

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL – 12ª REGIÃO**PREGÃO ELETRÔNICO Nº 001/2024
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 40/2024
EDITAL Nº 002/2024**

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 nº 76.557.099/0001-99**, estabelecida na Rua dos Ilhéus, 38, Ed. Aplub, Conjunto 1004/1005/1006, Centro, CEP 88101-560, Florianópolis/SC, por meio de sua Conselheira Presidente, a Assistente Social **Cheyenne Vieira Marques**, torna público para conhecimento de todos os interessados, que na data, horários e local indicados neste edital, será realizada licitação na modalidade **PREGÃO**, na forma **ELETRÔNICA**, tipo **menor preço**, para a contratação de pessoa jurídica especializada na prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, laboratorial e auxiliar de diagnóstico e tratamento, através de Plano de Saúde de abrangência nacional, a todos os empregados do CRESS/SC, que poderão aderir, ou não, no âmbito e condições de cobertura estabelecidas pelo plano por eles eventualmente escolhido, dentre aqueles contratados, com valores de mensalidades pré-determinadas por faixa etária (conforme regulamentação da ANS) e coparticipação de 50% (cinquenta por cento) em consultas, exames e procedimentos ambulatoriais limitados à coparticipação (franquia) em até R\$ 280,00 (duzentos e oitenta reais) para cada procedimento, para a manutenção do beneficiário cadastrado, de acordo com as especificações, condições, quantidades, e exigências estabelecidas no Termo de Referência (Anexo I), nos termos da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, e demais regramentos aplicáveis, além das exigências estabelecidas neste Edital.

- O início de acolhimento das propostas ocorrerá às 9h do dia 20/12/2024;
- O limite para envio das propostas comerciais será até 9h do dia 21/01/2025;
- A abertura das propostas ocorrerá às 10h do dia 21/01/2025;
- O início da sessão de disputa de preços ocorrerá às 10h15 do dia 21/01/2025;
- Para fins de cumprimento dos prazos previstos neste edital, servirá de referência o horário de Brasília-DF; Edital gratuito disponível no sítio eletrônico do CRESS-12ª Região ou via Internet através do sistema Licitações-e: <https://www.licitacoes-e.com.br/aop/index.jsp> (link Licitações-e + **1062072**).
- Referência de Tempo: Horário de Brasília.

Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a abertura do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário e local estabelecidos no preâmbulo deste Edital, desde que não haja comunicação do Pregoeiro em contrário.

1. DO OBJETO

1.1. As especificações do objeto deste Pregão Eletrônico encontram-se descritas no Termo de Referência (Anexo I), o qual integra o presente Edital independentemente de transcrição.

1.2. Em caso de discordância existente entre as especificações deste objeto e as especificações constantes deste Edital, deverão ser consideradas as do Edital.

1.3. A presente Licitação é composta de apenas 01 (um) item, no qual está incluído o grupo de beneficiários do CRESS/SC distribuído por faixas etárias, conforme estipulado no Termo de Referência (Anexo I).

1.4. Para fins deste Edital e do Termo de Referência respectivo, entenda-se:

- a. Plano = Plano ou Seguro de Saúde;
- b. Empregado Ativo = os que estão caracterizados em situação trabalhando, auxílio doença, licença maternidade, afastados por atestado médico, licença sem remuneração e remunerada;
- c. Rede = própria, credenciada e/ou referenciada

1.5. O critério de julgamento adotado será o menor preço global, observadas as exigências contidas neste Edital e seus Anexos quanto às especificações do objeto licitado.

1.6. São partes integrantes do presente Edital, além dos respectivos anexos, o Termo de Referência, Minuta de Contrato e Modelo de Proposta Comercial, 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 com ramo de atividade pertinente ao objeto licitado, que atenderem a todas as exigências do edital, inclusive quanto à documentação exigida, e estejam previamente credenciadas perante o sistema Licitações-e do Banco do Brasil S.A.

2.2. Não serão admitidas nesta licitação a participação de empresas suspensas de participar de licitação e/ou impedido de contratar com a administração pública, no prazo e condições do impedimento, bem como aquelas declaradas inidôneas.

2.3. Não será permitida a participação de pessoas físicas.

2.4. Não será permitida a participação de empresas consorciadas.

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. Não serão permitidas de participar da presente licitação empresas nas quais algum sócio ou diretor tenha parentesco de até 3º grau com empregado/trabalhador do CRESS/SC, que atue na área de licitações e/ou na área de gestão do contrato firmado, bem como com Diretores, Conselheiros do CRESS ou autoridade de ente público ao qual este órgão licitador esteja vinculado; e

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. DO CREDENCIAMENTO NO SISTEMA LICITAÇÕES-E

3.1. As Licitantes interessadas deverão proceder ao credenciamento antes da data marcada para início da sessão pública via Internet.

3.2. O credenciamento dar-se-á pela atribuição de chave de identificação e de senha, pessoal e intransferível, para acesso ao Sistema Eletrônico Licitações-e do Banco do Brasil, no site www.licitacoes-e.com.br.

3.3. O credenciamento junto ao provedor do Sistema implica na responsabilidade legal única e exclusiva do Licitante ou de seu representante legal e na presunção de sua capacidade técnica para realização das transações inerentes ao Pregão Eletrônico.

3.4. O uso da senha de acesso pelo Licitante é de sua responsabilidade exclusiva, incluindo qualquer transação efetuada diretamente ou por seu representante, não cabendo ao provedor do Sistema ou à entidade promotora da licitação, responsabilidade por eventuais danos decorrentes do uso indevido da senha, ainda que por terceiros.

3.5. A perda da senha ou a quebra de sigilo deverão ser comunicadas ao provedor do Sistema para imediato bloqueio de acesso.

3.6. Em caso de dúvidas relativas ao sistema “licitações-e”, o interessado deverá entrar em contato com o BANCO DO BRASIL; os números do suporte técnico são: **4004-0001 - Capitais e Regiões Metropolitanas** e **0800-729-0001 - demais localidades**.

4. DO ACESSO AO SISTEMA DO PREGÃO ELETRÔNICO

4.1. A participação neste pregão eletrônico se dará por meio da digitação da senha pessoal e intransferível do representante credenciado da Proponente e subsequente encaminhamento da proposta de preços, exclusivamente por meio do sistema eletrônico, observados data e horário limite estabelecidos.

4.2. A informação dos dados para acesso deve ser feita na página inicial do site www.licitacoes-e.com.br, opção “Acesso Identificado”.

4.3. O encaminhamento de proposta implica o pleno conhecimento e atendimento às exigências de habilitação previstas neste edital.

4.4. A Proponente será responsável por todas as transações que forem efetuadas em seu nome no sistema eletrônico, assumindo como firmes e verdadeiras suas propostas e lances.

4.5. Incumbirá à proponente acompanhar as operações no sistema eletrônico durante a sessão pública do pregão, ficando responsável pelo ônus decorrente da perda de negócios diante da inobservância de quaisquer mensagens emitidas pelo sistema ou de sua desconexão.

5. DA PROPOSTA COMERCIAL

5.1. A licitante deverá encaminhar sua proposta por meio do sistema eletrônico até a data e horários marcados para abertura da sessão, contendo as especificações do objeto licitado, quando então, encerrar-se-á automaticamente a fase de recebimento de propostas.

5.2. Antes de cadastrar a proposta, a proponente deverá obrigatoriamente selecionar o Validade de Proposta Registrada que cumpre plenamente os requisitos de habilitação e que a proposta está em conformidade com as exigências do instrumento convocatório, manifestando ainda pleno conhecimento e aceitação a todas as regras do certame.

5.3. O licitante deverá preencher, em campo apropriado do SISTEMA ELETRÔNICO o *Valor Total do Lote R\$* qual está enviando a proposta. E o valor deverá ser expresso em Reais (R\$), com 02 (duas) casas decimais.

5.3.1. No que pese a disputa seja realizada pelo valor global do lote, o licitante deverá considerar em seus preços o valor unitário por faixa etária, conforme modelo de proposta (Anexo III).

5.4. Até a abertura do certame, o proponente poderá substituir e desistir de sua proposta. Após a abertura da sessão, não cabe desistência, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente.

5.5. O preço inicial proposto, bem como aqueles ofertados na etapa de lances, será de exclusiva responsabilidade da licitante, não lhe assistindo o direito de pleitear qualquer alteração dos mesmos, sob alegação de erro, omissão ou qualquer outro pretexto.

5.6. O prazo de validade das propostas apresentadas nesta licitação será, automaticamente, de 60 (sessenta) dias, contados da data fixada para a abertura das propostas, o qual, se necessário, poderá ser prorrogado mediante concordância das licitantes.

5.7. A proposta comercial cadastrada junto ao sistema “Licitações-e” não poderá ser identificada, sob pena de violação do sigilo de preços e desclassificação do certame.

5.8. Nos valores propostos deverão ser considerados e inclusos todos os tributos, fretes, tarifas e despesas decorrentes da execução do objeto.

5.9. Incumbirá ao proponente acompanhar as operações no sistema eletrônico durante a sessão pública do Pregão, ficando responsável pelos ônus decorrentes da perda de negócios diante da inobservância de quaisquer mensagens emitidas pelo sistema ou em face de sua desconexão.

5.10. Serão desclassificadas as propostas que não atenderem as exigências do presente edital, sejam omissas ou apresentem irregularidades, ou defeitos capazes de dificultar o julgamento.

5.11. A apresentação da proposta implicará plena aceitação das condições e termos previstos no presente edital de licitação.

6. DA ACEITABILIDADE DAS PROPOSTAS

6.1. Aberto o certame, o pregoeiro efetuará a análise de aceitabilidade das propostas apresentadas, verificando a adequação e compatibilidade, com posterior divulgação das propostas de preços recebidas e ordem de classificação, momento em que estará aberta a etapa competitiva.

6.2. Aberta a etapa competitiva, será considerada como primeiro lance a proposta inicial de menor valor apresentado.

6.3. As proponentes deverão estar conectadas ao sistema para participarem da etapa de lances, devendo encaminhar lances exclusivamente por meio do sistema eletrônico Licitações-e.

6.4. As Proponentes poderão oferecer lances sucessivos, observado o horário fixado, não sendo aceitos aqueles que impuserem condições ou contiverem ressalvas em relação às condições estabelecidas neste edital.

6.5. A cada lance ofertado, o Proponente será imediatamente informada de seu recebimento e respectivo horário de registro e valor.

6.6. Os lances deverão se referir ao VALOR GLOBAL, com no máximo duas casas decimais, sendo desprezadas as demais.

6.7. Só serão aceitos lances inferiores ao último lance anteriormente registrado no sistema pelo próprio proponente.

6.8. Não serão aceitos dois ou mais lances de mesmo valor, prevalecendo aquele que for recebido e registrado em primeiro lugar pelo sistema eletrônico.

6.9. Durante o transcurso da sessão pública, as Proponentes serão informadas, em tempo real, do valor do menor lance registrado. O sistema não identificará o autor dos lances aos demais participantes.

6.10. No caso de desconexão com o Pregoeiro no decorrer da etapa competitiva do Pregão, o sistema eletrônico poderá permanecer acessível às licitantes para a recepção dos lances, retomando o Pregoeiro, quando possível, sua atuação no certame, sem prejuízos dos atos realizados.

6.11. Quando a desconexão persistir por tempo superior a 30 (trinta) minutos, a sessão do Pregão Eletrônico será suspensa e terá reinício somente após comunicação expressa aos participantes, através de mensagem eletrônica no site divulgando data e hora da reabertura da sessão.

6.12. A disputa ocorrerá pelo modo aberto, em que a etapa de lances terá duração de 10 (dez) minutos e, após isso, inicia-se o tempo randômico, com a prorrogação automática pelo período de 02 (dois) minutos, enquanto estiverem sendo ofertados lances, reiniciando este prazo (2 minutos) a cada lance ofertado.

6.13. Na hipótese de não haver novos lances na forma estabelecida no item 6.12, a sessão pública será encerrada automaticamente, com posterior verificação da conformidade entre a proposta de menor preço e valor estimado para a contratação.

6.14. Encerrada a etapa de lances, será assegurado às microempresas e empresas de pequeno porte o exercício do direito de preferência, nos seguintes termos:

- a) Quando houver o empate ficto, entendido como situações em que as propostas apresentadas pelas microempresas e empresas de pequeno porte sejam iguais ou até 5% (cinco por cento) superiores à proposta mais bem classificada;
- b) A microempresa ou empresa de pequeno porte cuja proposta for melhor classificada poderá apresentar proposta de preço inferior àquela considerada vencedora da fase de lances, situação em que sua proposta será declarada a melhor oferta;
- c) A apresentação de proposta inferior àquela considerada vencedora da fase de lances pela microempresa ou empresa de pequeno porte deverá ocorrer no prazo máximo de 5 (cinco) minutos após o encerramento dos lances, a contar da convocação do pregoeiro, através do sistema, sob pena de preclusão;
- d) O exercício do direito de preferência somente será aplicado quando a melhor oferta da fase de lances não tiver sido apresentada por empresa enquadrada como microempresa ou empresa de pequeno porte;
- e) Na hipótese da desistência ao exercício do direito de preferência ou da não contratação da microempresa e empresa de pequeno porte, será declarada a melhor oferta àquela proposta originalmente vencedora da fase de lances.

6.15 Quando houver uma única Proponente ou uma única proposta válida, caberá ao Pregoeiro verificar a aceitabilidade do preço ofertado.

6.16 Encerrada a fase de recebimento de lances, compete ao Pregoeiro avaliar a aceitabilidade dos preços apresentados, verificando a perfeita consonância com as especificações e condições do edital, devendo encaminhar, pelo sistema eletrônico, contraproposta ao licitante que tenha apresentado o melhor preço, para que seja obtida melhor proposta, vedada a negociação em condições diferentes das previstas no edital, e, posteriormente, decidir sobre sua aceitação.

6.17 O sistema informará a proposta de menor preço imediatamente após o encerramento da etapa de lances ou, quando for o caso, após negociação e decisão pelo Pregoeiro acerca da aceitação do lance de menor valor.

6.18 Se a proposta ou o lance de menor valor não for aceitável, ou se a Proponente desatender às exigências habilitatórias, o Pregoeiro examinará as propostas ou os lances subsequentes, observando o direito ao exercício de preferência à microempresa ou empresa de pequeno porte, verificando a aceitabilidade da proposta e a habilitação do participante, na ordem de classificação, e assim sucessivamente, até a apuração de uma proposta ou lance que atenda este edital. Nesta hipótese, o Pregoeiro poderá negociar com a Proponente para que seja obtido preço melhor.

