensalidade devida pelo CONTRATANTE em função do número de Beneficiários, será cobrada coparticipação na utilização pelos Beneficiários das coberturas (procedimentos garantidos fora da internação hospitalar), abaixo relacionadas:

a) As consultas estão sujeitas a uma coparticipação do CONTRATANTE, no percentual de 50% (cinquenta por cento);

b) À exceção da consulta, todos os procedimentos ambulatoriais previstos na cláusula terceira, item 3.2, estão sujeitos a uma coparticipação do CONTRATANTE no percentual de 20% (vinte por cento);

c) Terapias: 20% (vinte por cento);

d) Tratamento ocular quimioterápico com antiogênico: 20% (vinte por cento);

pelo CONTRATANTE. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de Beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis no período, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

10.6. A CONTRATADA poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

10.7. No caso do aposentado e do empregado demitido, que optarem pela manutenção do Plano, nos termos deste Contrato, será remetido boleto único de cobrança ao Titular, com o vencimento no mesmo dia para a quitação das faturas, conforme previsto nesta Cláusula, contendo os valores de sua responsabilidade.

10.8. Se o CONTRATANTE, bem como o aposentado e o empregado demitido, não receberem documento que os possibilitem realizar o pagamento de sua obrigação, em até 05 (cinco) dias antes da data do vencimento, deverão requerer segunda via junto à CONTRATADA, que enviará nova cobrança.

10.9. A perda, extravio ou não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o CONTRATANTE, bem como o aposentado e o demitido de efetuarem o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

10.10. O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

10.11. O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Contrato.

10.12. O pagamento dos valores devidos à CONTRATADA referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

10.13. No ato da assinatura deste Contrato, o CONTRATANTE não pagará à CONTRATADA nenhuma taxa de implantação, por beneficiário inscrito.

10.14. Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de responsabilidade do CONTRATANTE, bem como do aposentado e o servidor demitido, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, e inscrição nos cadastros restritivos de créditos, conforme o caso.

10.15. A CONTRATADA se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.

10.16. Do pagamento do Beneficiário

10.16.1 Salvo quanto aos Beneficiários aposentados, exonerados e demitidos, o CONTRATANTE é responsável pelo pagamento diretamente à CONTRATADA, o que não exime o Beneficiário de arcar com as parcelas de sua responsabilidade perante o CONTRATANTE.

11.7 Conforme o número de beneficiários vinculados ao presente Contrato, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes da carteira de beneficiários vinculada a este instrumento ou o agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais e coletivos por adesão vinculados a esta operadora com menos de 30 beneficiários, hipótese que poderá ser desmembrado em sub-agrupamentos, observada a legislação a esse respeito.

11.8 A primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a de assinatura deste instrumento e as datas seguintes considerarão o número de beneficiários apurado no mês de seu aniversário.

11.9 Do índice de reajuste para contratos não agrupados

11.9.1 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste obtido através da seguinte fórmula:

Reajuste = (1 + Máximo(0;RT)) x (1 + RF) – 1

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do IPCA, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, e com retroatividade de 2 meses do aniversário deste Contrato, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

RT = S/Sm – 1

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição deste Contrato), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de 75%

11.9.2 Excepcionalmente, poderá a administração da CONTRATADA, optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de negociação com o CONTRATANTE.

11.9.3 As partes poderão, de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula supracitada, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: FAIXA ETÁRIA

12.1 As mensalidades foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

FAIXA ETÁRIA		MENSALIDADE	Percentual de Reajuste
	0-18	69,17	----------
	19-23	89,93	30,00%
	24-28	99,82	11,00%
	29-33	112,80	13,00%
	34-38	126,33	12,00%

a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato administrativo / posse.

13.1.1.2 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 seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

13.2 DO APOSENTADO

13.2.1 O CONTRATANTE assegura ao Beneficiário Titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo estatutário ou relação jurídico-administrativa, pelo prazo mínimo de dez anos, 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 (artigo 31 da Lei nº 9.656/1998).

13.2.1.1 O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato administratico / posse, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

13.2.1.2 Na hipótese de contribuição pelo então servidor, 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.

13.2.1.3 Na hipótese do servidor que se aposentar continuar trabalhando no CONTRATANTE, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como beneficiário na condição de aposentado.

13.2.1.4 Em caso de óbito do servidor aposentado, que continuou trabalhando no CONTRATANTE, antes do exercício do direito previsto nesta Cláusula, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o servidor aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

13.3 DAS DISPOSIÇÕES COMUNS

13.3.1 O Plano tratado neste Contrato destina-se a categoria de Beneficiários ativos e ex-servidores exonerados sem justa causa ou aposentados, pelo que o direito previsto nesta Cláusula garantirá a manutenção do ex-servidor neste mesmo Plano.

