

**CONVITE N. 002/2017**

O **CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL – 12ª REGIÃO (CRESS/SC)**, pessoa jurídica de direito público constituída sob a forma de autarquia corporativa, inscrita no CNPJ/MF sob o n. 76.757.099/0001-99, estabelecida na Rua dos Ilhéus, 38, Ed. Aplub, Conjunto 1004/1005/1006, Centro, CEP 88101-560, Florianópolis/SC, representada por sua Presidente, a Assistente Social Rosana Maria Prazeres, comunica a quem interessar que realizará licitação, na modalidade Convite, para a contratação de **PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL** para os funcionários do Conselho licitante nos termos deste Edital e anexo(s), processando-se nos moldes da Lei n. 8.666/93 e legislação correlata em vigor.

**1. OBJETO DA LICITAÇÃO.**

- 1.1. Constitui objeto desta licitação, a contratação de **Plano de Saúde Empresarial** que contemple o atendimento médico-hospitalar, incluindo serviços de obstetrícia e ambulatoriais, no mínimo de **âmbito estadual**, nos termos da legislação vigente, aos trabalhadores/as pertencentes ao quadro, bem como seus dependentes devidamente especificados no Anexo II deste Edital, nos termos da Lei n. 9.656/98, com atendimento por meio de rede própria e/ou credenciada de médicos, clínicas, laboratórios, hospitais e outros estabelecimentos especializados, **SEM carência e SEM cobrança de valores de coparticipação**.
- 1.2. A cobertura do objeto contratado deverá incluir o reembolso segundo a tabela de referência da contratada vigente à época, onde não houver rede própria de atendimento.
- 1.3. A empresa proponente deverá ter, no mínimo, um hospital credenciado nas regiões do Estado de Santa Catarina.
- 1.4. O objeto contratado deverá atender todas as especificações contidas no Anexo I deste Edital.
- 1.5. Trata-se de licitação cujo julgamento terá por critério o MENOR PREÇO GLOBAL MENSAL.
- 1.6. Os preços serão considerados POR FAIXA ETÁRIA, conforme quadro Anexo, parte integrante do presente Edital (Anexo II).

- 1.7. Considerando a pré-existência de plano de saúde que abrange os funcionários/as e seus dependentes, **é condição objetiva do objeto a migração de plano de saúde sem exigência de prazo de carência para todos os atendimentos.**
- 1.8. São partes integrantes do presente Edital, além do(s) respectivo(s) anexo(s), o Projeto Básico de Licitação e a Minuta de Contrato, estando a proponente vinculada a todos os referidos termos.

## **2. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CERTAME**

- 2.1. Poderão participar da presente licitação as empresas interessadas, inscritas ou não no cadastro de fornecedores deste Conselho Profissional, ou que manifestem interesse no prazo de até 1 (um) dia antes da data de abertura dos envelopes.
- 2.2. Não serão admitidas ao presente certame as empresas suspensas do direito de licitar com órgãos públicos federais, no prazo e nas condições do impedimento, bem como aquelas declaradas inidôneas por qualquer outro órgão da Administração Pública, nos termos do art. 87, inciso III e IV da Lei n. 8.666/93 e alterações.
- 2.3. Não poderão participar desta licitação as pessoas físicas.
- 2.4. Não será permitida a participação de consórcios.
- 2.5. Não será permitida a participação de empresas sob processo de falência ou concordata, em recuperação judicial com concurso de credores, em dissolução, em liquidação, e empresas controladoras, coligadas ou subsidiárias entre si.
- 2.6. É condição de participação neste certame que o ramo de atividade da proponente seja compatível com o objeto deste Edital.
- 2.7. Não será permitida a participação de empresa que possua em seu quadro de pessoal menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz desde que acima de quatorze anos, ou possua menores de dezoito anos em atividades noturnas, insalubres e/ou perigosas, conforme art. 7º, inc. XXXIII, da CF/88.

## **3. PRAZOS**

- 3.1. Os convites serão entregues aos convidados a partir de **10/05/2017.**

- 3.2. Os envelopes serão apresentados pelas proponentes até às **14h do dia 22/05/2017**, na sede do CRESS/SC, com endereço na Rua dos Ilhéus, n. 38, Ed. Aplub, sala 1005, CEP 88010-560, Florianópolis – SC. Não se admitirá a remessa de propostas por qualquer outro meio que não seja a entrega pessoal dos documentos originais. Quando recebidas, o CRESS/SC fará o correspondente protocolo.
- 3.3. Demais interessadas, não convidadas, que desejem participar do certame deverão demonstrar esse interesse **até o dia 21/05/2017**, sem prejuízo da data e hora final para apresentação de propostas, devendo entregar a documentação no prazo estabelecido no item 3.2.
- 3.4. Durante o prazo iniciado em 10/05/2017 (3.1.) e encerrado em 22/05/2017 (3.2.) o CRESS/SC manterá sempre um membro da Comissão de Licitação no local para prestar esclarecimentos aos interessados.
- 3.5. A abertura dos envelopes e julgamento das habilitações e propostas dar-se-á no dia **25/05/2017 às 13h00min**.
- 3.6. O prazo para recurso iniciará em **26/05/2017**, tendo término às **18h do dia 29/05/2017**.
- 3.7. Caso sejam interpostos recursos, estes serão julgados **às 10h do dia 30/05/2017**, quando, após decididos, serão abertos os Envelopes n. 2 e julgadas as propostas, declarando-se a vencedora. No caso de empate entre as propostas, a vencedora será declarada após o sorteio (art. 45 da Lei n. 8.666/93) a ser realizado em seção pública no mesmo dia, após o julgamento dos recursos, se houverem, para o que ficam as empresas licitantes desde já convocadas.
- 3.8. Findo o prazo recursal (3.6), decididas às habilitações e as propostas (3.6.), será homologado o certame licitatório em **30/05/2017**.
- 3.9. O contrato decorrente desta licitação terá a duração de 12 (doze) meses contados da data de assinatura do instrumento contratual, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, limitado a 60 (sessenta) meses, desde que o contrato ofereça preços e condições mais vantajosas para o Licitante, nos termos do art. 57, inciso II, da Lei n. 8.666/93.

- 3.10. Caso sejam necessários maiores esclarecimentos, deverão ser feitos questionamentos por escrito e entregues pessoalmente na sede do CRESS/SC ou enviados para o e-mail [licitacao@cress-sc.org.br](mailto:licitacao@cress-sc.org.br).
- 3.11. As datas descritas no item 3 deste Edital poderão ser alteradas na medida em que deixem de ser interpostos alguns dos recursos devendo sempre os proponentes ser intimados dos próximos atos, admitindo-se desde já a intimação por qualquer meio, inclusive eletrônico (e-mail).

#### **4. INADIMPLEMENTO NA LICITAÇÃO E CONTRATO.**

- 4.1. O recebimento do Convite, sem apresentação de proposta, não gera penalidade à interessada, exceto a sua exclusão do certame.
- 4.2. O descumprimento das disposições contratuais implicará em encerramento do Contrato e responsabilidade civil da Contratada, por todos os atos e omissões que praticar com dolo ou culpa, inclusive de seus prepostos, tudo de acordo com o documento contratual anexo.
- 4.3. A vencedora da presente licitação, que por sua culpa não assinar o Contrato no prazo previamente estipulado, terá seu direito cessado, ocasião em que será chamada a segunda colocada para assinatura do Contrato, desde que aceite as mesmas condições da primeira colocada.