6.19 O CRESS/SC poderá realizar ou propor diligências para aferir a exequibilidade da proposta, ou ainda, para ajustar a proposta apresentada pelo licitante melhor classificado, com vistas a atender plenamente ao orçamento estimado pelo CRESS/SC, compreendendo, para tanto, a readequação dos valores unitários que deverão ser contemplados iguais ou inferiores aos estimados, respeitando sempre o valor global ofertado na etapa de negociação.

6.20 Em ocorrendo a aceitabilidade dos preços apresentados pela Proponente detentora da melhor oferta e a apuração do atendimento das condições habilitatórias pelo Pregoeiro, esse declarará vencedora do certame, ocasião em que o “chat de mensagens” restará aberto para a manifestação da interposição de recurso.

6.21. A falta de manifestação motivada da Proponente na sessão implicará a decadência do direito de recurso.

6.22. O acolhimento de recurso importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

6.23. A ata da sessão pública com a classificação das propostas e/ou lances apresentados poderá ser adquirida junto ao CRESS/SC mediante solicitação.

6.24. A homologação será divulgada na página do CRESS/SC no sítio eletrônico <https://CRESS/SC.implanta.net.br/portaltransparencia>.

7. CRITÉRIO DE JULGAMENTO

7.1. O Critério de julgamento será o de MENOR PREÇO GLOBAL, observados os prazos para fornecimento, as especificações técnicas, parâmetros mínimos de desempenho e qualidade e demais condições definidas neste edital.

7.2. Serão desclassificadas as propostas que não obedecerem às condições estabelecidas no edital.

7.3. O pregoeiro anunciará a licitante detentora da proposta ou lance de menor valor imediatamente após o encerramento da etapa de lances da sessão pública ou, quando for o caso, após negociação e decisão pelo pregoeiro acerca da aceitação do lance de menor valor.

8. DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

8.1. Proponente detentora da melhor oferta do lote deverá encaminhar para o e-mail licitacao@cress-sc.org.br, no prazo máximo de 02 (duas) horas, salvo justificativa prévia aceita pelo CRESS/SC, a partir do final da realização da sessão do Pregão Eletrônico ou àquele que o Pregoeiro determinar, os seguintes documentos:

a) A Documentação necessária para Habilitação – relacionada no item 8.1 do presente edital e;

b) A Proposta Comercial adequada, especificando o valor do lote arrematado – devendo esta ser preenchida no formulário anexo ao presente edital.

8.2. Os documentos de habilitação poderão ser encaminhados pela licitante vencedora de forma eletrônica, desde que autenticados digitalmente. Diante da impossibilidade da autenticação digital, deverá ocorrer o envio dos documentos de forma eletrônica no prazo de até 02 (duas) horas após o encerramento da etapa de lances e declaração de vencedor, e, posteriormente, deverá ocorrer o encaminhamento dos documentos físicos originais e ou autenticados, no prazo máximo de 3 (três) dias úteis contados a partir da solicitação do pregoeiro, sob pena de decair ao direito a contratação.

8.3. É de inteira responsabilidade do licitante o cumprimento do prazo de entrega da documentação, inclusive via correios.

8.4. Se o licitante desatender as exigências habilitatórias, o pregoeiro examinará a proposta subsequente, verificando a sua aceitabilidade e procederá conforme a ordem de classificação, e assim sucessivamente, até a apuração de uma proposta que atenda ao edital.

8.5. Em havendo necessidade de realização de diligências com vistas ao saneamento de erros ou falhas que não alterem a substância das propostas, dos documentos habilitação e sua validade jurídica, mediante decisão fundamentada e registrada no sistema e em ata, fica assegurado ao Pregoeiro suspender a sessão pública, que somente será retomada na data previamente designada, ou reiniciada mediante aviso prévio no sistema com, no mínimo, vinte e quatro horas de antecedência.

8.6. Os documentos de habilitação encontram-se elencados no item 8.7. deste edital e somente serão aceitos nas formas indicadas deste edital, independentemente de qualquer instrução neles contida acerca da forma e validade.

8.7. Para participar do processo licitatório os interessados deverão apresentar os seguintes documentos de habilitação conforme item 8.1 e 8.2:

8.7.1. Relativos à Habilitação Jurídica:

- a) Registro comercial, se for empresa individual;
- b) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, para as sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de prova da eleição de seus administradores, também devidamente registrada;
- c) A empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no país deverá apresentar, também, o decreto de autorização ou o ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente;
- d) Não serão aceitos “protocolos de entrega” ou “solicitações de documentos” em substituição aos documentos requeridos no presente Edital e seus Anexos;

8.7.2. Relativos à Regularidade Fiscal:

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;
- b) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual e/ou municipal, se houver, relativa ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- c) Prova de regularidade perante a Fazenda Federal e o INSS (Certidão Conjunta Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais e Contribuições Previdenciárias ou Certidão Positiva de Débitos com Efeitos de Negativa);
- d) Prova de regularidade perante a Fazenda Estadual do domicílio ou sede do licitante (CND ou Certidão Positiva de Débitos com efeitos de Negativa).
- e) Prova de regularidade perante a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do licitante (CND ou Certidão Positiva de Débitos com efeitos de Negativa);
- f) Prova de regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – (FGTS);

8.7.3. Relativos à Qualificação Econômico-Financeira:

- a) Certidões negativas de falência ou concordata expedidas pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica proponente, com validade máxima de 60 (sessenta) dias da entrega dos envelopes.

8.7.4. Relativos à Qualificação Técnica:

- a) Apresentação de, no mínimo, 03 (três) atestados de capacidade técnica, expedidos por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando que o proponente executou serviços de acordo com o objeto desta licitação. Os atestados deverão ser apresentados, necessariamente, em papel timbrado; conter nome e CNPJ/MF da empresa contratante; nome e assinatura do responsável pela emissão do atestado;
- b) Apresentação de declaração de idoneidade para licitar ou contratar com o Poder Público, conforme descrito no Anexo IV;
- c) Apresentação de declaração de que a empresa não utiliza mão de obra direta ou indireta de menores, conforme descrito no Anexo V;
- d) Comprovação de Inscrição/Registro da Licitante no PAT – Programa de Alimentação do Trabalhador, tanto na categoria refeição convênio, como na categoria alimentação convênio, nos termos da Lei n.º 6.321, de 14 de abril de 1976, regulamentada pelo Decreto n.º 5, de 14 de janeiro de 1991, e da Portaria n.º 03, de 1º de março de 2002, do Ministério do Trabalho e Emprego/MTE;

8.7.5. Relativos à Lei Complementar n. 123/2006

- a) A empresa que pretender se utilizar dos benefícios previstos nos arts. 42 a 45 da lei Complementar 123/06 deverão apresentar, no envelope de habilitação, declaração, firmada por contador responsável pela contabilidade da empresa, de que se enquadra como microempresa ou empresa de pequeno porte ou Certidão emitida pela Junta Comercial, juntamente com todos os demais documentos previstos no item 6 deste Edital.
- b) As cooperativas que tenham auferido, no ano calendário anterior, receita bruta superior a R\$ 360.000,00 (trezentos e sessenta mil reais) e igual ou inferior a R\$ 4.800.000,00 (quatro milhões e oitocentos mil reais) gozarão dos mesmos benefícios previstos nos arts.

42 a 45 da Lei Complementar n. 123/06 conforme o disposto no art. 34 da Lei n. 11.488/07, desde que também apresentem, no envelope de habilitação, declaração, firmada por contador, de que se enquadram no limite de receita referido acima, além de todos os documentos previstos no item 6 deste Edital.

8.8. A licitante que deixar de entregar os documentos de habilitação e a proposta de preços no prazo estabelecido neste edital, ou apresentar documentação falsa, não mantiver a proposta, lance ou oferta, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal, ficará impedida de licitar e contratar com esta Autarquia, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição, pelo prazo de até 02 (dois) anos, sem prejuízo da multa no percentual de 5% do valor total estimado para a contratação.

9. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL E DO PEDIDO DE ESCLARECIMENTO

9.1. Qualquer pessoa é parte legítima para impugnar este Edital por irregularidade na aplicação da Lei nº 14.133, de 2021, devendo protocolar o pedido até 3 (três) dias úteis antes da data da abertura do certame.

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

9.3. A impugnação e o pedido de esclarecimento poderão ser realizados por forma eletrônica, pelo seguinte meio: licitacao@cress-sc.org.br

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

9.5. A concessão de efeito suspensivo à impugnação é medida excepcional e deverá ser motivada pelo Pregoeiro/Agente de Contratação, nos autos do processo de licitação.

9.6. Acolhida a impugnação, será definida e publicada nova data para a realização do certame.

10. DOS RECURSOS

10.1. A interposição de recurso referente ao julgamento das propostas, à habilitação ou inabilitação de licitantes, à anulação ou revogação da licitação, observará o disposto no art. 165 da Lei nº 14.133, de 2021.

10.2. O prazo recursal é de 3 (três) dias úteis, contados da data de intimação ou de lavratura da ata.

10.3. Quando o recurso apresentado impugnar o julgamento das propostas ou o ato de habilitação ou inabilitação do licitante:

10.3.1. a intenção de recorrer deverá ser manifestada imediatamente, sob pena de preclusão;

10.3.2. o prazo para a manifestação da intenção de recorrer não será inferior a 10 (dez) minutos.

10.3.3. o prazo para apresentação das razões recursais será iniciado na data de intimação ou de lavratura da ata de habilitação ou inabilitação;

10.3.4. na hipótese de adoção da inversão de fases prevista no § 1º do art. 17 da Lei nº 14.133, de 2021, o prazo para apresentação das razões recursais será iniciado na data de intimação da ata de julgamento.

10.4. Os recursos deverão ser encaminhados para o e-mail licitacao@cress-sc.org.br.

10.5. O recurso será dirigido à autoridade que tiver editado o ato ou proferido a decisão recorrida, a qual poderá reconsiderar sua decisão no prazo de 3 (três) dias úteis, ou, nesse mesmo prazo, encaminhar recurso para a autoridade superior, a qual deverá proferir sua decisão no prazo de 10 (dez) dias úteis, contado do recebimento dos autos.

10.6. Os recursos interpostos fora do prazo não serão conhecidos.

10.7. O prazo para apresentação de contrarrazões ao recurso pelos demais licitantes será de 3 (três) dias úteis, contados da data da intimação pessoal ou da divulgação da interposição do recurso, assegurada a vista imediata dos elementos indispensáveis à defesa de seus interesses.

10.8. O recurso e o pedido de reconsideração terão efeito suspensivo do ato ou da decisão recorrida até que sobrevenha decisão final da autoridade competente.

10.9. O acolhimento do recurso invalida tão somente os atos insuscetíveis de aproveitamento.

11. DA HOMOLOGAÇÃO E ADJUDICAÇÃO

11.1. O objeto da licitação será adjudicado ao licitante declarado vencedor, por ato do Pregoeiro, caso não haja interposição de recurso, ou pela autoridade competente, após a regular decisão dos recursos apresentados.

11.2. Após a fase recursal, constatada a regularidade dos atos praticados, a autoridade competente homologará o procedimento licitatório.

11.3. O resultado final será divulgado na página do CRESS/SC no sítio eletrônico <https://CRESS/SC.implanta.net.br/portaltransparencia>.

12. ASSINATURA DO CONTRATO

12.1. Após adjudicação do objeto e em favor do vencedor do presente Pregão e homologação do procedimento licitatório, a Proponente vencedora será convocada, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis para firmar o contrato de prestação de serviços, cuja minuta com as disposições que disciplinarão a relação a ser estabelecida entre o presente órgão licitador e a proponente vencedora é parte integrante do presente edital.

12.2. A convocação será feita por meio de endereço eletrônico (e-mail) informado pela Proponente vencedora.

12.3. No caso do disposto do acatamento de recurso, será convocada outra Proponente, observada a ordem de classificação, e assim sucessivamente.

12.3. A contratada reconhece que as hipóteses de extinção são aquelas previstas nos artigos 137 da Lei nº 14.133/2021 e reconhece os direitos da Administração previstos nos artigos 138 e 139 da mesma Lei.

12.4. Na assinatura do contrato ou da ata de registro de preços, será exigida a comprovação das condições de habilitação consignadas no edital, que deverão ser mantidas pelo licitante durante a vigência da ata de registro de preços.

12.4.1. Quando os serviços forem prestados regularmente ao longo da vigência do Contrato;

12.4.2. A Contratada não tenha sofrido qualquer punição de natureza pecuniária;

12.4.3. A Administração ainda tenha interesse na realização do serviço;

12.4.4. O valor do Contrato permaneça economicamente vantajoso para o CRESS 12ª REGIÃO/SC;

12.4.5. A Contratada concorde expressamente com a prorrogação.

12.5. 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.

13. DA SUBCONTRATAÇÃO

13.1. Não será admitida a subcontratação, no todo ou em parte, do objeto deste Termo de Referência.

13.2. No caso da contratação de cooperativas ou instituições sem fins lucrativos, o serviço contratado deverá ser executado obrigatoriamente pelos cooperados, no caso de cooperativa, ou pelos profissionais pertencentes aos quadros funcionais da instituição sem fins lucrativos, vedando-se qualquer intermediação ou subcontratação.

14. DA RESCISÃO DO CONTRATO

14.1. A inexecução total ou parcial das condições avençadas poderá acarretar a rescisão do Contrato, com as consequências contratuais e as previstas em lei ou regulamento, conforme disposto nos artigos 155 a 159 da Lei nº 14.133/2021.

14.2. A rescisão do Contrato poderá ser:

14.2.1. Determinada por ato administrativo unilateral e motivado do Contratante, quando o CRESS SC, frente a situações de descumprimento de cláusulas contratuais por parte da Contratada, lentidão, atraso, paralisação ou por razões de interesse público, decidir rescindir o Contrato;

14.2.1. Amigável, por acordo formalizado no processo entre o CRESS SC e a Contratada, desde que haja conveniência para o Contratante;

14.2.3. Judicial, quando a rescisão for discutida em instância judicial e se dará conforme os termos de sentença transitada em julgado;

14.3. Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados nos autos do processo e, no procedimento que visa à rescisão do Contrato, será assegurado o contraditório e a ampla defesa, sendo que, depois de encerrada a instrução inicial, a Contratada terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para se manifestar e produzir provas, sem prejuízo da possibilidade de o Contratante adotar, motivadamente, providências acauteladoras.

14.4. A rescisão administrativa ou amigável deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente.

14.5. No caso de rescisão provocada por inadimplemento da Contratada, o Contratante poderá reter, cautelarmente, os créditos decorrentes do Contrato até o valor dos prejuízos causados, já calculados ou estimados.

14.6. Quando a rescisão ocorrer com base nos incisos § 2º, do art. 138, da Lei nº 14.133/2021, sem que haja culpa da Contratada, esta será ressarcida dos prejuízos regularmente comprovados, tendo ainda direito a, principalmente:

I – devolução da garantia;

II – pagamentos devidos pela execução do contrato até a data de extinção;

III – pagamento do custo da desmobilização.