13.3.2 O direito garantido nesta cláusula será assegurado ainda que o Beneficiário não esteja contribuindo para o Plano no momento da exoneração ou aposentadoria, desde que em algum momento tenha contribuído para o Plano. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o Plano.

13.3.3 A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta Cláusula, poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito quando da vigência do vínculo, a critério do próprio titular.

13.3.3.1 O ex-servidor exonerado ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

d) inadimplência do Beneficiário, ressalvados os casos de demitidos e aposentados, quando a exclusão por inadimplência caberá à CONTRATADA;

e) situações decorrentes das políticas internas do CONTRATANTE.

14.1.1 Na hipótese da alínea "a" deste item, é garantido ao beneficiário o direito de solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, observada a forma e requisitos previstos na regulamentação em vigor.

14.2 Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do Plano tratado neste instrumento, o CONTRATANTE deverá obrigatória e expressamente informar à CONTRATADA:

a) se o Beneficiário foi excluído por exoneração ou aposentadoria;

b) se o Beneficiário exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da RN279/11, ou seja, se é o caso de servidor aposentado que continuou trabalhando no CONTRATANTE após a aposentadoria;

c) se o Beneficiário contribuía para o pagamento do Plano tratado neste instrumento;

d) por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento; e,

e) se o ex-servidor optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

14.3 Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares deste Plano, mediante comprovação inequívoca de que o Beneficiário Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, bem como mediante a disponibilização das informações previstas no item anterior (quando aplicável).

14.4 A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência do CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

a) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;

b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;

c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;

d) quando o beneficiário solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, nos termos do item 14.1.1.

encaminhada ao endereço do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora; Aplicativos que permitem a troca de mensagem criptografada, bem como a confirmação de recebimento e leitura pelo destinatário (WhatsApp, Messenger e Afins); Ligações gravadas que possuam confirmação de dados pelo interlocutor, via número de telefone do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora; Torpedos SMS com aviso de leitura pelo destinatário, via número de telefone do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora.

c) Caso seja verificada a ilegitimidade do CONTRATANTE (inclusive pela não apresentação da documentação exigida na forma da Cláusula de Condições de Admissão deste instrumento), a CONTRATADA enviará notificação, com prazo de 60 (sessenta) dias, para que o CONTRATANTE comprove a regularidade do seu registro nos órgãos competentes, sob pena do contrato restar rescindido de pleno direito.

d) Na hipótese em que a CONTRATANTE exclua beneficiários, fazendo com que o contrato abranja um número inferior a 3 (três) vidas por um período superior a 60 (sessenta) dias, descaracterizando o Plano Empresa, este será rescindido.

15.2 Independente do direito de notificar quanto à rescisão do Contrato após 20 (vinte) dias de inadimplência, a CONTRATADA poderá ainda suspender os atendimentos após 10 (dez) dias sucessivos de falta de pagamento, independente de notificação prévia.

15.3 É facultado ao CONTRATANTE denunciar o Contrato a qualquer tempo, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à CONTRATADA.

15.4 É facultado à CONTRATADA rescindir motivada ou imotivadamente este contrato no mês de seu aniversário, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida ao CONTRATANTE, indicando as razões da rescisão.

15.5 Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pelo CONTRATANTE para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

15.6 Não será admitida a inclusão ou exclusão de Beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

15.7 A CONTRATADA reserva-se ao direito de cobrar do CONTRATANTE, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e a seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da CONTRATADA.

15.8 Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão, havendo beneficiários em período de internação, compromete-se o CONTRATANTE a arcar integralmente com as respectivas despesas, até que ocorra a alta hospitalar do beneficiário inscrito neste contrato.

15.09 É responsabilidade do CONTRATANTE comunicar, com antecedência, aos beneficiários inscritos no plano a rescisão deste contrato.

15.10 Nos termos da Resolução nº 19/1999, do Consu, no caso de cancelamento do benefício assegurado neste contrato pelo CONTRATANTE, é assegurado ao beneficiário inscrever-se em plano individual/familiar oferecido pela CONTRATADA, sem necessidade de cumprimento de novos prazos

h) CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;

i) COBERTURA: garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;

j) COMPANHEIRO: pessoa que vive em união estável com outrem, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;

k) COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;

l) CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;

m) EXAMES COMPLEMENTARES SIMPLES: são considerados exames simples de diagnóstico e terapia: análises clínicas, à exceção de genética e alta complexidade, anatomia patológica/cito-patologia, eletrocardiograma e raios-x, à exceção dos contrastados;

n) HOSPITAL DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;

o) INTERNAÇÃO HOSPITALAR: situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;

p) MÉDICO ASSISTENTE: médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente.