4

#### **5. LOCAL DE OBTENÇÃO DE DOCUMENTOS.**

- 5.1. O Projeto Básico de Licitação, bem como demais documentos como o Convite e a Minuta do Contrato poderão ser obtidos, mediante fotocópia, na sede do CRESS/SC, situada na Rua dos Ilhéus, n. 38, Ed. Aclub, Sala 1005, CEP 88010-560, Florianópolis/SC, ficando a critério da Comissão de Licitação o envio de tais documentos por meio eletrônico aos convidados. Não se admitirá que qualquer documento original seja retirado da repartição.
- 5.2. Em razão das características do objeto a ser licitado, não há projeto executivo.
- 5.3. Junto ao Convite, cada interessado poderá requerer uma cópia da Minuta do Contrato a ser celebrado e o Projeto Básico de Licitação, estando de qualquer forma vinculado e submetido às condições previstas nos três instrumentos.

## **6. DA PROPOSTA.**

### **Envelope 1:**

6.1. A pessoa jurídica proponente deverá apresentar, em envelope lacrado e devidamente identificado (Envelope 1), os seguintes documentos para sua habilitação ao procedimento licitatório em questão:

I. Cópia dos documentos de CNPJ/MF, Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social EM VIGOR, devidamente registrado, para as sociedades empresárias, acompanhado do documento de eleição dos administradores, no caso de sociedades anônimas;

II. Certidão Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Municipais do domicílio fiscal da empresa;

III. Certidão Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Estaduais;

IV. Certidão Conjunta Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais e Contribuições Previdenciárias;

V – Certidão Negativa de Débitos para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS;

VI – Prova do cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, mediante **declaração sob as penas da lei**;

VII – Ao menos 3 (três) Atestados de Capacidade Técnica conferido por tomador de serviço semelhante ao licitado, cliente da empresa proponente.

VIII – Certidão Negativa de Falência ou Recuperação Judicial, referente aos últimos 5 (cinco) anos, expedida pelos Distribuidores da Justiça do domicílio da sede da proponente, em data não anterior a 30 (trinta) dias da data de entrega das propostas.

IX – Registro e autorização para operar planos e/ou seguros de saúde, os quais deverão ser emitidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). OBS.: As Cooperativas ficam obrigadas, sob pena de inabilitação, a apresentar Certidões expedidas pela ANS referentes a todas as cooperativas que sejam responsáveis pela prestação dos serviços, conforme determinam os Acórdãos 668/2005-Plenário-TCU e 306/2006-Primeira Câmara – TCU.

X – Comprovação de que atende a prestação de serviços objeto da presente licitação, por meio de rede credenciada em todo o Estado de Santa Catarina, devendo constar do referido documento o nome, o endereço e a especialidade dos profissionais médicos e laboratórios, clínicas, prontos socorros e hospitais credenciados que demonstrem que a proponente possui em sua rede credenciada, da seguinte infra-estrutura mínima de atendimento no plano a ser ofertado: atendimento 24h/dia nas especialidades de clínica geral, pediatria, cirurgia geral, gineco-obstetrícia, ortopedia e cardiologia.

6.2. Os documentos que não forem obtidos eletronicamente devem ser autenticados previamente, em cartório ou pelo próprio Conselho licitante (exceto as declarações descritas no inciso VI e VII do item 6.1, esta última em que bastará constar a assinatura do responsável e o carimbo da empresa; bem como o documento do item X acima) ou, no momento de abertura dos envelopes, deverão ser apresentados os documentos originais para autenticação das cópias anexadas ao Envelope 1 pela Comissão de Licitação.

#### **Envelope 2:**

6.3. A proponente deverá apresentar, em envelope lacrado e devidamente identificado (Envelope 2), documento contendo sua proposta, consignando todos os preços e, ao seu final, o **valor total e por extenso**, calculado sobre a quantidade de planos previstos, para que dele não paire dúvida uma vez que o julgamento das propostas será feito pelo **MENOR PREÇO GLOBAL MENSAL**, considerando-se todos os funcionários e dependentes envolvidos conforme Anexo II.

6.4. O envelope contendo a proposta (Envelope n. 2), que somente será aberto se a empresa proponente for habilitada previamente ao certame, deverá conter em seu interior, de forma clara e precisa, os seguintes elementos e requisitos:

I – Prazo de validade da proposta não inferior a 60 (sessenta) dias, contados da data de apresentação;

II – A proposta deverá ser assinada, ao final, e rubricada em todas as folhas, por pessoa constituída legalmente para tal finalidade, devendo comprovar por documento hábil tal investidura;

III – Especificação completa dos serviços, conforme Anexo I e condições estabelecidas no presente Edital;

IV – Preços unitários mensais conforme faixas etárias abaixo especificadas:

00 – 18 anos =

19 – 23 anos =

24 – 28 anos =

29 – 33 anos =

34 – 38 anos =

39 – 43 anos =

44 – 48 anos =

49 – 53 anos =

54 – 58 anos =

59 anos ou mais –

7

V – Preços para:

Taxa de Inscrição: Titular R\$ .....; Dependente/Agredado: R\$ .....

2ª Via do Cartão: Titular R\$ .....; Dependente/Agredado: R\$ .....

- 6.4. Os preços mensais fixos propostos deverão, obrigatoriamente, ser expressos em real e devem incluir todos os procedimentos, materiais e serviços disponibilizados, consultas, exames e quaisquer procedimentos realizados, encargos sociais, tributos, taxas e outras despesas decorrentes da execução do objeto, **sem** a co-participação dos beneficiários.
- 6.5. Caso seja verificado erro na multiplicação ou soma de valores, o Conselho Regional de Serviço Social – 12ª Região se reserva ao direito de fazer a correção, considerando-se os valores unitários como corretos.

**7. DA ABERTURA DAS PROPOSTAS E REALIZAÇÃO DOS JULGAMENTOS.**

- a) No dia **20/03/2017** às **14h30min**, na sede do CRESS/SC, na Rua dos Ilhéus, n. 38, Ed. Aclub, sala 1005, CEP 88010-560, Florianópolis/SC, serão abertos os envelopes de habilitação (Envelope n. 1).
- b) As candidatas que tiverem sua habilitação deferida terão abertos seus envelopes de propostas. As candidatas que tiverem sua habilitação indeferida terão seus envelopes de proposta (Envelope n. 2) devolvidos ainda lacrados.
- c) Dentre as candidatas habilitadas, será considerada vencedora aquela que apresentar o **menor preço global mensal**, respeitados os critérios do objeto, incluindo a ausência de coparticipação e ausência de carência para todos os procedimentos.
- d) Selecionada a vencedora do certame, será remetido à vencedora o Termo de Adjudicação, habilitando-a à assinatura do Contrato, que terá vigência nos termos do item 3.10.
- e) Será considerada vencedora do certame a empresa que apresentar o **MENOR PREÇO GLOBAL MENSAL**, constante de sua planilha de preços apresentada e que estejam dentro das normas que regem o presente Edital.
- f) Será desclassificada a proposta que esteja em desacordo com todos os itens solicitados ou, ainda, for apresentada de maneira incompleta, com preços inexequíveis, de valor simbólico ou, ainda, que ofereça proposta de outra licitante.
- g) No caso de empate entre duas ou mais propostas, a classificação será feita por sorteio, de acordo com o disposto no § 2º do art. 45 da Lei n. 8.666/93.
- h) No caso de inabilitação de todas as proponentes ou desclassificação de todas as propostas, a Comissão de Licitações poderá fixar o prazo de 3 (três) dias úteis para a apresentação de nova documentação ou de outras propostas escoimadas das causas que deram motivos à inabilitação ou desclassificação.
- i) Após o julgamento, a Comissão de Licitações encaminhará o processo para adjudicação do respectivo objeto e homologação do certame pela Presidente do Conselho licitante.