14.7. Nos casos de rescisão será necessário lavrar termo de encerramento de Contrato, decorrente de rescisão, devidamente assinado pelas partes contratantes.

15. DO ACOMPANHAMENTO, DA GESTÃO E DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

15.1. Durante o período de vigência, a relação contratual será acompanhada, gerida e fiscalizada, nos termos do disposto no art. 115 e seguintes da Lei nº 14.133/2021, por fiscal do contrato, nomeada por despacho da Presidência do CRESS SC, ou por preposto(s) por esta(s) expressamente indicado(s) e autorizado(s) pela Presidência, à qual caberá fiscalizar o objeto do Contrato e realizar a sua gestão, na qualidade de Fiscal do Contratante para a presente contratação.

15.2. A Contratada deverá manter preposto aceito pelo Contratante, durante o período de vigência do Contrato, para representá-la administrativamente, sempre que for necessário, o qual deverá ser indicado mediante declaração em que deverá constar o nome completo, n.º do CPF e do documento de identidade, além dos dados relacionados à sua qualificação profissional e cargo/função que exerce na Contratada.

15.3. O preposto deverá estar apto a esclarecer as questões relacionadas com as obrigações assumidas pela Contratada, bem como prestar esclarecimentos quanto às faturas dos serviços prestados.

15.4. A empresa orientará o seu preposto quanto à necessidade de acatar as orientações do Fiscal e do Departamento de Administração do Contratante, inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho.

15.5. Nenhuma modificação poderá ser feita no objeto contratual durante a execução do Contrato sem autorização expressa do Fiscal do Contratante.

15.6. O Fiscal do Contratante e toda pessoa autorizada por eles terão livre acesso aos objetos/serviços e a todos os locais onde estejam sendo realizados os trabalhos.

15.7. Atestação de conformidade do fornecimento do objeto contratual cabe ao Fiscal do Contratante, o qual ficará responsável pela emissão dos Termos de Recebimento Provisório e Definitivo e determinará o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados.

15.7.1. As decisões e providências que ultrapassarem a competência do Fiscal do Contratante deverão ser solicitadas, por este, a seus superiores em tempo hábil para a adoção das medidas convenientes.

15.8. O(s) instrumento(s) de controle da execução contratual a ser(em) utilizado(s) pelo Fiscal do Contratante deverá(ão) compreender a mensuração dos seguintes aspectos:

15.8.1. Os resultados alcançados, com a verificação da qualidade demandada;

15.8.2. A qualidade e quantidade dos recursos materiais utilizados;

15.8.3. A adequação do objeto fornecido às especificações e exigências da contratação;

15.8.4. O cumprimento das demais obrigações decorrentes do Contrato;

15.8.5. A satisfação do Contratante.

16. DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO

16.1. O Contrato poderá ser alterado nos casos previstos no art. 124 da Lei nº 14.133/2021, desde que haja interesse do CRESS SC, e com a apresentação das devidas justificativas.

17. DAS SANÇÕES

17.1. Comete infração administrativa, nos termos da Lei nº 10.520, de 2002, o licitante/adjudicatário que:

17.1.1. Não assinar o termo de contrato/ata de registro de preço ou não aceitar/retirar o instrumento equivalente, quando convocado dentro do prazo de validade da proposta;

17.1.2 apresentar documentação falsa;

17.1.3 deixar de entregar os documentos exigidos no certame;

17.1.4 ensejar o retardamento da execução do objeto;

17.1.5 não mantiver a proposta;

17.1.6 cometer fraude fiscal;

17.1.7 comportar-se de modo inidôneo;

17.2. Considera-se comportamento inidôneo, entre outros, a declaração falsa quanto às condições de participação, quanto ao enquadramento como ME/EPP ou o conluio entre os licitantes, em qualquer momento da licitação, mesmo após o encerramento da fase de lances.

17.3. O licitante/adjudicatário que cometer qualquer das infrações discriminadas nos subitens anteriores ficará sujeito, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes sanções:

17.3.1. Advertência por faltas leves, assim entendidas como aquelas que não acarretarem prejuízos significativos ao objeto da contratação;

17.3.2. Multa de 30% (trinta por cento) sobre o valor estimado do(s) item(s) prejudicado(s) pela conduta do licitante;

17.3.3. Suspensão de licitar e impedimento de contratar com o CRESS SC, entidade ou unidade administrativa pela qual a Administração Pública opera e atua concretamente, pelo prazo de até 02 (dois) anos;

17.3.4. Impedimento de licitar e de contratar com a União e descredenciamento no SICAF, pelo prazo de até 05 (cinco) anos;

17.3.5. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados;

17.4. A penalidade de multa pode ser aplicada cumulativamente com as demais sanções.

17.5. Se, durante o processo de aplicação de penalidade, houver indícios de prática de infração administrativa tipificada pela Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, como ato lesivo à administração pública nacional ou estrangeira, cópias do processo administrativo necessárias à apuração da responsabilidade da empresa deverão ser remetidas à autoridade competente, com despacho fundamentado, para ciência e decisão sobre a eventual instauração de investigação preliminar ou Processo Administrativo de Responsabilização – PAR.

17.6. A apuração e o julgamento das demais infrações administrativas não consideradas como ato lesivo à Administração Pública nacional ou estrangeira nos termos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, seguirão seu rito normal na unidade administrativa do CRESS SC.

17.7. O processamento do PAR não interfere no seguimento regular dos processos administrativos específicos para apuração da ocorrência de danos e prejuízos à Administração Pública Federal resultantes de ato lesivo cometido por pessoa jurídica, com ou sem a participação de agente público.

17.8. Caso o valor da multa não seja suficiente para cobrir os prejuízos causados pela conduta do licitante, a União ou o CRESS/SC poderá cobrar o valor remanescente judicialmente, conforme artigo 419 do Código Civil.

17.9. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa ao licitante/adjudicatário, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 14.133, de 2021, e subsidiariamente na Lei nº 9.784, de 1999.

17.10. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade.

17.11. As sanções por atos praticados no decorrer da contratação estão previstas no Termo de Referência.

18. DA GARANTIA DE EXECUÇÃO

18.1. Não será exigida a prestação de garantia na presente contratação.

19. DO REAJUSTE EM SENTIDO GERAL

19.1. As regras acerca do reajuste dos valores são as estabelecidas no Termo de Referência, anexo a este Edital.

20. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE E DA CONTRATADA

20.1. As obrigações da Contratante e da Contratada são as estabelecidas no Termo de Referência.

21. DO PAGAMENTO

21.1. As regras acerca do pagamento são as estabelecidas no Termo de Referência e na Minuta do Contrato, anexos a este Edital.

22. DA COMPATIBILIDADE DA LICITAÇÃO COM OS RECURSOS DO CRESS/SC

22.1 O CRESS/SC 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 2024: Até o mês de 10/2024 - R\$ 2.536.841,75 ;

II. Projeção de arrecadação para 2025: R\$ 3.847.140,14;

III. Dotação orçamentária 2024 para plano de saúde: Em 31/10/2024 disponibilidade orçamentária de R\$ 57.172,64 (documento em anexo);

IV. Dotação orçamentária 2025 para plano de saúde: Para o exercício de 2025 R\$ 189.000,00.

23. DISPOSIÇÕES FINAIS

23.1. O CRESS/SC se reserva ao 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 a Lei.

23.2. O CRESS/SC se reserva ao direito de revogar ou anular a presente licitação, nos casos previstos em lei, ou ainda no caso de conveniência administrativa, garantidos a preservação do interesse e cofres públicos.

23.3. Os casos omissos poderão ser resolvidos pelo Pregoeiro em conjunto com a equipe de apoio e assessoria jurídica.

23.4. As normas disciplinadoras da licitação serão sempre interpretadas em favor da disputa entre os interessados, desde que não comprometam o interesse do CRESS/SC, o princípio da isonomia, a finalidade e a segurança da contratação.

23.5. Face à natureza de entidade autárquica federal do CRESS SC, a Justiça Federal, Seção Judiciária de Santa Catarina – Subseção Judiciária de Florianópolis, é o foro competente para dirimir eventuais dúvidas ou litígios oriundos do presente Edital, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja ou possa vir a ser.

23.6. É facultado ao Pregoeiro ou à Autoridade Superior, em qualquer fase da licitação, a promoção de diligências destinadas a esclarecer ou a complementar a instrução do processo.

23.7. As licitantes são responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase do certame licitatório.

23.8. Para que não haja prejuízo ao exercício de direitos e ao cumprimento de obrigações pertinentes ao certame licitatório, os licitantes deverão observar e acessar o sistema Litações-e nos horários definidos pelo Pregoeiro.

23.9. A Proponente vencedora tem pleno conhecimento de todos os itens e anexos expressos no respectivo processo, a eles se obrigando como se neste estivessem transcritos, inclusive quanto à obrigatoriedade de manter, durante toda a execução do

contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

23.10. As mensagens inseridas pelo Pregoeiro após o encerramento da disputa estarão disponíveis no site www.licitacoes-e.com.br, no link do presente edital, nas opções: consultar lotes>chat de mensagens ou consultar detalhes.

23.11. Em cumprimento à LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados nº 13.709/18, a Proponente Vencedora deverá comprometer-se a manter sigilo das informações e dados pessoais que venha a ter acesso ou conhecimento, direta ou indiretamente, através da prestação dos serviços objeto do presente edital, especialmente em relação a dados sensíveis e informações relacionadas com o CRESS/SC, em hipótese alguma podendo se utilizar de tais dados em benefício próprio nem as divulgar, sob pena de rescisão do Contrato, não eximindo a Proponente das punições previstas em lei.

23.12. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus Anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente no CRESS/SC.

23.13. O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará no afastamento do licitante, desde que seja possível o aproveitamento do ato, observados os princípios da isonomia e do interesse público.

23.14. Em caso de divergência entre disposições deste Edital e de seus anexos ou demais peças que compõem o processo, prevalecerá as deste Edital.

Florianópolis/SC, 18 de dezembro de 2024

Cheyenne Vieira Marques
Assistente Social CRESS nº 4060 12ª Região
Conselheira Presidente

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL E HOSPITALAR ATRAVÉS DE PLANO DE SAÚDE

1. DO OBJETO

1.1. Contratação de pessoa jurídica especializada na prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, fisioterapia, psicológica e farmacêutica na internação, laboratorial e auxiliar de diagnóstico e tratamento, através de Plano de Saúde de abrangência nacional, a todos os empregados do CRESS/SC, que poderão aderir, ou não, no âmbito e condições de cobertura estabelecidas pelo plano por eles eventualmente escolhido, dentre aqueles contratados, com valores de mensalidades pré-determinadas por faixa etária (conforme regulamentação da ANS) e coparticipação de 50% (cinquenta por cento) em consultas, exames e procedimentos ambulatoriais limitados à coparticipação (franquia) em até R\$ 280,00 (duzentos e oitenta reais) para cada procedimento, para a manutenção do beneficiário cadastrado, de acordo com as especificações, condições, quantidades, e exigências estabelecidas neste Termo de Referência.

1.1.1. Os serviços deverão abranger, no mínimo, as especialidades previstas nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, com rede credenciada mínima especificada neste Termo de Referência.

1.1.2. Deverá ter cobertura para todos os procedimentos de assistência e serviços médicos previstos e autorizados pelas normas em vigor, previsto no rol de procedimentos e eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): urgência e emergência, ambulatorial, laboratorial, hospitalar e obstetrícia; remoções por via terrestre; tratamentos, terapias, exames complementares e internações clínicas, cirúrgicas e obstetrícias, inclusive aquelas de maior complexidade, incluindo internações em Unidade de Terapia Intensiva e utilização de leitos especiais.

1.2. A Contratada deverá ofertar planos de assistência médica regulamentados, atendendo às exigências da Lei nº 9.656/98 e Resolução Normativa – RN nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, devendo ser permanentemente atualizados pelas Resoluções Normativas editadas pela ANS durante a vigência do contrato, bem como as demais normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, garantindo todas as coberturas estipuladas em legislação vigente, mesmo não estando especificadas neste Termo.

1.3. A prestação de serviços compreende consultas médicas, cirurgias, serviços médicos, ambulatoriais, laboratoriais, hospitalares, de diagnóstico, tratamento, de terapia, remoções atendimentos de urgência e emergência. A assistência médica e hospitalar de que trata este instrumento compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde.

1.4. A prestação dos serviços será executada por meio de rede própria da Contratada ou por terceiros por ela credenciados, incluindo profissionais, hospitais, centros médicos, clínicas básicas e especializadas, laboratoriais, etc.

1.5. Todos os planos oferecidos não admitirão agravo ou cobertura parcial temporária relacionada a doenças e/ou lesões preexistentes, desde que a adesão inicial seja igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários. Nesses casos, é vedada a exclusão, a qualquer tempo, de cobertura às doenças e/ou lesões preexistentes à data da contratação do plano

1.5.1. Fica isento de análise de doença e lesões pré-existent o beneficiário inscrito em contrato de plano de saúde com 30 (trinta) ou mais beneficiários, desde que o pedido de inscrição do beneficiário titular e de seus dependentes seja formalizado à CONTRATADA:

1.5.1.1. em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato; ou,

1.5.1.2. em até 30 (trinta) dias da vinculação do beneficiário titular à pessoa jurídica CONTRATANTE.

1.6. A abrangência da cobertura será nacional.

1.7. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO:

1.7.1. USUÁRIOS – Os inscritos no plano de assistência à saúde na condição de beneficiários:

1.7.2. BENEFICIÁRIO – O empregado público de provimento efetivo e empregado público de provimento em comissão do Conselho Regional de Serviço Social da 12ª Região.

1.7.3. DEPENDENTE – é o beneficiário do plano privado de assistência à saúde cuja inscrição e permanência no plano de saúde depende da existência de dependência em relação ao beneficiário titular.

1.7.4. MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO – Valor a ser pago estabelecido para pagamento por beneficiário titular quando do preenchimento do termo de adesão ao plano de assistência à saúde coletivo empresarial, com valores de mensalidades pré-determinadas por faixa etária.

1.7.5. REDE CREDENCIADA – Hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do plano de assistência à saúde coletivo empresarial por intermédio da Contratada.

1.7.6. ABRANGÊNCIA DA REDE– Localidades em que a Contratada oferece rede própria ou credenciada, composta por instituições e profissionais na área de medicina, terapia e outras especialidades previstas no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS.

1.7.7. OPERADORA – Empresa com registro junto a ANS 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 doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com cobertura e existência de rede de associada/credenciada/referenciada disponibilizada para atender aos serviços descritos neste Instrumento, de abrangência nacional, inclusive urgência e emergência, compreendendo consultórios médicos, hospitais, centros médicos, clínicas básicas e especializadas, laboratórios, etc, por Unidade da Federação.