16.2 Por convenção, adotou-se neste Contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

16.3 A CONTRATADA fornecerá aos Beneficiários o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Beneficiários.

16.4 É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do Beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente instrumento. Nos casos em que os cartões não foram devolvidos, na forma acima, deverá o Beneficiário Titular assinar Termo próprio se responsabilizando por eventual má utilização dos serviços.

18.1. As partes elegem o foro do município de Ponte Nova para dirimir as questões resultantes do presente contrato renunciando a qualquer outro.

Por se acharem justos e acordados, firmam o presente instrumento em 04 (quatro) vias de igual teore forma, para um só efeito legal.

Ponte Nova, 02 de janeiro de 2023.

Sr. Wagner Mol Guimarães
Prefeito Municipal

Lucimar Regina de Oliveira Fonseca
Superintendente Executiva

Publicado por:
Rosemary Pereira da Costa
Código Identificador:42E8D3CA

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
DECRETO Nº 12801/2022 ABRE CREDITO ADICIONAL SUPLEMENTAR

DECRETO Nº 12801/2022

ABRE CREDITO ADICIONAL SUPLEMENTAR

O PREFEITO MUNICIPAL de PONTE NOVA, no uso de suas atribuições legais, nos termos da Lei No 4320/64
e, Lei Municipal Nº 4531 / 2021
CONSIDERANDO:
O que estabelece o inciso I do art. 4º da referida lei Fica o Poder Executivo autorizado a:III-abrir
créditos suplementares, respeitadas as demais prescrições constitucionais e nos termos da Lei Federal
nº 4.320/1964 até o limite de 20% (vinte por cento) do excesso de arrecadação apurado no exercício
DECRETA:
Artigo 1º - Ficam abertos creditos Adicionais SUPLEMENTARES para suprir as seguintes dotações do
orçamento vigente:
[illegible]XECUTIVO MUNICIPAL
[illegible]7 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
02.07.01 ADMINISTRACAO GERAL DA SEMSA
10 Saude
10.122 Administracao Geral
10.122.0017 ADMINISTRAÇÃO GERAL DO FUNDO M. DE SAUD
10.122.0017.8002 CONTRIBUICOES AO CONSORCIO INTERMUNICIP
3.1.71.70.00 305 Rateio pela Particip. Consórcio Público 7.155,79
1.02.00 Recursos Próprios - Saúde mínimo 15% 7.155,79
3.3.71.70.00 306 Rateio pela Particip. Consórcio Público 18.132,97
1.02.00 Recursos Próprios - Saúde mínimo 15% 18.132,97
02.07.02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
10 Saude
10.122 Administracao Geral
10.122.0017 ADMINISTRAÇÃO GERAL DO FUNDO M. DE SAUD
10.122.0017.2063 MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO FUNDO MUNI
3.3.90.39.00 312 Outros Serv. Terceiros - Pessoa Jurídica 222,33
1.02.00 Recursos Próprios - Saúde mínimo 15% 222,33
[illegible]1.39.00 315 Outros Serv. Terceiros -Pessoa Jurídica 124,35
[illegible].00 Recursos Próprios - Saúde mínimo 15% 124,35
10.122.0017.2065 MANUTENCAO DA FROTA DO FMS
3.3.90.39.00 323 Outros Serv. Terceiros - Pessoa Jurídica 4.399,62
1.02.00 Recursos Próprios - Saúde mínimo 15% 4.399,62
10.301 Atencao Basica
10.301.0018 PROGRAMA DE ASSISTENCIA AMBULATORIAL
10.301.0018.2490 PAGAMENTO DE PESSOAL E ENCARCOS PNAISP
3.1.90.04.00 360 Contratação por Tempo Determinado 23.693,50
1.02.00 Recursos Próprios - Saúde mínimo 15% 23.693,50
10.302 Assist. Hospitalar e Ambulatorial
10.302.0021 ASSIST. AMBUL. MEDIA COMPLEXIDADE - RED
10.302.0021.2090 MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO CAPS
3.3.91.39.00 408 Outros Serv. Terceiros -Pessoa Jurídica 188,07
1.02.00 Recursos Próprios - Saúde mínimo 15% 188,07
10.302.0021.2369 MANUTENÇÃO DAS UNIDADES DE ATENDIMENTO
3.3.91.39.00 429 Outros Serv. Terceiros -Pessoa Jurídica 539,03
1.02.00 Recursos Próprios - Saúde mínimo 15% 539,03
10.302.0022 ATEND DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE
10.302.0022.2103 ATENDIMENTO DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDAD

3.3.90.39.00 433 Outros Serv. Terceiros - Pessoa Jurídica 1.518.494,38
1.55.00 Transf. Recursos Fundo Estadual de 1.518.494,38
02.10 SECRETARIA MUNICIPAL DE MEIO AMBIENTE
02.10.01 ADMINISTRACAO GERAL DA SEMAM
18 Gestao Ambiental
18.122 Administracao Geral
18.122.0031 ADMINISTRACAO GERAL DA SEMAM
18.122.0031.2163 PAGAMENTO DE PESSOAL E ENCARGOS SEMAM
3.1.90.13.00 614 Obrigações Patronais 447,00
1.00.00 Recursos Não Vinculados de Impostos 447,00
18.541 Preservacao e Conservacao Ambiental
18.541.0033 GESTAO DE RESIDUOS SOLIDOS
18.541.0033.2484 GESTAO DE RESIDUOS SOLIDOS URBANOS
3.1.90.13.00 618 Obrigações Patronais 22.000,00

DECRETO Nº 12801/2022

ABRE CREDITO ADICIONAL

SUPLEMENTAR

1.00.00 Recursos Não Vinculados de Impostos 22.000,00
02.12 SECRETARIA MUNIC. PLANEJ. E DESENV. ECO
02.12.01 SECRETARIA MUNIC. PLANEJ. E DESENV. ECO
04 Administracao
04.363 Ensino Profissional
04.363.0045 DESENVOLVIMENTO ECONOMICO
04.363.0045.2512 PAGAMENTO DE PESSOAL E ENCARGOS - CVT
3.1.90.04.00 710 Contratação por Tempo Determinado 3.746,00
1.00.00 Recursos Não Vinculados de Impostos 3.746,00
3.1.90.13.00 712 Obrigações Patronais 2.141,00
1.00.00 Recursos Não Vinculados de Impostos 2.141,00

02.06 SECRETARIA MUNIC. ASSIST. SOCIAL E HABI
02.06.03 ASSISTENCIA A CRIANCA E AO ADOLESCENTE
08 Assistencia Social
08.244 Assistencia Comunitaria
08.244.0075 BLOCO DA GESTAO
08.244.0075.2470 ÍNDICE DE GESTÃO DESC. MUNICIPAL - IGDB
3.1.90.04.00 850 Contratação por Tempo Determinado 210,01
1.29.00 Transf. Rec.Fund.Nacional A.Social - 210,01
TOTAL: R$ 1.601.494,05
Artigo 2º - Para Atender ao disposto no(s) artigo(s) acima, utilizar-se-a como recurso o abaixo
descrito, nos termos do artigo 43, parágrafo 1º da Lei 4320/64.Por Excesso de Arrecadação:

R$ 1.601.494,05

Artigo 3º - Revogadas as disposições em contrário, entra este Decreto em vigor, na data de sua publicação.

PONTE NOVA, 12 DE DEZEMBRO DE 2022

WAGNER MOL GUIMARAES
CPF: 715.603.006-04
Prefeito Municipal

AFONSO MAURO PINHO RIBEIRO
CPF: 143.956.146-04
Secretario Mun.de Planejamento e Des.economico

Publicado por:
Rosemary Pereira da Costa
Código Identificador:DD9ECF57

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
EXTRATO DE CONTATO. PROCESSO Nº 123/2022
INEXIGIBILIDADE Nº: 010/2022. CONTRATO Nº 194/2022

Processo Nº 123/2022 Inexigibilidade Nº: 010/2022. Contrato Nº 194/2022. Objeto: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde

prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia. Contratada: Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho, inscrita no CNPJ sob o nº 26.150.979/0001-78.

Publique-se.

WAGNER MOL GUIMARÃES
(Prefeito Municipal).