**8. DO JULGAMENTO, DESEMPATE E ADJUDICAÇÃO:**

8.1 - O JULGAMENTO DA HABILITAÇÃO será realizado segundo os critérios abaixo:

- a) serão inabilitados os licitantes que não apresentarem quaisquer dos documentos exigidos no item 6.1. deste ato convocatório;
- b) serão inabilitados os licitantes que apresentem quaisquer dos documentos, exigidos no item 6.1. deste Edital, com data de validade vencida;
- c) documentos com rasuras ou entrelinhas que ponham em dúvida a veracidade dos dados, acarretarão a inabilitação do concorrente.

8.2 - O JULGAMENTO DAS PROPOSTAS será realizado segundo os critérios abaixo:

- a) uma vez abertas as propostas, não serão admitidos cancelamentos, retificações de preços ou alterações nas condições estipuladas;
- b) serão desclassificadas as propostas que contenham entrelinhas, emendas, rasuras ou borrões, ou que ponham em dúvida a apresentação das mesmas;
- c) serão desclassificadas as propostas que não atenderem às especificações contidas neste ato convocatório;
- d) desclassificar-se-ão as propostas que não indiquem quaisquer das informações exigidas no item 6.4 deste Edital;
- e) no julgamento das propostas será adotado, exclusivamente, como critério de classificação, **O MENOR PREÇO GLOBAL, calculado de acordo com o número de vidas atualmente beneficiadas, sendo o valor final composto pelas mensalidades cobradas e pelas taxas de inscrição correspondentes, não fazendo parte do preço a taxa cobrada para emissão de 2ª via do Cartão, uma vez que não representará custo direto ao Licitante, mas sim, ao próprio beneficiário;**
- f) nos termos art. 48, inc. II, da Lei 8.666/93, os licitantes que apresentarem propostas com preços inexeqüíveis, serão desclassificados;
- g) licitantes cujas propostas contenham valores simbólicos, irrisórios ou iguais a zero, de acordo com o estabelecido no art. 44, § 3º, da Lei 8.666/93, serão desclassificadas;
- h) serão desclassificadas as propostas que contenham preço global manifestamente superior aos praticado no mercado, conforme art. 48, inc. I, da Lei 8.666/93.

- 8.3 - Não serão levadas em consideração, para efeito de julgamento, possíveis vantagens não previstas neste Edital, **inclusive propostas de coparticipação**.
- 8.4 - Havendo absoluta igualdade dos preços globais cotados, por duas ou mais propostas classificadas, a Comissão procederá ao desempate, através de sorteio, em data previamente divulgada, ou na mesma sessão de julgamento, na presença dos licitantes interessados e dos membros da Comissão Permanente de Licitação, conforme previsto no art. 45, § 2º, da Lei 8.666/93.
- 8.5 - Em caso de igualdade de preços entre duas ou mais propostas, sendo uma delas microempresa ou empresa de pequeno porte, deverá ser observado, para efeito de desempate, o que reza os artigos 44 e 45 da LC 123/06.
- 8.6 - O Conselho licitante poderá desclassificar a proponente até a assinatura do Contrato por despacho fundamentado, sem direito à indenização ou ressarcimento e sem prejuízo de outras sanções cabíveis, se tiver conhecimento de fato ou circunstância, anterior ou posterior ao julgamento da licitação que desabone sua idoneidade ou capacidade financeira, técnica ou administrativa.

## **9. DA SITUAÇÃO DAS CONCORRENTES APÓS O JULGAMENTO.**

- 9.1. Com a adjudicação da vencedora, as demais candidatas habilitadas ficarão em lista de espera.
- 9.2. O preço a ser pago na situação descrita em 9.1. será compatível com a proposta oferecida pela vencedora. Caso a segunda colocada não aceite o preço, será chamada a terceira colocada e, assim, sucessivamente.

## **10. DO CONTRATO.**

- 10.1. Integra o presente edital, a Minuta do Contrato cujas disposições disciplinarão as relações entre o Conselho licitante e a proponente vencedora do presente certame.
- 10.2. A licitante será convocada para, no prazo estabelecido no instrumento convocatório, apresentar-se para assinatura do respectivo Contrato, sob pena de incorrer nas sanções previstas em lei.

- 10.3. O mencionado Contrato terá a duração de 12 (doze) meses contados da data de assinatura do instrumento contratual, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, limitado a 60 (sessenta) meses, desde que o contratado ofereça preços e condições mais vantajosas para o Conselho licitante, nos termos do art. 57, inciso II, da Lei n. 8.666/93.
- 10.4. A contratada responsabilizar-se-á exclusivamente por todos e quaisquer encargos fiscais incidentes ou decorrentes do objeto deste certame, respondendo também exclusivamente, por todo e qualquer pagamento decorrente de relação empregatícia com seus empregados/cooperados/credenciados que executarão os serviços contratados, inclusive todos e quaisquer salários, remunerações, vantagens, verbas rescisórias e demais encargos, inclusive sociais e previdenciários, afastada qualquer hipótese de vínculo empregatício entre os empregados da contratada e o contratante.

## **11. DA FISCALIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE.**

- 11.1. O Conselho licitante reserva-se o direito de exercer a mais ampla fiscalização dos serviços contratados, fiscalização essa que, em nenhuma hipótese eximirá a contratada das responsabilidades contratuais e legais bem como de danos materiais ou morais que venham a ser causados, seja por atos ou omissões, de seus funcionários ou prepostos.
- 11.2. O Conselho licitante poderá acompanhar, caso entenda por necessário, a execução dos serviços de acordo com o Contrato, podendo recusar qualquer trabalho ou material de qualidade inferior.
- 11.3. A contratada responsabilizar-se-á pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes dos compromissos assumidos.

## **12. DAS INFORMAÇÕES.**

- 12.1. Os pedidos de esclarecimentos relacionados com o presente Edital deverão ser solicitados por escrito para a Comissão de Licitações somente sendo aceitos, porém, se apresentados em até 3 (três) dias úteis antes da data prevista para a entrega e abertura dos envelopes. As respostas serão enviadas a todos os licitantes que tiverem adquirido o edital,

por e-mail ou via *fac símile*, até 2 (dois) dias úteis anteriores à data de abertura dos envelopes.