1.7.8. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – É um serviço oferecido por operadora, empresa privada de assistência à saúde, com o intuito de prestar assistência médica e hospitalar.

1.7.9. PARTICIPAÇÃO DO EMPREGADO – Parcela devida pelo empregado no custeio do plano de saúde.

1.7.10. CARÊNCIA – É o tempo que o beneficiário terá que esperar para ser atendido pelo plano de assistência à saúde em um determinado procedimento, observado os regramentos da ANS.

2. DA ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO

2.1. DAS MODALIDADES E CARÊNCIAS

2.1.1. O referido plano compreenderá os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, bem como todos os exames e procedimentos elencados no Rol de procedimentos e Eventos em Saúde da ANS – RN nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, e de suas atualizações.

CARACTERÍSTICAS:

**Plano Especial Nacional
Nacional****Ambulatorial/Hospitalar com obstetrícia****Apartamento**

2.1.2. O Plano Especial dá direito à internação em apartamento individual, com banheiro privativo, e direito a 01 (um) acompanhante, independentemente da idade ou condição do paciente, incluindo alimentação para o beneficiário conforme dieta geral do hospital e acomodação e alimentação fornecida pelo hospital ao acompanhante.

2.1.3. Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fazer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites desse Contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação.

2.1.4. Conforme o art. 6º da Resolução Normativa ANS nº 557/2022, no plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

2.1.5. Os períodos de carência eventualmente já cumpridos por beneficiário em outro plano de saúde deverão ser integralmente aproveitados para redução/eliminação dos prazos descritos no subitem anterior, quando comprovados pelo interessado.

2.1.5.1. Tabela de Carências

- a. Urgência e Emergência 24 horas
- b. Consultas Médicas 30 dias
- c. Todas as demais coberturas 180 dias
- d. Parto a Termo 300 dias

2.1.6 Além das hipóteses descritas nos subitens anteriores, não poderá existir qualquer outro tipo de carência, nem imposição de limitações quanto à idade, desde que respeitado o disposto na Resolução Normativa nº 438/2018, da ANS e, subsidiariamente, a Súmula 21 da ANS. Também não poderá haver limites quantitativos ou qualitativos de internação hospitalar e/ou UTI.

2.1.7. É facultado ao CRESS SC promover a mudança da modalidade de plano dos beneficiários, mediante requerimento escrito dos mesmos, sem limite de mudanças, seguindo as normas de carência estipuladas pela ANS de acordo com a Lei nº 9.656/98.

2.1.8. A contratação da empresa estará em conformidade com as especificações constantes deste Termo de Referência e na Lei nº 9.656/98, que regulamenta os planos de saúde.

2.2. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

2.2.1. Deverão ser cobertas, cumulativamente, as despesas referentes aos serviços e especialidades médicas/profissionais de saúde especificados neste termo e outras asseguradas pela legislação vigente a serem executadas pela operadora contratada na respectiva rede própria, credenciada ou referenciada, conforme legislação da ANS e suas atualizações.

2.2.2. Havendo indisponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela contratada, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora, nas mesmas condições da modalidade de plano em que o beneficiário está cadastrado.

2.2.3. Nas internações estarão cobertas as despesas com fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, oxigênio, nutrição parenteral e enteral, transfusões e demais

materiais utilizados, conforme prescrição do médico assistente, ministrados durante o período de internação hospitalar, tudo até a alta hospitalar.

2.2.4. Estarão inclusos também, toda e qualquer taxa, incluindo despesas com sala de cirurgia, eventos obstétricos, unidade de tratamento intensivo, aparelhagem, honorários médicos e todo pessoal necessário, serviços gerais de enfermagem e alimentação, bem como remoção de paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território estadual, tudo até a alta hospitalar.

2.2.5. O fornecimento de alimentação dietética, quando indicado, até a alta do paciente, não implicará em ônus adicionais ao beneficiário.

2.2.6. Atendimento emergencial 24 (vinte e quatro) horas por dia em prontos-socorros e/ou hospitais credenciados.

2.2.7. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, 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, da admissão até a alta hospitalar.

2.2.8. Assistência pré-natal, obstétrica e neonatal, aqui incluídas patologias congênitas das crianças nascidas na vigência do contrato.

2.2.9. Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.

2.2.10. Cobertura para acidente de trabalho.

2.2.11. Remoção de beneficiário em ambulância, quando constatada a impossibilidade de sua locomoção pelo seu médico assistente, serão, minimamente, atendidas de acordo com o disposto na Lei nº 9.656/98 e na RN nº 490/2022.

2.2.12. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva sem limite de utilização de diárias.

2.2.13. Atendimento ambulatorial e hospitalar a portadores de dependências químicas, transtornos psiquiátricos e nos casos de diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionadas no CID 10 (ambulatorial e internamento); sendo a duração de seu tratamento conforme a necessidade atribuída pelo médico assistente.

2.2.14. Cobertura de cirurgia odontológica bucomaxilofacial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

2.2.15. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

2.2.16. Custeio integral de, pelo menos, trinta dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

2.2.17. Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais listados no Rol de Procedimentos da ANS, incluindo consultas com fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

2.2.18. Custeio integral de, pelo menos, quinze dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, 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.

2.2.19. Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

2.2.20. Cobertura de oito semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise ou conforme.

2.2.21. Cobertura de consultas médicas com médicos credenciados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

2.2.22. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

2.2.23. Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

2.2.24. Internação hospitalar, compreendendo hospitais, centros médicos, casas de saúde e em clínicas básicas e especializadas, sem limite de prazo, valor ou quantidade.

2.2.25. Cirurgias, em número ilimitado e sem limite de valor.

2.2.26. Exames médicos, em número ilimitado e sem limite de valor.

2.2.27. Serviços de diagnóstico, de tratamento e procedimentos clínicos e cirúrgicos, em número e valor limitados ao rol de procedimentos da ANS.

2.2.28. Doenças infecto-contagiosas e endêmicas de notificação compulsória, inclusive AIDS.

2.2.29. Doenças de Senilidade, constantes da Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10), considerando sempre o ato normativo vigente.

2.2.30. Material de osteossíntese (placas, pinos, parafusos, hastes, pregos, telas cirúrgicas etc.), sem limite de quantidade ou de valor.

2.2.31. Atendimento de Urgência e Emergência.

2.2.32. Assistência médica e hospitalar ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou à data oficial da adoção.

2.2.33. Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente,

realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar. Inclui todo e qualquer exame complementar e/ou auxiliar solicitado pelo médico, dentre outros, exame de análise clínica, anatomopatologia, cito patologia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, eco cardiografia, cineangiocoronariográfica, cateterismo, holter, laparoscopia e vide laparoscopia, mamografia, endoscopia e broncoscopia e medicina nuclear.

2.2.34. Atendimentos nos casos de planejamento familiar.

2.2.35. Participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

2.2.36. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento.

2.2.37. A CONTRATADA se obriga a cobrir, desde o momento da internação até a alta hospitalar, as seguintes despesas:

- a) Diárias decorrentes da internação hospitalar, inclusive em UTI ou similar, UTI Neonatal, Unidade Coronariana e Unidade Respiratória;
- b) Despesas com o uso de Centro Cirúrgico, de UTI ou similar, de UTI Neonatal, Unidade Coronariana e Unidade Respiratória, incluindo todo o material utilizado;
- c) Diárias de maternidade e berçário;
- d) Alimentação;
- e) Serviços de Nutrição e Dietéticos;
- f) Serviços gerais de Enfermagem;
- g) Serviços de diagnóstico e de tratamento;
- h) Honorários Profissionais dos Médicos Assistentes relativos aos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos
- i) Taxa de internação, de sala de cirurgia, de sala de parto, de sala de gesso e de outras necessárias, incluindo os materiais utilizados (inclusive os descartáveis), inclusive material de Osteossíntese (entre outros: placas, fios, hastes, pregos, parafusos etc.), enxertos vasculares e telas cirúrgicas;
- j) Hemodiálise e Diálise;
- k) Sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme solicitação médica;
- l) Exames específicos e complementares para a elucidação diagnóstica e indispensáveis para o controle da evolução da doença que motivou a internação, bem como as decorrentes da internação, e para o seu tratamento, até a alta hospitalar;
- m) Despesa referente a honorários médicos de cirurgião, clínico, anestesistas, instrumentadores e especialistas, serviços gerais de enfermagem, alimentação, nutrição, fisioterapia, taxa de sala de cirurgia e/ou gesso, medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, diálise e hemodiálise, e demais equipamentos e materiais utilizados durante o período de internação, além de medicamentos e sessões de quimioterapia, radioterapia e de fisioterapia, ambulatorial e hospitalar, conforme solicitação do médico, sem limite de quantidade;

n) Toda e qualquer taxa e todo material logístico utilizado (aparelhos, artigos utilizados etc.), assim como as despesas decorrentes da remoção do beneficiário, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, por via terrestre;

o) Casos pertinentes à clínica médica de urgência e emergência, quando solicitados e justificados pelo médico assistente.

2.2.38. Quando não houver acomodação hospitalar disponível de acordo com o Plano de Cobertura do beneficiário na Rede Credenciada da CONTRATADA, fica garantido o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional para o beneficiário.

2.2.39. Não haverá limites de permanência para internações hospitalares em UTIs, como determinam as disposições da ANS.

2.2.40. Sempre que ocorrer descredenciamentos ou extinção de convênios com consultórios, clínicas especializadas, hospitais e outros serviços médicos, será obrigatória a reposição desse tipo de atendimento dentro daquela região no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante novo credenciamento, sem prejuízo da continuidade dos atendimentos em curso até o novo credenciamento, preservando o elevado nível de atendimento. Deverão ser comunicadas, em seguida, à CONTRATANTE as providências adotadas.

2.2.41. Cobertura de transplantes de rim e córnea, garantindo as despesas com os procedimentos vinculados, ou seja, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

2.2.42. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) Honorários Profissionais dos Médicos Assistentes relativos aos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos;
- b) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- c) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- d) Radioterapia;
- e) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- f) Hemoterapia ambulatorial;
- g) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

2.2.43. Cirurgia plástica reparadora.

2.2.44. Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico, bem como a sua manutenção, restauração e substituição.

2.2.45. Atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, analgesia do parto e assistência ao parto, conforme legislação aplicável.

2.2.46. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

2.2.47. Consultas médicas de emergência (24 horas – 07 dias por semana), bem como cirurgias de pequeno porte, curativos, aplicação de injeções, inalações, repouso para observações clínicas e serviços afins nos hospitais e pronto-socorros credenciados, conforme legislação e normatização vigentes.

2.2.48. Assegurar aos beneficiários, cobertura assistencial de que compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no artigo 10 da Lei nº 9.656/1998, 13.819/2019 e suas alterações, bem como observar os procedimentos discriminados na RESOLUÇÃO e NORMATIVAS da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e anexos, assim como em suas alterações e atualizações.

2.2.49. Condições de atendimento:

a) A CONTRATADA autorizará medicamentos e materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) de preferência nacionais, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA. Somente autorizará os itens importados nacionalizados quando não houver similares nacionais;

b) Em consultas médicas, os beneficiários são atendidos no consultório dos médicos credenciados, indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto-socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão;

c) Atendimentos ambulatoriais, exames complementares, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas são realizados por médicos credenciados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência), respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização;

d) Cirurgia buco-maxilo-facial é realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo hipóteses de urgência ou emergência);

e) Para terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea para tratamento de artrite reumatoide, artrite psoriásica, doença de crohn e espondilite anquilosante, a CONTRATADA indicará o fornecimento e/ou estabelecimento para realização do serviço, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização.

2.3. DA REDE CREDENCIADA

2.3.1. O Plano de Referência deverá, no mínimo, possuir rede de atendimento na Grande Florianópolis, nos municípios limítrofes ou na região de saúde à qual faz parte o município.

2.3.2. Rede credenciada mínima: Atendimento em, no mínimo, 700 (setecentos) médicos credenciados no Estado de Santa Catarina.

2.3.3. Rede credenciada mínima: Atendimento em, no mínimo, 3 (três) hospitais na região da Grande Florianópolis (SC): Criciúma (SC), Chapecó (SC), Joinville (SC), Lages (SC) e Blumenau (SC).

2.3.4. Atendimento em, no mínimo, 10 (dez) clínicas particulares na região da Grande Florianópolis (SC) e de, no mínimo, 2 (duas) clínicas particulares nas seguintes cidades: Criciúma (SC), Chapecó (SC), Joinville (SC), Lages (SC) e Blumenau (SC).

2.3.5. A rede credenciada, a que se refere o item “2.3.4.”, deverá ter: No mínimo, 01 (um) Hospital capacitado ao atendimento de grandes emergências e atendimento de alta complexidade, contendo:

- a) Clínica cirúrgica com no mínimo 20 leitos;
- b) Clínica médica e cardiológica com no mínimo 15 leitos;
- c) Maternidade com UTI neonatal com no mínimo 10 leitos;
- d) Pediatria com no mínimo 10 leitos;
- e) UTI Adulto com no mínimo 10 leitos;
- f) UTI Pediátrica com no mínimo 5 leitos;
- g) UTI Neonatal com no mínimo 5 leitos;
- h) Atendimento hospital psiquiátrico/clínica psiquiátrica com internação;
- i) Equipe de hemodinâmica de 24 horas;

2.3.6. Atendimento 24 horas para urgências / emergências, adulto e pediátrico, em e que disponha de no mínimo 3 consultórios, no mínimo 2 profissionais em tempo integral (atendimento 24 horas com 2 profissionais o tempo todo), com profissionais altamente capacitados; no mínimo 2 salas para realização de RX; sala de espera privativa para aguardar o atendimento.

2.3.7. No mínimo, 01 (um) Hospital com atendimento 24 horas por dia nas seguintes especialidades: Clínica Geral, Pediatria, Cirurgia Geral, Gineco–obstetrícia, Ortopedia e Cardiologia.

2.3.4. Deverá, no mínimo, possuir rede de atendimento em cada uma das capitais dos Estados do país, de, no mínimo:

2.3.4.1. 01 (um) Hospital, com abrangência em todas as áreas de atuação solicitadas para atendimento emergencial, e que possua, no mínimo, a infraestrutura de:

2.3.4.2. Ambulatório com uma infraestrutura mínima;

2.3.4.3. Radiologia;

2. 3.4.4. UTI;

2.3.4.5. Pronto socorro com profissionais nas especialidades de, no mínimo: Clínica Geral, Pediátrica, Cardiologia, Ginecológica e Obstétrica e Ortopedia;

2.3.4.6. Procedimentos Médicos/Serviços Auxiliares para Cirurgias; e

2.3.4.7. Procedimentos de cirurgias cardíacas/neurológicas, com UTI neonatal e adulto, banco de sangue e serviço de diálise/hemodiálise.