Publicado por:
Sandra Helena de Carvalho Lana
Código Identificador:614AA34B

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA
DECRETO Nº 12802/2022 ABRE CREDITO ADICIONAL SUPLEMENTAR

DECRETO Nº 12802/2022

ABRE CREDITO ADICIONAL SUPLEMENTAR

O PREFEITO MUNICIPAL de PONTE NOVA, no uso de suas atribuições legais, nos termos da Lei No 4320/64 e, Lei Municipal Nº 4639 / 2022
CONSIDERANDO:
Fica autorizada a abertura de crédito adicional suplementar no orçamento vigente, no valor de R$1.724.360,00, nas seguintes unidades e funcionais programáticas: 10.302.0022.2103 - 10.302.0022.
2107.Os recursos necessários ao atendimento das despesas constantes no artigo 1º desta Lei correrão à conta do superávit financeiro do exercício de 2021, sendo: R$ 857.360,00 (oitocentos e cinquenta e sete mil, trezentos e sessenta reais) recursos do Fundo Estadual de Saúde e R$ 867.000,00(oitocen_tos e sessenta e sete mil) recursos do Fundo Nacional de Saúde, conforme inciso I, do § 1º,do art.43, da Lei Federal nº 4.320/64.
DECRETA:
Artigo 1º - Ficam abertos creditos Adicionais SUPLEMENTARES para suprir as seguintes dotações do orçamento vigente:
02 EXECUTIVO MUNICIPAL
02.07 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
02.07.02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
10 Saude
10.02 Assist. Hospitalar e Ambulatorial
10.02.0022 ATEND DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE
10.302.0022.2103 ATENDIMENTO DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDAD
3.3.90.39.00 433 Outros Serv. Terceiros - Pessoa Jurídica 1.247.360,00
2.55.00 Transf. Recursos Fundo Estadual de 857.360,00
2.59.00 Transf. Rec SUS - Bloco Manut ASP 390.000,00
10.302.0022.2107 MANUTENÇÃO DO PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃ
3.3.90.41.00 436 Contribuições 445.000,00
2.59.00 Transf. Rec SUS - Bloco Manut ASP 445.000,00
TOTAL: R$ 1.692.360,00
Artigo 2º - Para Atender ao disposto no(s) artigo(s) acima, utilizar-se-a como recurso o abaixo descrito, nos termos do artigo 43, parágrafo 1º da Lei 4320/64.
Por Superavit Financeiro:
R$ 1.692.360,00

Artigo 3º - Revogadas as disposições em contrário, entra este Decreto em vigor, na data de sua publicação.

PONTE NOVA, 14 DE DEZEMBRO DE 2022

WAGNER MOL GUIMARAES
CPF: 715.603.006-04
Prefeito Municipal

AFONSO MAURO PINHO RIBEIRO
CPF: 143.956.146-04
Secretario Mun.de Planejamento e Des.Economico

450

Publicado por:
Rosemary Pereira da Costa
Código Identificador:F8DDB593

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRADOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRADOS
EXTRATO DE PUBLICAÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRADOS, torna público o Plano de Contratações para o ano de 2023, disponível no site: www.prados.mg.gov.br. Informações somente através do e-mail: licitacao@prados.mg.gov.br.

Publicado por:
Fernanda Aparecida Velho
Código Identificador:8195DA5E

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DO RIO ABAIXO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DO RIO ABAIXO
EXTRATO DE PUBLICAÇÃO

NÚMERO DO PROCESSO N.º 109/2022
DISPENSA DE LICITAÇÃO N.º 54/2022

FUNDAMENTO LEGAL:	Art. 75 Inciso II LEI FEDERAL Nº 14.133/2021
FORNECEDOR:	**OLIBERTO FERNANDES NICACIO 92280676672**
CNPJ:	**26.905.817/0001-00**
OBJETO:	**CONTRATAÇÃO DE EMPRESA OU PROFISSONAL ESPECIALIZADO PARA ORNAMENTAÇÃO COM MALHAS PARA O REVEILLON COM DATA PREVISTA PARA O DIA 31/12/2022, NA QUADRA POLIESPORTIVA LOCALIZADA A RUA MAJOR QUINTÃO, Nº 275, CENTRO.**
VALOR R$	**R$ 2.500,00.**

Certifico que o presente extrato fora publicado no Quadro de Aviso da Prefeitura Municipal, no prazo legal.

Santo Antônio do Rio Abaixo, 29 de Dezembro de 2022.

JOSÉ CLAUDIO FERREIRA DA SILVA
Agente de Contratação

Publicado por:
Maria Luiza Rodrigues Navarro
Código Identificador:D9093E05

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO SAPUCAÍ

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO SAPUCAÍ
EXTRATO DE PRORROGAÇÃO CONTRATUAL

EXTRATO DE ADITIVO CONTRATUAL
PROCESSO 032/2022 – TOMADA DE PREÇO N° 001/2022

O Departamento de Licitações da Prefeitura Municipal de São Gonçalo do Sapucaí, no uso de suas atribuições, torna público, 4° aditivo contratual. CONTRATANTE: **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO SAPUCAÍ-MG**. CONTRATADO: **SUDESTE MINAS CONSTRUTORA LTDA - ME**, inscrito no