### **13. DA COMPATIBILIDADE DA LICITAÇÃO COM OS RECURSOS DO CRESS/SC E TIPO DE CERTAME.**

13.1. O Conselho licitante não possui PPA e LDO, uma vez que os mesmos são instrumentos legislativos que fogem à sua competência normativa. Contudo, visando garantir segurança jurídica à contratada, seguem as seguintes informações:

I. Demonstração da arrecadação:

- a) 2014 – R\$ 1.361.725,54;
- b) 2015 – R\$ 1.439.950,40;
- c) 01/2016 até 11/2016 - R\$ 1.879.094,91.

II. Projeção de arrecadação:

- a) 2017 - R\$ 2.183.172,16.

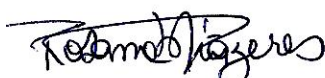
12

### **14. DISPOSIÇÕES FINAIS.**

14.1. O Conselho licitante se reserva o direito de aumentar ou diminuir os serviços contratados nos locais objeto da presente licitação, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento), de acordo com o § 1º do art. 65 da Lei n. 8.666/93, servindo de base de cálculo os preços unitários da proposta.

14.2. O Conselho licitante se reserva o direito de revogar ou anular a presente licitação, nos casos previstos em lei, observando o disposto no art. 49 da Lei n. 8.666/93.

Florianópolis, 9 de maio de 2017.



**Rosana Maria Prazeres**

A.S. nº 2840 CRESS 12ª Região  
Presidente

Membros da Comissão da Licitação



**Maria Dolores Thiesen**  
CRESS/SC 1811  
Presidente da Comissão  
de Licitação



**Daniel Colombo**



**Lúcia Bruneto**

# ANEXO I

## ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO

### 1 – COBERTURA:

A Proponente Vencedora dará **COBERTURA TOTAL** das despesas médico-hospitalares em caráter eletivo, internação ou emergência, sendo vedada a cobrança de qualquer valor do beneficiário do Plano de Saúde licitado, bem como a exigência de carência.

### 2 – BENEFICIÁRIOS:

**2.1.** São beneficiários do Plano de Saúde licitado, os Titulares e seus Dependentes e/ou Agregados.

**2.2.** São beneficiários na qualidade de Titulares, os funcionários ativos do Conselho licitante.

**2.3.** São beneficiários na qualidade de Dependentes, os filhos dos beneficiários Titulares, até os 18 (dezoito) anos de idade.

**2.4.** São beneficiários Agregados, aqueles cuja inclusão no Plano de Saúde seja requerida e custeada pelo beneficiário Titular, mediante desconto no seu salário dos valores correspondentes, desde que comprovadamente mantenha com o Titular uma das seguintes relações:

- a)** cônjuge ou companheiro(a) em união estável;
- b)** os filhos, enteados, sob a guarda ou tutela do Titular, maior de 18 (dezoito) anos e menor de 21 (vinte e um) anos e os incapacitados para o trabalho, inválidos ou interditados por alienação mental, sem limite de idade, devidamente comprovado por junta médica oficial, enquanto durar a invalidez;
- c)** os filhos, enteados, sob guarda, tutela do Titular, entre 21 (vinte e um) anos e 24 (vinte e quatro) anos, dependentes economicamente do Titular e estudantes de curso superior regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
- d)** o pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependentes economicamente do servidor Titular, conforme sua declaração e que constem no assentamento funcional.

### 3 – DAS CARÊNCIAS:

**3.1.** Ficam isentas de quaisquer carências os beneficiários constantes da relação atual de beneficiários.

**3.2.** A inscrição de novos beneficiários (recém-admitidos, recém-casados, recém-nascidos, etc) terá carência reduzida conforme se segue:

| <b>Carências</b> | <b>Urgências e Emergências</b> | <b>Consultas e Exames (Análises Clínicas)</b> | <b>Internações Clínicas, Cirurgias e Exames Especiais</b> | <b>Parto a Termo</b>                            | <b>Doenças Pré-Existentes</b> |
|------------------|--------------------------------|---|---|---|-------------------------------|
| Reduzidas        | 24 horas após a inscrição      | 10 (dez) dias após o início da inscrição      | 30 (trinta) dias após o início da inscrição (*)           | 300 (trezentos) dias após o início da inscrição | 24 (vinte e quatro) meses.    |

(\*) Exceto para os eventos a seguir, que continuam com 180 (cento e oitenta) dias de carência: cirurgia cardíaca, neurológica, vascular e cirurgia refrativa (conforme legislação); diálise, doenças infecto contagiosas; oncologia, oxigenoterapia hiperbátrica; próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico coberto; internação psiquiátrica; psicoterapia de crise; transplantes de rins e córneas.

**3.3.** Atualmente o número de vidas a serem beneficiárias com os serviços ora licitados é o constante do Anexo II, que contém igualmente a distribuição dos beneficiários por categoria (Titular, Dependente) e faixa etária.

**3.4.** Identificação dos beneficiários:

- a)** Os beneficiários (Titulares, Dependentes) receberão gratuitamente carteira de identificação personalizada a ser fornecida pela Contratada que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo Plano de Saúde;
- b)** Em caso de extravio da carteira de identificação, roubo, furto, incêndio ou enchente, devidamente comprovados por ocorrência policial, o custo da emissão de nova carteira será assumido integralmente pelo beneficiário Titular, inclusive no caso de seus Dependentes.
- c)** A carteira de identificação deverá ser devolvida pelo beneficiário quando da sua exclusão do Plano.

**d)** Quaisquer prejuízos causados pelo uso indevido da carteira de identificação durante o período em que permanecer cadastrado no Plano e após a vigência de sua exclusão do Plano serão única e exclusivamente de responsabilidade do beneficiário.

### **3.5. Exclusão do beneficiário:**

- a)** Os Titulares serão excluídos do Plano de Saúde nos casos de falecimento, demissão, aposentadoria ou quando solicitado pelo Titular.
- b)** Os Dependentes serão excluídos do Plano de Saúde nos caso de falecimento, quando o Titular ao qual estiver vinculado for excluído, quando não mais se enquadrar nas condições previstas para Dependentes (filhos até 18 anos) ou quando solicitado pelo Titular.
- c)** O Titular responderá pela sua omissão no caso de quaisquer prejuízos causados pelo uso indevido da carteira de identificação durante o período em que ele ou seus Dependentes / Agregados permanecerem cadastrados no Plano de Saúde e após a vigência de sua exclusão do Plano, o qual deverá efetuar o ressarcimento diretamente à Contratada.

## **4 – DOS SERVIÇOS:**

### **4.1. SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL**

A cobertura deste item compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no rol de procedimentos constantes na RN 82/04 (e posteriores alterações) observadas as seguintes abrangências:

#### **a) Cobertura de Consultas Médicas**

Garante as despesas efetuadas com a realização de consultas médicas, inclusive obstétricas para pré-natal.

- 1- como consulta médica entende-se o encontro do profissional devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina com o paciente não internado, para fins de assistência e tratamento médico, consistindo de exame clínico, interpretação de exames complementares para diagnóstico e prescrição terapêutica;
- 2 - Os retornos da primeira consulta para acompanhamento, avaliação de exames complementares e prescrição terapêutica não serão considerados como nova consulta e, conseqüentemente, não gerarão honorários;
- 3 - Não haverá limite de consultas por usuário.