2.3.4.8. Rede de Laboratório que realize serviços nas especialidades de Análises Clínicas, Patologia Clínica (bioquímica, hematologia, hormônios, imunologia, microbiologia, suco gástrico) e Patologia Clínica Ocupacional.

2.3.4.9. 01 (uma) Clínica para cada especialidade, nos termos mínimos exigidos pela ANS.

2.3.5. Quando não houver a rede requerida, conforme descrito no tópico acima, a contratada deverá garantir a imediata remoção do paciente e do acompanhante, caso necessário, para o Estado mais próximo de maneira a prestar o atendimento necessário.

2.3.6. No caso de não haver rede credenciada que atenda a necessidade imediata do beneficiário haverá o reembolso integral, independente da categoria do plano, mediante consulta prévia da rede disponível à operadora.

2.3.7. A Contratada deverá comunicar o Contratante qualquer alteração na rede credenciada com, no mínimo, 30 (trinta) dias de antecedência.

2.4. DA REMOÇÃO E DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

2.4.1. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do beneficiário (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

2.4.2. Nos casos de urgência e de emergência, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, devendo a Contratada disponibilizar os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

2.4.3. Quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida neste item, a Contratada estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

2.4.4. Deve observar as seguintes condições para coberturas de doenças preexistentes:

a) Sem análise de Doença e Lesão Preexistente, desde que o pedido de ingresso no plano, seja formalizado à Contratada:

1. Em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato;
2. Em até 30 (trinta) dias da vinculação do beneficiário titular à CONTRATANTE;

b) Os beneficiários inscritos fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes no contrato, ficam sujeitos à análise de Doença e Lesão Preexistente.

c) Os beneficiários devem preencher e assinar a Declaração de Saúde, observadas as condições e regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar estabelecidas em normativos vigentes na data da contratação do plano.

d) No preenchimento da Declaração de Saúde, os beneficiários devem registrar a atual condição de saúde e eventuais doenças ou lesões preexistentes, de que saibam ser portadores ou sofrendores no ato da inscrição no plano de saúde;

e) É assegurado ao beneficiário o direito de fazer a entrevista qualificada, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela CONTRATADA, pertencente à rede cooperada desta;

f) Caso o beneficiário opte por outro médico, que não faça parte da rede cooperada da CONTRATADA deve arcar com o ônus financeiro da entrevista.

g) 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 sofrendor, 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.

h) Com base na avaliação das declarações de saúde, a CONTRATADA poderá solicitar aos beneficiários, a realização de uma perícia médica com um profissional indicado por ela, que poderá ser ou não acompanhada de exame. Os custos do médico e dos exames, neste caso, ficam por conta da CONTRATADA.

i) Quando for necessária a realização de exames complementares para auxiliar na avaliação do médico perito, será entregue aos beneficiários uma guia para realização dos exames. O resultado deve acompanhar a Declaração de Saúde que será entregue ao médico durante a avaliação.

j) 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, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá ao beneficiário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses.

k) Para fins do que dispõe a legislação vigente, a Cobertura Parcial Temporária (CPT) consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

l) Findo o prazo de 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada, prevista na Lei nº 9.656, de 1998 e resoluções.

m) A Cobertura Parcial Temporária será formalizada através da assinatura do Termo de Formalização da Cobertura Parcial Temporária, que será anexada ao presente contrato. Os procedimentos de alta complexidade em período de Cobertura Parcial Temporária encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br

n) A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição de saúde quanto à doença ou lesão preexistente durante o período de 24 meses, contados a partir da inscrição do beneficiário no plano. Não caberá a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente caso a CONTRATADA tenha realizado qualquer tipo de exame ou perícia médica para admissão do beneficiário, no plano.

o) A omissão da doença ou lesão preexistente na época da contratação ou adesão ao plano poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento do beneficiário, cabendo a CONTRATADA o ônus da prova do conhecimento prévio do beneficiário da doença ou lesão preexistente na contratação do plano.

p) A CONTRATADA comunicará o beneficiário a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente não declarada na ocasião da contratação ou adesão ao plano, por meio de Termo de Comunicação e oferecerá obrigatoriamente ao beneficiário a Cobertura Parcial Temporária, pelos meses restantes até completar 24 meses da assinatura ou adesão ao plano. Em caso de recusa do beneficiário, por uma das opções oferecidas pela CONTRATADA, esta solicitará a abertura do processo administrativo diante da ANS por indício de fraude.

q) Após o recebimento da comunicação e recusa do beneficiário, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS,

requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documentação para comprovar a omissão de doença ou lesão preexistente.

r) A CONTRATADA não negará cobertura assistencial, assim como não suspenderá ou rescindir unilateralmente o contrato em razão da omissão de doença ou lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

s) Comprovada à alegação de omissão de doença ou lesão preexistente, o beneficiário e o (a) CONTRATANTE passam a ser responsáveis pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, relacionadas com a doença ou lesão preexistente que seriam objeto de Cobertura Parcial Temporária, a partir do momento de sua notificação, além da exclusão do beneficiário que foi parte do processo de omissão.

2.5. DA ADESÃO, INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

2.5.1. A adesão dos planos de assistência médica é facultativa e se dará na forma estabelecida neste Capítulo.

2.5.1.1. É voluntária a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário nos Planos de Assistência à Saúde de que tratam este instrumento.

2.5.1.2 Em razão da idade ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém poderá ser impedido de participar dos Planos de Assistência à Saúde de que trata este instrumento (Art. 14 da Lei nº 9.656/98).

2.5.1.3. A adesão dos beneficiários será realizada mediante preenchimento de Formulário Cadastral de Movimentação, assinado pela CONTRATANTE, a ser fornecido pela operadora CONTRATADA.

2.5.1.4. A CONTRATANTE fica responsável pela entrega de cópia do contrato do plano de saúde, guia de leitura contratual (GLC) e manual de contratação dos planos de saúde (MPS).

2.5.1.5. Para efeito deste instrumento, são considerados beneficiários do Plano de Assistência à Saúde:

I. Na qualidade de Beneficiário Titular: empregados ativos, ocupantes de cargo efetivo e de cargo comissionado.

2.5.1.6. Ficarão mantidos todos os BENEFICIÁRIOS TITULARES já incluídos em contrato anterior, ou até a assinatura do Contrato decorrente deste Termo

2.5.2. EXCLUSÃO

2.5.2.1 Os beneficiários titulares poderão solicitar sua exclusão voluntária do plano ao qual tenham aderido, a qualquer tempo, mediante a assinatura de um "Termo de Exclusão", a ser encaminhado ao Setor competente do CRESS SC.

2.5.2.2. As exclusões compulsórias do Plano de Assistência à Saúde ocorrerão nas seguintes situações:

- a) Perder o vínculo com o CRESS SC que lhe garante a condição de beneficiário do plano;
- b) Por solicitação do CRESS SC, mediante comunicação escrita;
- c) Permitir o uso indevido do cartão individual de identificação, seja por dolo ou culpa;
- d) Decisão administrativa ou judicial;

- e) Não for apresentada documentação requerida pela Contratada, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o CRESS SC;
- f) Fraude ou inadimplência; e
- g) Outras situações previstas em lei.

2.5.2.3. Caberá ao CRESS SC solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.

2.5.2.5 O CRESS SC não será responsável pela utilização irregular dos serviços assistenciais viabilizados pela Contratada, nem por eventuais débitos ocorridos, após ter comunicado o evento que implique na exclusão de qualquer beneficiário.

2.5.2.6. As operadoras de planos de assistência à saúde só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

a – fraude; ou

b – por perda dos vínculos do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998; ou

c – a pedido do beneficiário.

2.5.3. É garantida a manutenção de beneficiários após a perda do vínculo com o CRESS SC, desde que assumam integralmente o respectivo custeio das despesas, mediante as seguintes condições:

a) O período de manutenção da condição de beneficiário será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência no plano, ou sucessores, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses;

b) A manutenção de que trata este subitem é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da existência de vínculo com o CRESS SC;

c) A condição prevista no caput deste subitem deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego ou função pública;

d) O beneficiário deverá solicitar o benefício em no máximo 30 (trinta) dias a contar da data da perda do vínculo com o CRESS SC.

2.6. DO REEMBOLSO

2.6.1. Os pedidos de reembolso serão admitidos, desde que solicitados e autorizados previamente para a CONTRATADA, uma vez que o plano não possui caráter de livre escolha por profissionais e prestadores de serviços, ou seja, o beneficiário deve primeiro realizar a busca na rede médico-hospitalar, laboratorial e de serviços complementares ao diagnóstico e terapia, credenciada ou própria e, somente constatada a ausência de prestadores, a CONTRATADA fica obrigada a autorizar o reembolso;

2.6.2. A Contratada deverá reembolsar as despesas para todos os procedimentos médicos, ambulatoriais e hospitalares, serviços de apoio, exames e métodos complementares, em caráter eletivo, de urgência ou emergência, em conformidade com a Resolução Normativa nº 566 de 29/12/2022, tendo como referência a tabela praticada pela operadora, em especial quando:

- a) Não dispuser de rede médico-hospitalar, laboratorial e de serviços complementares ao diagnóstico e terapia, credenciada ou própria, capaz de atender os serviços contratados;
- b) Quando o atendimento ocorrer fora da rede credenciada;
- c) Houver situação de greve, paralisação ou outro fato, que impeça o atendimento pela rede própria ou credenciada da Contratada.

2.6.3. A operadora tem o prazo legal de 30 (trinta) dias para efetuar o reembolso, a partir da entrega completa da documentação exigida, caso seja devido.

2.6.4. Deverá ser anexada a respectiva solicitação a documentação original relativa às despesas efetuadas (cópia da conta do atendimento, documento fiscal que deverá conter CNPJ/CPF do profissional ou estabelecimento que realizou o atendimento). Necessário apresentar também:

- a) Em caso de atendimento de urgência ou emergência: laudo ou atestado médico ou outros documentos equivalentes, emitido pelo médico assistente atestando e comprovando que se tratava de uma situação de urgência ou emergência;
- b) Em caso de atendimento eletivo: número do protocolo fornecido pela CONTRATADA na solicitação de serviço ou atendimento realizado pelo beneficiário ou responsável.
- c) Em caso de procedimentos que contenham Diretrizes de Utilização (DUT): laudo ou atestado médico ou outros documentos equivalentes, emitidos pelo médico que solicitou ou realizou o procedimento, atestando e comprovando que o beneficiário cumpre a DUT

2.6.5. Sempre que solicitado pela CONTRATANTE, a operadora deverá fornecer a tabela referente aos reembolsos previstos neste Termo de Referência.

2.6.6. O prazo para o beneficiário requerer o reembolso é de 12 meses, contados a partir da data em que ocorreu o evento médico, ou, no caso de internação, contados a partir da data da alta hospitalar.

3. CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS

3.1. Como critério de julgamento das propostas de preços levar-se-á em conta a soma dos preços totais das respectivas faixas etárias de cada plano, os quais resultarão da multiplicação dos respectivos preços unitários pelas respectivas quantidades estimadas de beneficiários, sendo que a soma dos preços totais de ambos os planos multiplicada por doze (prazo de vigência inicial do Contrato de 12 (doze) meses) representará o preço global.

3.1.1. A Licitação adotará como critério de julgamento da proposta o tipo MENOR PREÇO GLOBAL.

3.2. Os valores decorrentes da aplicação da fórmula constante no subitem acima serão considerados até as duas primeiras casas decimais.

3.3. Para efeito de ordenação das propostas de preços, será classificada em primeiro lugar a Licitante que apresentar o menor preço global, e assim sucessivamente até o conhecimento da última proposta classificada, respeitados os percentuais de variação de faixa etária previstos neste instrumento (item 6.2).

3.4. Os lances também se darão pelo preço global. No caso de haver redução do preço global após a fase de lances, o montante de redução deverá ser distribuído proporcionalmente entre ambos os planos e entre todas as faixas etárias, respeitados, ainda, os percentuais de variação de faixa etária previstos neste instrumento.

3.5. Adotou-se o critério de julgamento das propostas de preços acima (item 3.1.) para fins de se resguardar a vantajosidade e a proporcionalidade das propostas, uma vez que conforme consta do item 13.1 (da faixa etária), os números de beneficiários apresentados são meramente informativos, visto que a adesão ao plano de saúde é facultativa.

3.6. O não atendimento às especificações técnicas descritas neste Termo de Referência implicará a desclassificação da proposta apresentada.

3.7. As propostas serão analisadas por equipe de técnicos da CONTRATANTE no transcorrer do Pregão, para fins de verificação do atendimento às características da solução especificados neste Edital.

3.8. A falta de informações técnicas ou a incompatibilidade destas com as características especificadas implicará a desclassificação da proposta.

4. DA JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO E DA MODALIDADE DE LICITAÇÃO

4.1. O Conselho Regional de Serviço Social – 12ª Região é uma Autarquia Federal criada pela Lei nº 8.662/1993, subordinada ao Conselho Federal de Serviço Social. Logo, como a natureza jurídica do CRESS SC é de Autarquia Federal, não sendo permitida a livre contratação, é primordial a realização de licitação para que os trabalhadores possam ser beneficiados com uma prestação de serviços de assistência à saúde de forma adequada e segura. O CRESS SC possui em seu quadro funcional 14 (quatorze) empregados públicos ativos e 6 (seis) dependentes para os quais oferece benefícios com o objetivo de contribuir para a formação de um ambiente de trabalho saudável e adequado ao crescimento profissional, incentivando os colaboradores a realizarem suas tarefas com qualidade e satisfação. Para o estudo em questão, trata-se da concessão de Assistência Médica Hospitalar para todos os empregados, seus dependentes legais. A inclusão de dependentes será facultativa. Será custeado pelo CRESS a mensalidade dos dependentes (filhos) menores de 18 (dezoito) anos. Será custeada integralmente pelos trabalhadores a mensalidade dos dependentes com idade superior a 18 (dezoito) anos. Logo, o número de dependentes acima é uma estimativa de usuários, com base no cadastro funcional. Os serviços deverão abranger, no mínimo, as especialidades previstas nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, com rede credenciada mínima. A contratação pretendida justifica-se em o benefício proporcionar segurança e tranquilidade aos empregados do Conselho Regional de Serviço Social, no campo da saúde, tendo em vista que o acesso à assistência médica, hospitalar e ambulatorial ofertada por órgãos públicos, ainda que garantida constitucionalmente, não satisfazem as necessidades existentes daqueles que o necessitam na presente conjuntura nacional. Justifica ainda a contratação, o fato de a assistência à saúde prestada pelos planos ou seguros privados, embora apresente suas deficiências, é considerada no Brasil como o melhor atendimento médico-hospitalar e ambulatorial prestados às pessoas assistidas. Nesse contexto, a intenção precípua do CRESS SC é oferecer uma assistência à saúde eficiente e digna, seja na atividade funcional, seja na vida privada, e evitar ou minimizar os efeitos danosos das doenças sobre a continuidade e qualidade no desempenho funcional. O plano de assistência médica deverá proporcionar aos empregados públicos do CRESS SC melhores condições para o cuidado com a saúde, tanto sob a perspectiva de cuidados preventivos quanto de tratamentos que porventura sejam necessários, como em casos de acometimento de moléstia ou acidente, de acordo com os casos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e no futuro Termo de Referência. A abrangência da cobertura deverá ser nacional, devido ao fato de os agentes fiscais realizarem as diligências in loco em todos os municípios do estado de Santa Catarina, bem como, participações nos eventos do Conjunto CFESS-CRESS em todo território nacional, havendo, portanto, a necessidade de garantia de atendimento médico hospitalar para este trabalhador, caso necessitar. Sendo assim, faz-se necessário iniciar o presente processo, visando a contratação de empresa

especializada na prestação do referido serviço, visto que, um pedido de rescisão contratual por parte da atual prestadora do serviço, foi recebido pelo CRESS SC, sendo que, o prazo estipulado para a regularização, é de até 06 (seis) meses, isso inclui a preparação de um Edital de licitação e toda a fase interna do processo, até a conclusão da nova contratação.