**b) Cobertura de exames complementares**

Garante as despesas efetuadas com exames complementares realizados fora do regime de internação hospitalar.

**c) Cobertura de procedimentos ambulatoriais**

Garante as despesas efetuadas com a realização de pequenas cirurgias e/ou tratamentos ambulatoriais, mesmo que em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação, conforme definição no rol de procedimentos da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

**d) Cobertura de procedimentos ambulatoriais especiais**

Garante as despesas efetuadas com a realização dos seguintes procedimentos ambulatoriais, considerados especiais.

- 1 - Hemodiálise e Diálise Peritoneal - CAPD;
- 2 - Quimioterapia Ambulatorial;
- 3) Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc.);
- 4- Hemoterapia Ambulatorial e
- 5 - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

**e) Cobertura de atendimento psiquiátrico ambulatorial**

Garante o tratamento ambulatorial de todos os transtornos psiquiátricos codificados na classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde 10ª revisão (CID - 10), sendo cobertos os seguintes atendimentos:

- a) tratamento básico, entendendo-se como tal, aquele que prestado por médico, com número ilimitado de consultas;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- c) atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes; e ,
- d) psicoterapia de crise entendendo-se como tal, o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12

semanas, tendo início imediatamente, atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 sessões por ano/usuário.

#### **4.2. SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR**

A cobertura deste item garante os atendimentos e despesas médicas e/ou hospitalares a seguir elencados:

##### **a) Cobertura de internação**

Garante as despesas médicas e/ou hospitalares efetuadas com internamentos para fins clínicos ou cirúrgicos que necessitem de ambiente hospitalar. Serão cobertas as despesas decorrentes de:

- 1- diárias de internação na acomodação prevista nas condições particulares;
- 2 - diárias de unidade de terapia intensiva - UTI - e unidade de isolamento ou similares;
- 3 - honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- 4 - exames complementares indispensáveis para o controle de evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia/radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internamento hospitalar;
- 5 - toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados; e,
- 6 - acomodação e alimentação padrão fornecida pelo hospital para um único acompanhante, desde que o paciente seja menor de 18 anos ou maior de 60 anos.

##### **b) Cobertura de procedimentos especiais durante a internação**

Garante as despesas médicas e/ou hospitalares realizadas durante o período de internação com os seguintes procedimentos, considerados especiais:

- 1 - Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- 2 - Quimioterapia;
- 3 - Radioterapia;
- 4 - Hemoterapia;
- 5 - Nutrição enteral e parenteral;
- 6 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- 7 - Embolizações e radiologia intervencionista;
- 8 - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- 9 - Fisioterapia;

10 - Transplantes de rins e córnea, bem como despesas com procedimentos vinculados, entendendo-se como tal, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

10.1) Despesas assistenciais com doadores vivos;

10.2) Medicamentos utilizados durante a internação;

10.3) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicação e manutenção;

10.4) Despesas com captação, transporte e preservação do órgão na FA de ressarcimento ao SUS.

*Obs.: o candidato a transplante de órgão proveniente de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá obrigatoriamente, estar inscrito em uma das centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos - CNDOS e se sujeitará ao critério de fila única de espera e de seleção.*

#### **c) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama**

Utilizando-se todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer conforme determina o art. 10-A da Lei n. 9.656/98.

#### **d) Cobertura de internamento psiquiátrico**

Garante tratamento sob regime de internamento hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos codificados na classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde 10ª revisão (CID - 10) sendo cobertos:

1 - o custo integral até 30 dias de internação, por ano de contrato, em hospital psiquiátrico ou em unidade de enfermagem psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

2- o custo integral até 15 dias de internação, por ano de contrato, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

3 - se os períodos de internação psiquiátrica acima descritos (15 e 30 dias) forem excedidos, a Contratante pagará a Operadora, a título de co-participação, o percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre os totais das despesas de internação do período em excesso;

4 - a cobertura em hospital-dia para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID-10, deverá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias

por ano. Cobertura para pacientes portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise com direito a 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral. Além desta cobertura, o usuário poderá dispor de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia.

#### **4.3. SEGMENTAÇÃO OBSTÉTRICA**

Compreende toda a cobertura prevista na segmentação ambulatorial e hospitalar, dos procedimentos relativos ao pré-natal, acrescida ainda da assistência às despesas médico-hospitalares efetuadas com internamentos motivados por gravidez e suas conseqüências, tais como: parto, cesariana, aborto involuntário, prenhez ectópica, bem como a curetagem uterina motivada por interrupção voluntária da gravidez quando assim determinada pelo médico responsável para evitar risco de vida da parturiente.

- a) Serão cobertas as despesas com assistência à saúde ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

### **5 – DO REEMBOLSO:**

**5.1.** Nas localidades onde a contratada eventualmente não tiver rede própria e/ou credenciada de atendimento, o reembolso será feito ao titular do plano, respeitando-se os honorários de cada localidade, mediante apresentação de nota fiscal (com carimbo comprovando o pagamento), recibos de honorários e laudos de procedimentos (se for o caso), todos originais

**5.2.** O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da tabela da contratada, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos, em via original, abaixo elencados, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial, podendo o prazo ser estendido de acordo com a complexidade do procedimento

**5.3.** Quando o valor efetivamente pago pelo Titular for maior do constante na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos da Associação Brasileira (CBHPM), prevalecerá, para fins de reembolso, o valor mínimo constante na CBHPM;

**5.4** O reembolso dos usuários do Plano de Saúde será fiscalizado pela Gerência Financeira do Contratante, a quem deve a Contratada comprovar no prazo de 30 (trinta) dias o pagamento ao Titular.

## ANEXO II

### QUADRO DE BENEFICIÁRIOS CRESS 12ª REGIÃO

| TITULAR                | DEPENDENTE(S) /<br>AGREGADOS   | DATA DE<br>NASCIMENTO | IDADE   |
|------------------------|--------------------------------|-----------------------|---------|
| Cassiano Ferraz        | -                              | 14/11/1980            | 36 anos |
| Cleverton C. Maciel    | -                              | 10/09/1977            | 39 anos |
| Daniel Colombo         | -                              | 15/10/1978            | 38 anos |
| Edinaura Luza          | 1                              | 01/08/1982            | 34 anos |
|                        | 1 (filha) – Lavinia Luza Zanco | 10/10/2015            | 1 ano   |
| Fabiana Luiza Negri    | 1                              | 19/01/1971            | 45 anos |
|                        | 1 (filha) – Isadora N. Cassaro | 08/05/2006            | 11 anos |
| Lucia Bruneto          | -                              | 13/09/1963            | 53 anos |
| Maria Dolores Thiesen  | 1                              | 02/05/1967            | 50 anos |
| Maiara P.S.Arten       | 1                              | 29/06/1987            | 29 anos |
|                        | 1 (filho) – Pedro Arten Lila   | 03/02/2015            | 2 anos  |
|                        | 1 (filho) - Heitor Arten Lila  | 10/01/2017            | 0 ano   |
| Tânia R.Dingee Goulart | 1                              | 24/09/1964            | 52 anos |
|                        | 1 (filha) – Juliane M.D. Cunha | 26/12/1998            | 17 anos |

**CONTRATO DE AQUISIÇÃO DE PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL  
CONFORME CONVITE n. 002/2017**

**Contratante:** O CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL - 12º REGIÃO, pessoa jurídica de direito público constituída sob a forma de autarquia fiscalizadora, estabelecida na Rua dos Ilhéus, 38, Ed. Aplub, Sl. 1005, Centro, CEP 88101 - 560, Florianópolis/SC, inscrito no CNPJ/MF sob o n. 76.757.099/0001 - 99, representado por sua Presidente, Rosana Maria Prazeres.

**Contratada:** XXXXXXXXXXXXXXXX, pessoa jurídica de direito privado, constituída sob a forma de sociedade limitada, estabelecida na \_\_\_\_\_ – CEP \_\_\_\_\_, XXXXXXXX/SC, inscrita no CNPJ/MF sob o nº \_\_\_\_\_, representada por seu diretor, Sr. \_\_\_\_\_.

As partes acima qualificadas resolvem, de comum acordo, celebrar o presente CONTRATO, em observância ao disposto na Lei n. 8.666/93, na Lei n. 9.656/98 e demais legislação correlata, com base nas cláusulas e condições seguintes, que mutuamente outorgam e aceitam.

**Cláusula Primeira – Do objeto do Contrato**

O presente Contrato tem por objeto proporcionar aos servidores do Contratante, seus dependentes e agregados conforme adiante definidos, a possibilidade de ingresso em Plano de Saúde administrado pela Contratada que contemple o atendimento médico-hospitalar, do tipo “ambulatorial e apartamento”, incluindo serviços de obstetrícia e ambulatoriais, de âmbito estadual, com atendimento por meio de rede própria e/ou credenciada de médicos, clínicas, laboratórios, hospitais e outros estabelecimentos especializados, sem carência e sem a cobrança de coparticipação.

§ 1º. A cobertura do Plano de Saúde ora contratado deverá incluir o reembolso, segundo a Tabela de Referência da Contratada, vigente à época, onde não houver rede própria ou credenciada de atendimento.

§ 2º. O objeto contratado deverá atender todas as especificações contidas no Anexo I, parte integrante do presente Contrato.

**Cláusula Segunda – Dos Beneficiários**

**2.1.** São beneficiários do Plano de Saúde contratado, os Titulares e seus Dependentes e/ou Agregados.

**2.2.** São beneficiários na qualidade de Titulares, os funcionários ativos do Conselho Contratante.

**2.3.** São beneficiários na qualidade de Dependentes, os filhos dos beneficiários Titulares, até os 18 (dezoito) anos de idade.

**2.4.** São beneficiários Agregados, aqueles cuja inclusão no Plano de Saúde seja requerida e custeada pelo beneficiário Titular, mediante desconto no seu salário dos valores correspondentes, desde que comprovadamente mantenha com o Titular uma das seguintes relações:

**a)** cônjuge ou companheiro(a) em união estável;

**b)** os filhos, enteados, sob a guarda ou tutela do Titular, maior de 18 (dezoito) anos e menor de 21 (vinte e um) anos e os incapacitados para o trabalho, inválidos ou interditados por alienação mental, sem limite de idade, devidamente comprovado por junta médica oficial, enquanto durar a invalidez;

**c)** os filhos, enteados, sob guarda, tutela do Titular, entre 21 (vinte e um) anos e 24 (vinte e quatro) anos, dependentes economicamente do Titular e estudantes de curso superior regular reconhecido pelo Ministério da Educação;

**d)** o pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependentes economicamente do servidor Titular, conforme sua declaração e que constem no assentamento funcional.

2

**2.5.** A dependência econômica das pessoas relacionadas no item 2.4. em relação ao Beneficiário Titular será comprovada por meio de declaração expressa dessa situação, assinada pelo Beneficiário Titular que se responsabilizará pelo fato, sob as penas da Lei.

### **Cláusula Terceira – Do Plano Oferecido e Das Coberturas Garantidas**

#### **3.1. SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL**

A cobertura deste item compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no rol de procedimentos constantes na RN 82/04 (e posteriores alterações) observadas as seguintes abrangências:

##### **a) Cobertura de Consultas Médicas**

Garante as despesas efetuadas com a realização de consultas médicas, inclusive obstétricas para pré-natal.

1- como consulta médica entende-se o encontro do profissional devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina com o paciente não internado, para fins de assistência e tratamento médico, consistindo de exame clínico, interpretação de exames complementares para diagnóstico e prescrição terapêutica;

2 - Não haverá limite de consultas por usuário.

**b) Cobertura de exames complementares**

Garante as despesas efetuadas com exames complementares realizados fora do regime de internação hospitalar.

**c) Cobertura de procedimentos ambulatoriais**

Garante as despesas efetuadas com a realização de pequenas cirurgias e/ou tratamentos ambulatoriais, mesmo que em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação, conforme definição no rol de procedimentos da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

**d) Cobertura de procedimentos ambulatoriais especiais**

Garante as despesas efetuadas com a realização dos seguintes procedimentos ambulatoriais, considerados especiais.

3

1 - Hemodiálise e Diálise Peritoneal - CAPD;

2 - Quimioterapia Ambulatorial;

3 - Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc.);

4 - Hemoterapia Ambulatorial e

5 - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

**e) Cobertura de atendimento psiquiátrico ambulatorial**

Garante o tratamento ambulatorial de todos os transtornos psiquiátricos codificados na classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde 10ª revisão (CID - 10), sendo cobertos os seguintes atendimentos:

a) tratamento básico, entendendo-se como tal, aquele que prestado por médico, com número ilimitado de consultas;

**b)** cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

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

**d)** psicoterapia de crise entendendo-se como tal, o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 semanas, tendo início imediatamente, atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 sessões por ano/usuário.

**f) Atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência.**

### **3.2. SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR**

A cobertura deste item garante os atendimentos e despesas médicas e/ou hospitalares a seguir elencados:

**a) Cobertura de internação:** Garante as despesas médicas e/ou hospitalares efetuadas com internamentos para fins clínicos ou cirúrgicos que necessitem de ambiente hospitalar. Serão cobertas as despesas decorrentes de:

**1-** diárias de internação na acomodação prevista nas condições particulares;

**2** - diárias de unidade de terapia intensiva - UTI - e unidade de isolamento ou similares;

**3** - honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

**4** - exames complementares indispensáveis para o controle de evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia/radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internamento hospitalar;

**5** - toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

**6** - acomodação e alimentação padrão fornecida pelo hospital para um único acompanhante, desde que o paciente seja menor de 18 anos ou maior de 60 anos;

**7** – cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;

**8** – órteses e próteses nacionais, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico.

**9** – Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela Contratada na acomodação em que o Beneficiário for inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

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

#### **b) Cobertura de procedimentos especiais durante a internação**

Garante as despesas médicas e/ou hospitalares realizadas durante o período de internação com os seguintes procedimentos, considerados especiais:

**1** - Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

**2** - Quimioterapia;

**3** - Radioterapia;

**4** - Hemoterapia;

**5** - Nutrição enteral e parenteral;

**6** - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

**7** - Embolizações e radiologia intervencionista;

**8** - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

**9** - Fisioterapia;

**10** - Transplantes de rins e córnea, bem como despesas com procedimentos vinculados, entendendo-se como tal, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

**10.1)** Despesas assistenciais com doadores vivos;

**10.2)** Medicamentos utilizados durante a internação;

**10.3)** Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicação e manutenção;

**10.4)** Despesas com captação, transporte e preservação do órgão na FA de ressarcimento ao SUS.

**c) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama**

Utilizando-se todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer conforme determina o art. 10-A da Lei n. 9.656/98.