4.2. DO ENQUADRAMENTO LEGAL

4.2.1. Aplica-se à presente contratação os ditames contidos na Lei nº 14.133/2021 no Decreto nº 10.024/2019, bem como nas demais normas aplicáveis à espécie.

4.2.2. De acordo com o art. 3º, II, do Decreto nº 10.024/2019, o pregão eletrônico destina-se à aquisição de bens e à contratação de serviços comuns, por possuir padrões de desempenho e qualidade objetivamente definidos, mediante as especificações usuais do mercado, sobretudo pelas regulamentações expressas da Agência Nacional de Saúde – ANS, podendo, portanto, ser licitado por meio da modalidade Pregão.

4.2.3. A Licitação para a contratação do objeto deste Termo de Referência será realizada por meio de Licitação na modalidade PREGÃO ELETRÔNICO do tipo MENOR PREÇO POR ITEM, na forma prevista no art. 34 da Lei nº 14.133/2021.

5. DAS CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO

5.1. Os critérios e condições de habilitação estão previstos neste Edital.

6. DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA (PREÇOS MÁXIMOS)

6.1. O CRESS SC pagará à Contratada, valores pré-estabelecidos para uma contraprestação pecuniária mensal de acordo com o grupo de beneficiários do CRESS SC distribuídos pelas faixas etárias abaixo discriminadas, valores estes que representam os preços unitários, totais e global máximos a serem admitidos na licitação:

PLANO NACIONAL 50% DE COPARTICIPAÇÃO – QUARTO APARTAMENTO

FAIXA ETÁRIA	QUARTO APARTAMENTO (VALOR POR PESSOA)
0 a 18	R\$ 365,18
19 a 23	R\$ 452,23
24 a 28	R\$ 561,04
29 a 33	R\$ 658,97
34 a 38	R\$ 768,10
39 a 43	R\$ 858,23
44 a 48	R\$ 959,18
49 a 53	R\$ 1.072,24
54 a 58	R\$ 1.367,71
59+	R\$ 1.935,01

6.1.1. As quantidades indicadas acima são meramente estimativas e têm por objetivo dimensionar o universo de beneficiários, podendo variar durante a prestação de serviços, conforme alteração do quadro de empregados.

6.2. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela Contratada, observadas as seguintes condições:

I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária; e

II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

6.3. Além dos pagamentos acima a título de mensalidade, o CRESS SC repassará à Contratada os valores da coparticipação descontados dos beneficiários.

6.4. A coparticipação é a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário após a realização dos procedimentos. Os atendimentos serão realizados mediante coparticipação de 50% (cinquenta por cento) do custo dos serviços abaixo listados, conforme Tabela de Referências da Contratada, limitados a um valor máximo de R\$ 280,00 (duzentos e oitenta reais) por serviço realizado:

- a) Consultas médicas em consultório e pronto-socorro;
- b) Exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame; e
- c) Consultas/sessões de fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

6.4.1. O limite máximo de valor de coparticipação poderá ser repactuado.

6.5. Com exceção dos serviços/procedimentos acima listados (item 6.4), nenhuma outra coparticipação poderá ser exigida para os demais serviços/procedimentos contratados.

7. DOS MECANISMOS DE REGULAMENTAÇÃO

7.1. Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados. Observando ainda, as atualizações estabelecidas em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes à época do evento, conforme a seguir:

I. COPARTICIPAÇÃO:

- a) A coparticipação é a participação financeira na despesa assistencial, a título de fator moderador, a ser paga pelo beneficiário após a realização dos procedimentos e cobrada em conjunto com a mensalidade do plano de saúde e incidirá sobre os serviços e procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento.
- b) A coparticipação será de 50% (cinquenta por cento) sobre os valores constantes da Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA, vigente na data do atendimento, observado o limite máximo de R\$ 280,00 (duzentos e oitenta reais) por serviço/procedimento realizado (de acordo com a pesquisa de mercado).

II. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO:

- a) Será expedido, por meio digital, em aplicativo próprio, sem prejuízo de qualquer atendimento, o cartão de identificação ou documento equivalente individualizado para cada beneficiário cadastrado, a ser utilizado na fruição dos serviços contratados.
- b) O cartão de identificação mencionada na alínea “a” deverá ser disponibilizado para os beneficiários em até 10 (dez) dias úteis da data da inclusão no plano, de forma gratuita. O CONTRATANTE fica responsável por informar aos beneficiários o prazo de disponibilização do cartão de identificação aos beneficiários do plano.
- c) Caso o beneficiário não esteja na posse do cartão individual de identificação e necessite de atendimento, deverá entrar em contato com a CONTRATADA que lhe fornecerá o código de

identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identificação com foto, emitido por órgão oficial, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

d) O beneficiário deverá acessar o cartão de identificação digital, por meio de aplicativo de celular nas versões Android e IOS.

e) A partir da exclusão do beneficiário do plano, a CONTRATADA adotará as providências necessárias para encerrar o acesso do beneficiário em até 30 (trinta) dias. A utilização do plano de saúde a partir da exclusão do plano sujeita o beneficiário às medidas legais cabíveis.

f) Na hipótese de perda ou extravio de dispositivo móvel que contemple o cartão de identificação virtual, o CONTRATANTE e/ou beneficiário deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA através dos canais de atendimento.

g) Além do cartão digital, mediante solicitação do beneficiário, poderá ser disponibilizado cartão físico, sendo que neste formato, será cobrado preço praticado pela operadora. O cartão de identificação será enviado em até 30 (trinta) dias para o CONTRATANTE ou para o endereço informado pelo beneficiário titular na adesão ao plano saúde.

h) Em caso de extravio do cartão de identificação, o usuário beneficiário obrigatoriamente deverá comunicar o Setor Administrativo (RH) do CRESS SC sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização.

III. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA:

a) Os serviços contratados serão prestados na forma abaixo descrita e a autorização prévia ocorrerá de forma a viabilizar o cumprimento dos prazos de atendimentos estabelecidos em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes na data da solicitação.

b) A CONTRATADA autorizará medicamentos e materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) de preferência nacionais, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA, (somente autorizando os importados nacionalizados, caso não existam similares nacionais). As eventuais divergências serão dirimidas pelo mecanismo de junta médica, abaixo previsto.

c) A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo profissional solicitante, pelo médico da operadora e por um terceiro profissional, escolhido de comum acordo pelos dois primeiros, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA) conforme previsto em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidência.

d) O atendimento e autorização observarão:

I. Consultas Médicas: os beneficiários são atendidos no consultório dos médicos cooperados, indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto-socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão;

II. Consultas/Sessões com: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista: são realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;

III. Sessões de psicoterapia: são realizadas pelos profissionais cooperados, credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;

IV. atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: são realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência), respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização (quando houver), vigentes à época do evento. Em caso de divergência médica, será aplicado mecanismo de junta médica acima previsto;

V. Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização (quando houver), vigentes à época do evento;

VI. Cirurgia buco-maxilo-facial: é realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);

VII. Medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso: o fornecimento será indicado pela CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;

VIII. Terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea para tratamento de artrite reumatóide, artrite psoriásica, doença de crohn e espondilite anquilosante: a CONTRATADA indicará o fornecimento e/ou estabelecimento para realização do serviço, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento.

e) As regras acima não se aplicam ao atendimento de urgência ou emergência, devidamente declarado pelo médico assistente, estando assegurado o acesso imediato aos procedimentos.

f) Não caberá a aplicação de nova contagem de prazo para garantia de atendimento nos termos da legislação vigente na data do atendimento, nas seguintes situações:

I. Na continuidade do tratamento de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, que serão autorizados conforme prescrição, justificativa clínica e prazo definido pelo médico assistente para assegurar a continuidade do tratamento. Respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT;

II. No procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos”, que serão autorizados conforme prescrição do

médico assistente, por se tratar de continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer.

g) Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para comunicar a CONTRATADA da realização do atendimento.

h) Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se a um escritório de autorização da CONTRATADA mais próximo, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

i) Sempre que houver dificuldade no agendamento do serviço ou atendimento, seja por indisponibilidade ou inexistência de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano, o beneficiário ou seu responsável deverá contatar a CONTRATADA, e solicitar o agendamento do atendimento, observadas as regras abaixo:

I. O atendimento solicitado será assegurado pela CONTRATADA em município integrante da área de abrangência e atuação do plano, nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da solicitação, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário;

II. A contagem do prazo para garantia do atendimento é contada a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento.

j) Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e crianças até 5 (cinco) anos têm prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

k) A CONTRATADA, a seu critério, poderá exigir que o beneficiário se submeta a exame pericial, com o intuito de realizar análise técnica do procedimento médico solicitado. Os custos com honorários médicos e exames, neste caso, serão arcados pela CONTRATADA.

l) Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada pela CONTRATADA.

m) A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas abaixo estabelecidas no art. 17 da Lei 9656/98:

I. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

II. Na hipótese de substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obrigasse a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

III. Nos casos de substituição ou suspensão temporária do estabelecimento hospitalar em decorrência de intervenção pública, sanitária ou fiscal, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

IV. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução ou substituição por vontade da CONTRATADA, esta deverá solicitar à ANS autorização expressa para redimensionamento de rede e posteriormente deverá comunicar ao CONTRATANTE.

8. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E REAJUSTE

8.1. Pela execução do objeto deste instrumento, o CRESS SC pagará à Contratada os valores constantes em sua proposta de preços, considerando as quantidades efetivas e as especificidades dos beneficiários, conforme disposto neste Termo.

8.2. O valor da coparticipação dos usuários nos serviços, quando for o caso, se dará pela aplicação do percentual e/ou das quantias previstas sobre o custo dos serviços executados, observando-se a Tabela de Referência da Contratada vigente na data da execução de cada serviço.

8.3. A Contratada deverá apresentar mensalmente ao Fiscal do Contratante, para fins de liquidação e pagamento, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao da prestação do serviço, Nota Fiscal/Fatura/Boleto referente aos serviços executados, em 02 (duas) vias, de forma a garantir, se for o caso, o recolhimento das importâncias retidas relativas à contribuição previdenciária no prazo estabelecido no art. 30, inciso I, alínea “b”, da Lei nº 8.212/91 e alterações posteriores.

8.3.1. Em conjunto com a Nota Fiscal/Fatura/Boleto, deverá ser encaminhada, também, a relação de beneficiários e serviços respectivos.

8.4. A Nota Fiscal/Fatura/Boleto deverá indicar os dados bancários da Contratada, para fins de depósito dos pagamentos devidos. O pagamento será efetuado pelo Contratante mediante ordem bancária creditada em conta corrente da Contratada, ou pagamento do Boleto, no prazo de até 10 (dez) dias úteis, contados da data da protocolização da Nota Fiscal/Fatura/Boleto e dos respectivos documentos comprobatórios, desde que não haja fator impeditivo imputável à Contratada.

8.5. A atestação da Nota Fiscal/Fatura/Boleto correspondente à prestação do serviço caberá ao Fiscal do Contrato ou a outro servidor expressamente designado para esse fim.

8.5.1. Havendo identificação de cobrança indevida na Nota Fiscal/Fatura/Boleto, o fato será informado à Contratada e a contagem do prazo para pagamento será reiniciada a partir da reapresentação da Nota Fiscal/Fatura/Boleto devidamente corrigida e atestada pelo Fiscal.

8.6. No caso de as Notas Fiscais/Faturas/Boletos serem emitidas e entregues ao Contratante em data posterior à indicada na condição acima, será imputado à Contratada o pagamento dos eventuais encargos moratórios decorrentes.

8.7. Nenhum pagamento será efetuado à Contratada enquanto pendente de liquidação/entrega qualquer obrigação financeira e/ou documentação comprobatória, sem que isso gere direito de reajustamento de preços ou correção monetária.

8.8. Para efeito de pagamento mensal a contratada encaminhará para análise da regularidade do contratante das seguintes documentações comprobatórias: Certidão Negativa ou Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos relativos às Contribuições Previdenciárias e às de Terceiros – CND/CPD–EN – Previdência Social/Receita Federal do Brasil – RFB; Certificado de Regularidade do FGTS – CRF – Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS; Certidão Negativa de Débitos Trabalhista – CNDT – Tribunal Superior do Trabalho – TST.

8.9. A não regularização da documentação de que trata o subitem 8.8 no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data da entrega da Nota Fiscal/Fatura/Boleto no prazo contratual, poderá ensejar

a rescisão do Contrato e os valores retidos somente serão pagos após a comprovação de que os encargos trabalhistas, previdenciários e demais tributos encontram-se em dia.

8.10. O Contratante poderá deduzir do montante a pagar os valores correspondentes a multas ou indenizações devidas pela Contratada, nos termos do Contrato.

8.11. O Contratante somente efetuará o pagamento após a atestação, pelo Fiscal do Contrato, de que o serviço foi executado em conformidade com as especificações do Contrato.

8.12. Se for o caso, será retido na fonte o Imposto Sobre a Renda da Pessoa Jurídica – IRPJ, bem assim a Contribuição sobre o Lucro Líquido, a Contribuição para a Seguridade Social – COFINS e a Contribuição para o PIS/PASEP, de acordo com o art. 64 da Lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996 e Instrução Normativa RFB n. 1.234, de 12 de janeiro de 2012, além de possíveis retenções a título de ISS (Impostos sobre Serviços), conforme legislação municipal específica.