**d) Cobertura de internamento psiquiátrico**

Garante tratamento sob regime de internamento hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos codificados na classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde 10ª revisão (CID - 10) sendo cobertos:

**1** - o custo integral até 30 dias de internação, por ano de contrato, em hospital psiquiátrico ou em unidade de enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

**2** - o custo integral até 15 dias de internação, por ano de contrato, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

**3** - se os períodos de internação psiquiátrica acima descritos (15 e 30 dias) forem excedidos, a Contratante pagará a Operadora, a título de co-participação, o percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre os totais das despesas de internação do período em excesso;

**4** - a cobertura em hospital-dia para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID-10, deverá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano. Cobertura para pacientes portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise com direito a 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral. Além desta cobertura, o usuário poderá dispor de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia.

**3.3. SEGMENTAÇÃO OBSTÉTRICA**

Compreende toda a cobertura prevista na segmentação ambulatorial e hospitalar, dos procedimentos relativos ao pré-natal, acrescida ainda da assistência às despesas médico-hospitalares efetuadas com internamentos motivados por gravidez e suas consequências, tais como: parto, cesariana, aborto involuntário, prenhez ectópica, bem como a curetagem uterina motivada por interrupção voluntária da gravidez quando assim determinada pelo médico responsável para evitar risco de vida da parturiente.

a) Serão cobertas as despesas com assistência à saúde ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

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

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

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

**I –** Quando o atendimento de emergência for efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nos moldes da cobertura ambulatorial, não garantindo cobertura para internação;

**II –** Quando o atendimento de urgência for decorrente de complicações no processo gestacional e efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nas mesmas condições estabelecidas na cobertura ambulatorial.

**3.7.** Está garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano (**estadual**).

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

**I** – na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a Contratada desse ônus;

**II** – 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;

**III** – a Contratada deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

**IV** – quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso II deste item, a Contratada estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

**3.9.** O Beneficiário poderá utilizar-se dos médicos ou instalações relacionados na rede de serviço da Contratada, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o Beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à Contratada efetuar o pagamento diretamente ao médico/instituição contratado(a), em nome e por conta do servidor.

8

**3.10.** Na hipótese de o Beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada (contratada = apartamento), deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

**3.11.** A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos será feita de forma a atender às necessidades dos Beneficiários, assim como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

#### **Cláusula Quarta – Do Reembolso**

**4.1.** Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional, ao Beneficiário do Plano quando não for possível a utilização dos serviços na rede própria, contratada ou credenciada pela ora Contratada, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo Plano, sempre que:

**I** – o serviço for realizado em localidade diversa da área de abrangência geográfica do Plano, se nesta não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;

**II** – se configurar urgência/emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;

**III** – houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

**4.2.** O reembolso dos procedimentos eletivos realizados fora da área de abrangência do Plano será efetuado, de acordo com os valores estabelecidos nas tabelas praticadas pelo Plano.

**4.3.** O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da tabela da contratada, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos, em via original, abaixo elencados, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial, podendo o prazo ser estendido de acordo com a complexidade do procedimento:

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

**II** – recibos de pagamento dos honorários médicos;

**III** – relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do Beneficiário no hospital; e,

**IV** – laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

**4.4.** Para fins de reembolso, o servidor deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de doze meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

## **Cláusula Quinta – Dos Procedimentos de Regulação**

**5.1.** A Contratada poderá exigir autorização para a realização de alguns procedimentos, informando a respectiva listagem ao Contratante e os Beneficiários desde o início da contratação.

**5.2.** A avaliação da autorização prévia dos procedimentos que a exigem deverá ocorrer no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, e em prazo inferior quando caracterizada a urgência ou emergência, sendo facultado à Contratada a solicitação de laudos e documentos equivalentes que justifiquem o procedimento.

**5.3.** Em caso de divergência médica a respeito da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de quarenta e oito horas contadas da formalização do processo. A junta médica será constituída por três membros, sendo o representante do procedimento ou membro nomeado pelo Beneficiário, um médico da Contratada e terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais. A remuneração ficará a cargo da Contratada, exceto quando o profissional eleito pelo beneficiário não pertencer à rede da operadora, caso em que seus honorários ficarão sob sua responsabilidade.

**5.4.** É facultada a substituição da entidade hospitalar, pela Contratada, desde que obedecidos os trâmites legais existentes e por outro equivalente, e mediante comunicação aos Beneficiários 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.

**5.5.** Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade da Contratada durante o 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 Contratada providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantido a continuação da assistência. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária a autorização prévia da ANS.

10

## **Cláusula Sexta - Do Pagamento.**

**6.1.** O Contratante repassará à Contratada, até o 15º dia subsequente à competência a que se refere, os valores relativos às inscrições e mensalidades dos Beneficiários (Titulares, Dependentes e Agregados), conforme relação de Beneficiários, documento integrante do presente Contrato, e de acordo com os valores relacionados na Proposta de Contratação.

**6.2.** O repasse dos recursos será efetuado por meio de crédito bancário, à vista da apresentação da(s) respectiva(s) Nota(s) Fiscal(is), emitida com o mesmo CNPJ e Razão Social apresentados para a habilitação e proposta, e do detalhamento dos

serviços utilizados pelos Beneficiários, com indicação do prestador, do custo total e do percentual de participação nas despesas, desde que comprovada a regularidade de sua situação fiscal.

**6.3.** As despesas administrativas necessárias para a consecução dos objetivos propostos no presente Contrato correrão por conta do Fundo de Administração da Contratada composto por até 15% (quinze por cento) das receitas de contribuição mensal previstas neste Instrumento.

**6.4.** A Contratada deverá fornecer extrato mensal de serviços, destinado a identificar a utilização e a respectiva participação nos custos dos usuários. Em caso de dúvidas quanto às informações do extrato de serviços prestados, o Contratante poderá solicitar à Contratada os esclarecimentos necessários.

**6.5.** Ocorrendo impontualidade no pagamento das contribuições pelo Contratante, serão acrescidos aos valores devidos, juros de mora no importe de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito atualizado.

**6.6.** O não pagamento das contribuições devidas pelo Contratante por dois meses consecutivos restringirá o Plano de Saúde às situações de urgência e emergência, na forma da legislação em vigor, sem prejuízo no disposto na legislação aplicável.

**6.7.** A Contratada fica ciente que, por ocasião dos pagamentos mensais, poderão ocorrer retenções nos termos e situações previstas na Instrução Normativa SRF n. 480/2004 e suas alterações.

**6.8.** A não entrega da Nota Fiscal e Fatura Mensal correspondente aos serviços do período autoriza o Contratante, segundo seu juízo discricionário, a não efetivar qualquer pagamento, até que os referidos documentos sejam apresentados.

11

### **Cláusula Sétima – Dos Reajustes dos Valores**

**7.1.** Os valores das contribuições pecuniárias definidas na Proposta de Contratação serão reajustados a cada 12 (doze) meses, conforme o INPC – Índice Nacional de Preços ao Consumidor, ou outro que o substitua, em conjunto com o Índice de Reajuste por Sinistralidade, apurado no período.

**7.2.** O índice de Sinistralidade será avaliado comparando-se a sinistralidade real apurada, com a definida como padrão ideal para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do Contrato.

**7.3.** O percentual de reajuste aplicado às contraprestações pecuniárias será comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar, nos termos da legislação vigente.

**Cláusula Oitava - Fonte de custeio**

A verba para custeio dos valores vinculados ao presente Contrato está prevista dotação orçamentária 6.2.2.1.1.01.04.01.003.

**Cláusula Nona – Da Prestação de Contas**

**9.1.** Além do Extrato dos Serviços Prestados apresentado mensalmente, a Contratada apresentará ao Contratante, semestralmente, quadro demonstrativo onde figure, detalhadamente, a receita arrecadada e as despesas verificadas com os Beneficiários do Plano de Saúde, em conformidade com as normas estabelecidas.

**9.2.** A prestação de contas final deverá ser apresentada ao Contratante, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data do término deste Contrato.

**Cláusula Décima – Das Carências**

**10.1.** Considerando a pré-existência de plano de saúde dos beneficiários, não serão exigidas carências, exceto aos novos beneficiários (recém-admitidos, recém-casados, recém-nascidos, etc), para os quais a carência será reduzida e ocorrerá da seguinte maneira:

| <b>Carências</b> | <b>Urgências e Emergências</b> | <b>Consultas e Exames (Análises Clínicas)</b> | <b>Internações Clínicas, Cirurgias e Exames Especiais</b> | <b>Parto a Termo</b>                            | <b>Doenças Pré-Existentes</b> |
|------------------|--------------------------------|---|---|---|-------------------------------|
| Reduzidas        | 24 horas após a inscrição      | 10 (dez) dias após o início da inscrição      | 30 (trinta) dias após o início da inscrição (*)           | 300 (trezentos) dias após o início da inscrição | 24 (vinte e quatro) meses.    |

(\*) Exceto para os eventos a seguir, que continuam com 180 (cento e oitenta) dias de carência: cirurgia cardíaca, neurológica, vascular e cirurgia refrativa (conforme legislação); diálise, doenças infecto contagiosas; oncologia, oxigenoterapia hiperbárica; próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico coberto; internação psiquiátrica; psicoterapia de crise; transplantes de rins e córneas.

**10.2.** Não será exigida qualquer forma de carência se a inscrição do Beneficiário ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da data de início de vigência deste Contrato.

**10.3.** É isento de carência o novo servidor, ocupante de cargo efetivo, e seus dependentes, se a adesão ao Plano ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da posse.

**10.4.** O filho natural ou adotivo do servidor está isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou da adoção.

**10.5.** É facultado ao Contratante utilizar o primeiro ano de contrato para efetuar a migração gradativa dos contratos de Planos de Saúde já existentes a fim de garantir a migração de Plano sem exigência de caso de carência para todos os atendimentos, EXCETO se a Contratada concordar em abolir expressamente os prazos de carência de todos os servidores e seus dependentes que, na data da publicação do Edital de Licitação para o objeto ora contratado já possuam Plano de Saúde.

### **Cláusula Décima Primeira – Das Obrigações da Contratada**

#### **11.1. São obrigações da Contratada:**

I – Viabilizar aos Beneficiários, por meio de sua rede de prestadores de serviços, os programas de assistência ambulatorial, hospitalar, fisioterápica e psicológica previstos no Plano de Saúde a que estejam vinculados;

II – Oferecer e disponibilizar atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional, independentemente da área de abrangência da Contratada ao qual está vinculado o Beneficiário (Plano Estadual);

III – Administrar o comando das inclusões, exclusões e reinclusões das contribuições mensais referentes aos serviços utilizados pelos Beneficiários;

IV – Fornecer o Cartão de Identidade aos Beneficiários do Plano;

V – Manter sistema informatizado de controle de arrecadação e gastos;

VI – Disponibilizar aos Beneficiários a relação de prestadores de serviços da área geográfica de abrangência do Plano de Saúde a que estejam vinculados;

VII – Fornecer ao Contratante, periodicamente, a relação da rede de prestadores de serviços e as demais informações pertinentes;

VIII – Informar, periodicamente, o detalhamento dos serviços utilizados pelos Beneficiários, com indicação do prestador, do custo total;

IX – Disponibilizar, trimestralmente, ao Beneficiário, extrato demonstrativo detalhado dos procedimentos utilizados pelos Beneficiários, com a indicação do prestador do serviço e data de sua realização;

X – Designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com o Contratante.

**11.2.** A Contratada reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei n. 9.656/98.

### **Cláusula Décima Segunda – Da duração do contrato**

**17.1** O termo inicial do presente contrato é o dia XX/XX/XXXX. Seu termo final é o dia XX/XX/XXXX, podendo ser renovado uma única vez por igual período.

### **Cláusula Décima Terceira – Da rescisão do contrato**

**18.1** O contrato poderá ser rescindido antecipadamente por qualquer um dos contratantes, ou não ser renovado, pelos motivos abaixo indicados:

14

I. Inexecução total ou parcial do contrato, especialmente no que se refere ao não cumprimento das atividades assinaladas ou, ainda, a inépcia e/ou desídia no cumprimento do dever, sem prejuízo de outras causas;

II. A paralisação do serviço, sem justa causa e prévia comunicação à Administração;

III. A subcontratação, caracterizada pela contratação de pessoas físicas e jurídicas, fora das hipóteses de substabelecimento indicadas;

IV. O cometimento reiterado de faltas na execução do serviço;

V. A dissolução, cisão ou incorporação da pessoa jurídica contratada.

VI. A modificação da previsão orçamentária da CONTRATANTE, que o leve à diminuição do valor a ser pago à assessoria, caso a redução não seja aceita pela CONTRATADA.

VII. Pela contratação da CONTRATADA em outro empregador ou contratante público que exija exclusividade;

VIII. Por comum acordo entre as partes;

**Cláusula Décima Quarta – Do foro competente**

As partes contratadas elegem o foro federal de Florianópolis, Santa Catarina para dirimir qualquer ação oriunda deste contrato.

E, por estarem de pleno acordo, as partes assinam o presente CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES em duas vias de igual teor e forma na presença de duas testemunhas.

Florianópolis, **xx** de **xxxxxx** de xxxx.

**Rosana Maria Prazeres**  
**A.S. nº 2840 CRESS 12ª Região**  
**Presidente**

**xxxxxxxxxxxxxxxxxx**  
**xxxxxxxxxxxxxxxxxx**  
CNPJ/MF xxxxxxxxxxxx

15

Testemunhas:

\_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF/MF n.

\_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF/MF n.