8.13. Se for o caso, deverá a Contratada apresentar, juntamente com a Nota Fiscal/Fatura/Boleto, a Declaração de Optante pelo Simples, na forma do Anexo IV da Instrução Normativa RFB n. 1.234, de 12 de janeiro de 2012, caso esse seja o regime de tributação utilizado em suas relações comerciais, sob pena de serem retidos, pelo Contratante, os encargos tributários atribuídos a empresas não optantes.

8.14. Caso no dia do pagamento não haja expediente no órgão Contratante, este será efetuado no primeiro dia útil subsequente.

8.15. Nos casos de atrasos de pagamento, desde que a Contratada não tenha concorrido de alguma forma para tanto, serão devidos, pelo Contratante, encargos moratórios à taxa nominal de 6% a.a. (seis por cento ao ano), capitalizados diariamente em regime de juros simples.

8.15.1. O valor dos encargos será calculado pela fórmula: $EM = I \times N \times VP$, onde: EM = Encargos moratórios devidos; N = Números de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento; I = Índice de compensação financeira = 0,00016438; e VP = Valor da prestação em atraso.

8.15.2. O atraso no pagamento de qualquer valor devido pelo CRESS SC por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, implicará na rescisão do Contrato, desde que o CRESS SC seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, bem como na suspensão dos serviços a partir do 1º (primeiro) dia de atraso após o período citado (Art. 13, II, da Lei nº 9.656/98).

8.15.3. A suspensão dos serviços e a rescisão do Contrato são vedadas, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação de qualquer um dos beneficiários do(s) plano(s) decorrente(s) do presente Termo de Referência (Art. 13, III, da Lei nº 9.656/98).

8.16. Os preços são fixos e irredutíveis no prazo de um ano contado da data limite para a apresentação das propostas.

8.17. Dentro do prazo de vigência do contrato e mediante solicitação da contratada, os preços contratados poderão sofrer reajuste após o interregno de um ano, aplicando-se o POOL de Risco conforme RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 565, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2022 que dispõe sobre o formato de reajuste válido para contratos com até 29 vidas. Em havendo um número superior de vidas ativas no contrato, este poderá ser reajustado com base em outros critérios/índices de reajuste em observância a legislação vigente, e acordado entre as partes, desde que realizada a alteração do índice de reajuste por meio de Termo Aditivo.

- 8.18. Ocorrendo o aumento de vidas durante a vigência contratual que ultrapasse a quantidade de 29, deverá ser revisto o índice de reajuste aplicável, e alterado através de termo aditivo contratual.
- 8.19. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste.
- 8.20. No caso de atraso ou não divulgação do índice de reajustamento, o CONTRATANTE pagará à CONTRATADA a importância calculada pela última variação conhecida, liquidando a diferença correspondente tão logo seja divulgado o índice definitivo. Fica a CONTRATADA obrigada a apresentar memória de cálculo referente ao reajustamento de preços do valor remanescente, sempre que este ocorrer.
- 8.21. Nas aferições finais, o índice utilizado para reajuste será, obrigatoriamente, o definitivo.
- 8.22. Caso o índice estabelecido para reajustamento venha a ser extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, será adotado, em substituição, o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.
- 8.23. Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente, por meio de termo aditivo.
- 8.24. O valor da mensalidade será reajustado sempre que ocorrer mudança de faixa etária do Beneficiário (aniversário).
- 8.25. O reajuste observará o percentual correspondente às faixas etárias identificadas.
- 8.26. Os reajustes/repactuações deverão ser precedidos de solicitação da Contratada, acompanhada de demonstração da alteração dos custos.
- 8.27. A Contratada poderá exercer, perante o CRESS SC, seu direito ao reajuste dos preços do Contrato até a data da prorrogação contratual subsequente, com efeitos retroativos à data de cômputo da anualidade.
- 8.28. É vedada a inclusão, por ocasião da repactuação, de benefícios não previstos na proposta inicial, exceto quando se tornarem obrigatórios por força normativa.

9. DO CUSTEIO DOS PLANOS

- 9.1. O custeio do Plano de Assistência à Saúde será de responsabilidade do CRESS SC e dos beneficiários titulares, através de contribuições mensais.
- 9.2. Caso a cobrança da contribuição de responsabilidade dos beneficiários titulares não possa ser efetuada por meio de consignação em folha de pagamento do CRESS SC, independentemente do motivo, a Contratada poderá efetuar a cobrança por meio da emissão de boleto bancário em nome CRESS SC.
- 9.3. A Contratada informará mensalmente ao CRESS SC o número de beneficiários, até o 1º (primeiro) dia útil do mês da competência, disponibilizando a sua base de dados cadastrais.
- 9.4. Na falta de comunicação em tempo oportuno ou exclusão de beneficiários, o faturamento assumirá como base os dados disponíveis, realizando-se o devido acerto pelas partes no mês subsequente.
- 9.5. A mudança na faixa etária dos beneficiários automaticamente promoverá o reajuste dos preços independentemente do reajuste/repactuação previsto no presente Termo.

10. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

10.1. O CRESS SC obriga-se a:

- a) efetuar o pagamento correspondente à execução do objeto do Contrato, conforme as determinações expressas neste Termo;
- b) proporcionar todas as facilidades para que a Contratada possa executar os serviços decorrentes do Contrato dentro das normas preestabelecidas no Edital e nos instrumentos que o integram;
- c) acompanhar e manter fiscalização efetiva da execução do objeto do Contrato, por intermédio de empregado designado para esse fim pela autoridade competente do CRESS SC, em ato próprio, na forma prevista no art. 117 da Lei nº 14.133/21; os bens e serviços adjudicados nas condições integrais do item licitado, observados os dispositivos legais quanto ao RECEBIMENTO PROVISÓRIO e DEFINITIVO, além de exigir e regular o cumprimento das obrigações complementares, em especial aquelas relativas à garantia técnica, suporte e repasse de conhecimento.
- d) comunicar à Contratada, por escrito, toda e qualquer ocorrência relacionada com a execução dos serviços decorrentes do Contrato, fixando prazo para sua correção;
- e) rejeitar, no todo ou em parte, o serviço executado em desacordo com as normas do Contrato, do Edital e dos instrumentos que o integram;
- f) sustar, recusar, mandar desfazer, refazer, reparar, corrigir ou substituir qualquer serviço prestado que não esteja de acordo com as normas do Contrato, do Edital e dos instrumentos que o integram;
- g) manter a regularidade de suas contribuições até o mês da comunicação relativa à exclusão de empregados;
- h) encaminhar todas as movimentações cadastrais (inclusões, exclusões, troca de plano, etc...) de acordo com o fluxo a ser determinado de comum acordo pelos contratantes;
- i) cumprir todas as obrigações em conformidade com as disposições deste Termo de Referência, do Contrato, do Edital e dos seus Anexos;
- j) aplicar as sanções administrativas, quando se façam necessárias;
- k) acompanhar a execução do Contrato, nos termos do inciso III do art. 104 c/c o art. 117 da Lei nº 14.133/2021, através dos Fiscais do Contrato, que exercerão ampla e irrestrita fiscalização do objeto, a qualquer hora, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, inclusive quanto às obrigações da Contratada constantes deste Termo Referência, do Contrato e do Edital respectivos;
- l) efetuar a juntada aos autos do processo das irregularidades observadas durante a execução da relação contratual;
- m) exercer a fiscalização da execução do Contrato por empregados especialmente designados para esse fim, na forma prevista na Lei nº 14.133/2021, procedendo ao atesto das respectivas faturas, com as ressalvas e/ou glosas que se fizerem necessárias. Tal fiscalização, em hipótese nenhuma, atenua ou exime de responsabilidade a Contratada;
- n) rejeitar, no todo ou em parte, a execução do objeto do Contrato em desacordo com as respectivas especificações;

- o) verificar, durante toda a execução do Contrato, a manutenção, pela Contratada, de todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na Licitação, em compatibilidade com as obrigações assumidas;
- p) impedir que terceiros estranhos à contratação prestem os serviços.

11. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

11.1. A contratada obriga-se a:

- a) viabilizar aos beneficiários inscritos, através de rede própria ou por meio de sua rede de prestadores de serviço, as coberturas previstas neste Instrumento;
- b) proceder às inclusões e exclusões dos beneficiários em seus Planos de Assistência à Saúde conforme determinação do CRESS SC;
- c) a CONTRATADA terá um prazo de até 10 (dez) dias úteis, contados a partir do pedido de inclusão do beneficiário no plano, para disponibilizar o cartão virtual para o CONTRATANTE.
- d) disponibilizar a relação de prestadores de serviço, através de um manual, um guia, um orientador ou um outro instrumento similar, que contenha a relação dos profissionais associados/credenciados, com a indicação das especialidades médicas e exames médicos, a relação de hospitais, de centros médicos e de clínicas, básicas e especializadas, próprios da Contratada ou por ela credenciados/referenciados, a relação de laboratórios, etc., com os respectivos endereços e telefones, para cada beneficiário, de acordo com o Plano por ele escolhido e a região do seu domicílio;
- e) disponibilizar ao CRESS SC a relação completa de sua rede de prestadores de serviços e as demais informações pertinentes, por meio eletrônico ou via internet;
- f) emitir título de cobrança bancária em nome do CRESS SC, referente às contribuições dos beneficiários titulares, quando não for possível o desconto em folha de pagamento do CRESS SC;
- g) oferecer e disponibilizar atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional;
- h) manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos;
- i) permitir e facilitar ao CRESS SC o acesso a toda documentação relativa à execução deste Instrumento;
- j) não substabelecer/subcontratar as obrigações assumidas;
- k) garantir que a cobertura definida no Plano de Assistência à Saúde observará, como padrão mínimo, o constante das normas editadas pela ANS, respeitando o disposto no presente Termo de Referência;
- l) observar, também, as demais normas editadas pela ANS relativas às demais obrigações que regulam o setor da saúde suplementar;
- m) ressarcir ao CRESS SC o valor correspondente ao pagamento de multas, indenizações ou outros encargos que lhe forem impostos, em decorrência do descumprimento do Contrato e/ou de normas legais ou regulamentares relacionados à execução do objeto;
- n) manter, durante a vigência do Contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no processo licitatório;

- o) manter preposto especialmente designado para representá-lo perante o CRESS SC, aceito por este, o qual deverá deixar endereços, telefones (fixo e celular) e telefax com o Fiscal do Contrato, devendo atender aos chamados do CRESS SC no prazo máximo de 02 (duas) horas;
- p) substituir, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas após notificação, sempre que exigido pelo CRESS SC, após discussão entre as partes, o seu preposto, cuja atuação, permanência e/ou comportamento sejam julgados prejudiciais, inconvenientes ou insatisfatórios à disciplina do CRESS SC ou ao interesse do serviço público;
- q) atender prontamente, sem quaisquer ônus para o CRESS SC, quaisquer exigências formuladas pelo representante deste, inerentes ao objeto do Contrato e dos instrumentos que o integram, sob pena de constituir em descumprimento de obrigação contratual;
- r) prestar os esclarecimentos que forem solicitados pelo CRESS SC, a cujas reclamações se obriga a atender prontamente;
- s) responsabilizar-se, civil e penalmente, por todo e qualquer dano causado, direta ou indiretamente, ao CRESS SC ou a prepostos seus ou a terceiros, em função da execução do objeto do Contrato, decorrentes de sua ação ou omissão, culposa ou dolosa, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento da execução dos serviços pelo CRESS SC;
- t) responsabilizar-se perante o CRESS SC pelos danos ou desvios causados aos bens que lhes forem confiados ou a seus prepostos, devendo efetuar o ressarcimento correspondente, imediatamente após o recebimento da notificação do CRESS SC, sob pena de glosa de qualquer importância que tenha a receber ou de cobrança judicial;
- u) não caucionar ou utilizar o Contrato para qualquer operação financeira;
- v) apresentar, relatórios de utilização e de estatísticas, discriminando cada serviço prestados no respectivo período, por meio eletrônico;
- w) não se valer do Contrato a ser celebrado para efetuar qualquer espécie de publicidade de seus serviços, salvo quando previamente autorizado pelo CRESS SC;
- x) manter sigilo de todos os dados e informações relativos ao Contrato firmado, não divulgando nem fornecendo quaisquer dados e informações, inclusive as de saúde, exceto as fornecidas pelo Coordenador Médico de Informações indicado pela Contratada, referentes aos serviços realizados ou sobre o local de execução dos serviços, a qualquer tempo, em qualquer lugar ou a qualquer pretexto que seja;
- y) manter serviço de central telefônica gratuita (DDG) de atendimento de 24 h (vinte e quatro horas) por dia, 07 (sete) dias por semana, inclusive sábados, domingos e feriados, de modo a facilitar o atendimento ao beneficiário nos casos de urgência e emergência, visando também auxiliar os interessados na escolha do melhor local para atendimento e prestação de outros esclarecimentos e informações com relação à rede credenciada;
- z) A Contratada deverá responder e apresentar solução a todos os questionamentos efetuados pelo CRESS SC, sempre que ocorrer, em até 05 (cinco) dias úteis;
- aa) executar fielmente o objeto contratado em conformidade com as disposições deste Termo de Referência, do Contrato, do Edital e seus Anexos e de acordo com a proposta apresentada, verificando sempre o bom desempenho dos serviços prestados e atendendo aos seus critérios de qualidade;

bb) acatar a fiscalização do CRESS SC, comunicando-a de quaisquer irregularidades detectadas durante a execução dos serviços;

cc) atender, por meio de preposto nomeado, qualquer solicitação por parte dos fiscais do Contrato, prestando as informações referentes à prestação dos serviços, bem como as correções de eventuais irregularidades na execução do objeto contratado;

dd) cumprir e fazer cumprir, seus prepostos ou conveniados, leis, regulamentos e posturas, bem como quaisquer determinações emanadas das autoridades competentes, pertinentes à matéria objeto desta contratação, cabendo-lhe única e exclusiva responsabilidade pelas consequências de qualquer transgressão de seus prepostos ou convenientes;

ee) aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem de até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do Contrato, de acordo com o art. 125, da Lei Federal nº 14.133/2021, não sendo necessária a comunicação prévia do CRESS SC;

ff) arcar com despesas decorrentes de qualquer infração, seja qual for, desde que praticada pelos seus empregados nas instalações do CRESS SC;

gg) Responsabiliza-se a Contratada pelos seguintes encargos, em especial:

1. fiscais, comerciais, previdenciários e obrigações sociais previstos na legislação social e trabalhista em vigor, obrigando-se a saldá-los na época própria, uma vez que os seus empregados não manterão nenhum vínculo empregatício com a Administração contratante;

2. de possível demanda trabalhista, civil ou penal, relacionada à execução do Contrato;

3. de providências e obrigações estabelecidas na legislação específica de acidentes do trabalho;

4. assumir inteira responsabilidade pelas obrigações fiscais e comerciais decorrentes da execução dos serviços objeto desta contratação.

hh) A inadimplência da Contratada relativa aos encargos do subitem “gg” não transfere à Administração responsabilidade por seu pagamento nem onera o objeto desta contratação, razão pela qual a Contratada renuncia expressa e contratualmente a qualquer vínculo de solidariedade, ativa ou passiva, para com a Administração;

ii) adotar os demais procedimentos necessários à boa execução do Contrato e cumprir, às suas próprias expensas, todas as cláusulas contratuais que definam suas obrigações.

jj) Assegurar os tratamentos não previstos neste instrumento, mas que constem das Resoluções Normativas, da ANS, e demais legislações pertinentes;

kk) Assegurar os direitos e cumprir com todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

ll) Os procedimentos/serviços que necessitem de autorização da contratada deverão obedecer aos prazos máximos de atendimento estabelecidos pela ANS.

12. DA CONTRATAÇÃO

12.1. A contratação terá vigência de 12 (doze) meses, com início na data de sua assinatura, podendo ser prorrogada pelo prazo máximo de até 10 (dez) anos, conforme os artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133/21.

12.1.1. No caso de prorrogação da vigência, não poderão ser cobradas taxas ou quaisquer outros valores para este fim (art. 13 da Lei nº 9.656/98). Os custos não renováveis já pagos ou

amortizados no primeiro ano da contratação deverão ser eliminados como condição para a renovação.

12.1.2. No caso de prorrogação da vigência é vedada a recontagem de carências (art. 13, I, da Lei nº 9.656/98).

12.1.3. O Contrato poderá ser prorrogado, até o limite total de 10 (dez) anos, caso sejam preenchidos os requisitos abaixo enumerados, de forma simultânea, e autorizado formalmente pela autoridade competente:

- a) Quando os serviços forem prestados regularmente ao longo da vigência do Contrato;
- b) Contratada não tenha sofrido qualquer punição de natureza pecuniária;
- c) A Administração ainda tenha interesse na realização do serviço;
- d) O valor do Contrato permaneça economicamente vantajoso para o CRESS SC;
- e) A Contratada concorde expressamente com a prorrogação.

12.2. Na análise do registro de produto será verificada a existência de rede de associada/credenciada/referenciada disponibilizada pela Contratada suficiente para atender aos serviços descritos neste Instrumento, em todo território nacional, compreendendo consultórios médicos, hospitais, centros médicos, clínicas básicas e especializadas, laboratórios, etc.

13. DA DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DOS BENEFICIÁRIOS ATUAIS – QUANTIDADE ESTIMADA

13.1. Atualmente o Conselho dispõe de 14 funcionários em seu quadro de pessoal. Porém, conforme mencionado no ETP deste Edital o número de vidas, atualmente, está em 20, sendo 14 beneficiários/titulares e 6 dependentes.

13.2. Segue abaixo relação de faixa etária e quantitativo de vidas no quadro atual de funcionários do CRESS SC:

FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE TOTAL DE BENEFICIÁRIOS (EMPREGADOS PÚBLICOS)	QUANTIDADE TOTAL DE BENEFICIÁRIOS (DEPENDENTES)
0 a 18	0	5
19 a 23	0	
24 a 28	1	
29 a 33	2	
34 a 38	3	
39 a 43	2	1
44 a 48	5	
49 a 53		
54 a 58		
59+	1	
TOTAL	14	6

13.3. O CRESS SC não se obriga, em hipótese alguma, a cobrir qualquer quantidade mínima de adesões. Os números apresentados acima são meramente informativos, visto que a adesão ao plano de saúde é facultativa.

14. DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

14.1. Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:

- a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) procedimentos clínicos e 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 parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- c) inseminação artificial entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- d) métodos contraceptivos, não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento;
- e) tratamento de rejuvenescimento ou para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- f) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- g) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- h) estabelecimentos para acolhimento de idosos e pessoas com deficiência ou necessidades especiais, caracterizando atendimentos que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- i) transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- j) consultas e exames periódicos, admissional, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, que são de responsabilidade do empregador conforme determina a NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho;

15. DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E ACEITE DOS SERVIÇOS EXECUTADOS

15.1. A aceitação e o pagamento dos serviços prestados condicionar-se-ão ao resultado apurado pelo CRESS SC no qual constará procedimento avaliatório indicando se o pagamento à Contratada deverá ser integral ou parcial.

15.2. Para aferir e se assegurar da qualidade dos serviços prestados pela Contratada serão verificados os seguintes itens:

- a. Manter, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por dia e por unidade de atendimento;
- b. Manter o sigilo sobre documentos e dados que tiver acesso, em decorrência da execução do Contrato;
- c. Executar os serviços determinados pela Fiscalização, por serviço e por dia;
- d. Apresentar, no ato da assinatura do Contrato, relação dos serviços prestados e profissionais credenciados;

- e. Emitir, para cada beneficiário cadastrado, no prazo máximo de até 07 (sete) dias úteis da inclusão, identificação que o habilitará, juntamente com os outros documentos utilizados como rotina pela Contratada, a utilizar os serviços contratados
- f. Cumprir determinação formal ou instrução do fiscalizador, por ocorrência;
- g. Enviar, trimestralmente, o relatório constante neste Termo;
- h. Manter a qualidade de sua Rede de Atendimento, promovendo os credenciamentos necessários que permitam a prestação dos serviços em regime de excelência;
- i. Disponibilizar Serviço de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas, através de ligação gratuita (0800) para informações pertinentes aos serviços;
- j. Indicar representante ou gestor credenciado, com poder decisório;
- k. Cumprir quaisquer dos itens deste Termo, por item e por ocorrência.

16. DA SUBCONTRATAÇÃO

16.1. Não será admitida a subcontratação, no todo ou em parte, do objeto deste Termo de Referência.

16.2. No caso da contratação de cooperativas ou instituições sem fins lucrativos, o serviço contratado deverá ser executado obrigatoriamente pelos cooperados, no caso de cooperativa, ou pelos profissionais pertencentes aos quadros funcionais da instituição sem fins lucrativos, vedando-se qualquer intermediação ou subcontratação.

17. DA RESCISÃO DO CONTRATO

17.1. A inexecução total ou parcial das condições avençadas poderá acarretar a rescisão do Contrato, com as consequências contratuais e as previstas em lei ou regulamento, conforme disposto nos artigos 155 a 159 da Lei nº 14.133/2021.

17.2. A rescisão do Contrato poderá ser:

17.2.1. Determinada por ato administrativo unilateral e motivado do Contratante, quando o CRESS SC, frente a situações de descumprimento de cláusulas contratuais por parte da Contratada, lentidão, atraso, paralisação ou por razões de interesse público, decidir rescindir o Contrato;

17.2.1. Amigável, por acordo formalizado no processo entre o CRESS SC e a Contratada, desde que haja conveniência para o Contratante;

17.2.3. Judicial, quando a rescisão for discutida em instância judicial e se dará conforme os termos de sentença transitada em julgado;

17.3. Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados nos autos do processo e, no procedimento que visa à rescisão do Contrato, será assegurado o contraditório e a ampla defesa, sendo que, depois de encerrada a instrução inicial, a Contratada terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para se manifestar e produzir provas, sem prejuízo da possibilidade de o Contratante adotar, motivadamente, providências acauteladoras.

17.4. A rescisão administrativa ou amigável deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente.

17.5. No caso de rescisão provocada por inadimplemento da Contratada, o Contratante poderá reter, cautelarmente, os créditos decorrentes do Contrato até o valor dos prejuízos causados, já calculados ou estimados.

17.6. Quando a rescisão ocorrer com base nos incisos § 2º, do art. 138, da Lei nº 14.133/2021, sem que haja culpa da Contratada, esta será ressarcida dos prejuízos regularmente comprovados, tendo ainda direito a, principalmente:

- I – devolução da garantia;
- II – pagamentos devidos pela execução do contrato até a data de extinção;
- III – pagamento do custo da desmobilização.

17.7. Nos casos de rescisão será necessário lavrar termo de encerramento de Contrato, decorrente de rescisão, devidamente assinado pelas partes contratantes.

18. DO ACOMPANHAMENTO, DA GESTÃO E DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

18.1. Durante o período de vigência, a relação contratual será acompanhada, gerida e fiscalizada, nos termos do disposto no art. 115 e seguintes da Lei nº 14.133/2021, por fiscal do contrato, nomeada por despacho da Presidência do CRESS SC, ou por preposto(s) por esta(s) expressamente indicado(s) e autorizado(s) pela Presidência, à qual caberá fiscalizar o objeto do Contrato e realizar a sua gestão, na qualidade de Fiscal do Contratante para a presente contratação.

18.2. A Contratada deverá manter preposto aceito pelo Contratante, durante o período de vigência do Contrato, para representá-la administrativamente, sempre que for necessário, o qual deverá ser indicado mediante declaração em que deverá constar o nome completo, n.º do CPF e do documento de identidade, além dos dados relacionados à sua qualificação profissional e cargo/função que exerce na Contratada.

18.3. O preposto deverá estar apto a esclarecer as questões relacionadas com as obrigações assumidas pela Contratada, bem como prestar esclarecimentos quanto às faturas dos serviços prestados.

18.4. A empresa orientará o seu preposto quanto à necessidade de acatar as orientações do Fiscal e do Departamento de Administração do Contratante, inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho.

18.5. Nenhuma modificação poderá ser feita no objeto contratual durante a execução do Contrato sem autorização expressa do Fiscal do Contratante.

18.6. O Fiscal do Contratante e toda pessoa autorizada por eles terão livre acesso aos objetos/serviços e a todos os locais onde estejam sendo realizados os trabalhos.

18.7. Atestação de conformidade do fornecimento do objeto contratual cabe ao Fiscal do Contratante, o qual ficará responsável pela emissão dos Termos de Recebimento Provisório e Definitivo e determinará o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados.

18.7.1. As decisões e providências que ultrapassem a competência do Fiscal do Contratante deverão ser solicitadas, por este, a seus superiores em tempo hábil para a adoção das medidas convenientes.

18.8. O(s) instrumento(s) de controle da execução contratual a ser(em) utilizado(s) pelo Fiscal do Contratante deverá(ão) compreender a mensuração dos seguintes aspectos:

- 18.8.1. Os resultados alcançados, com a verificação da qualidade demandada;
- 18.8.2. A qualidade e quantidade dos recursos materiais utilizados;
- 18.8.3. A adequação do objeto fornecido às especificações e exigências da contratação;
- 18.8.4. O cumprimento das demais obrigações decorrentes do Contrato;
- 18.8.5. A satisfação do Contratante.

19. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

19.1. Considera-se Emergência: situações que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente;

19.2. Considera-se Urgência: situações resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

19.3. Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário no plano é assegurada a cobertura dos procedimentos de urgência e emergência, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar, desde que atendidos os períodos de carência estabelecidos neste Termo de Referência, obedecendo as características do plano e a cobertura do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e consoante o Tema VIII da IN nº 28/2022 da ANS.

19.3.1. Ao beneficiário em carência para internação será garantido atendimento de urgência ou emergência limitado às primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial e a responsabilidade financeira da contratada cessará a partir da necessidade de internação, ainda que está se efetive dentro do período de 12 (doze) horas.

19.3.2. Será assegurado ao beneficiário garantia para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas vinte e quatro horas de vigência do contrato.

19.3.3. Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

19.3.4. Serão garantidos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras doze horas, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência.

19.3.5. Haverá garantia de atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

19.4. Se aplicável, quando o beneficiário estiver em período de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e relacionados a doenças ou lesão preexistente ficam limitados as primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial.

19.5. Se, na continuidade do atendimento mencionado no parágrafo anterior, for necessária a realização de procedimentos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária exclusivos da cobertura hospitalar, a responsabilidade financeira da CONTRATADA cessará a partir da internação, ainda que ela se efetive dentro do período de 12 horas e assegurará a remoção.

19.6. A CONTRATADA garantirá a remoção do beneficiário para outro hospital durante o atendimento classificado como urgência ou emergência quando:

a) caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento, sem ônus para o(a) CONTRATANTE;

- b) for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária;
- c) haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos de o beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.
- d) na remoção, a operadora 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.
- e) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 2, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

19.7. Quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus.

19.8. Se aplicável, quando o beneficiário estiver no período de Cobertura Parcial Temporária (CPT) e optar, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

20. DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO

20.1. O Contrato poderá ser alterado nos casos previstos no art. 124 da Lei nº 14.133/2021, desde que haja interesse do CRESS SC, e com a apresentação das devidas justificativas.

21. VALORES REFERENCIAIS DE MERCADO

21.1. A estimativa de preços para a contratação dos planos de saúde, realizadas junto as operados que atuam no mercado (anexo).

21.2. A estimativa de preços para a contratação proposta foi realizada por meio de pesquisa mercadológica, realizada pelo CRESS SC, e se faz parte integrante do presente processo de contratação.

22. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

22.1. As despesas resultantes do contrato celebrado em função deste termo serão suportadas pela dotação orçamentária da rubrica 6.2.2.1.1.01.04.01.003 - Plano de Saúde

ANEXO II - CONTRATO

ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL E HOSPITALAR ATRAVÉS DE PLANO DE SAÚDE

TERMO DE CONTRATO Nº 0XX/2024 QUE ENTRE SI FAZEM O CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL E A EMPRESA

O **CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL – 12ª REGIÃO**, pessoa jurídica de direito público, constituída sob a forma de autarquia fiscalizadora, estabelecida à Rua dos Ilhéus, nº 38, Ed. Aplub, Sala 1005, Centro, Florianópolis/SC, CEP 88.010-560, inscrita no CNPJ/MF sob nº 76.557.099/0001-99, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representado por sua Conselheira Presidente, **Cheyenne Vieira Marques**, inscrita no CPF sob n. 044.082.569-51, de outro lado a **CONTRATADA**,, inscrito(a) no CNPJ sob o nº, sediada na, neste ato representada pela Sr....., têm entre si, justo e avençado, e celebram o presente contrato, sujeitando-se, **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, às normas disciplinares da Lei nº 14.133/2021 e nas demais normas aplicáveis à espécie, no Edital deste processo e em seus anexos, mediante as cláusulas e condições que se seguem:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente **CONTRATO** tem como objeto a prestação, pela **CONTRATADA** ao **CONTRATANTE**, de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, métodos complementares de diagnósticos e tratamentos, e demais serviços auxiliares, tal como fisioterapia, na modalidade de XXXXXXXX, com coparticipação de% (..... por cento) em consultas, exames e procedimentos ambulatoriais limitados à coparticipação (franquia) em até R\$ (..... reais) para cada procedimento, e de abrangência geográfica regional e estadual, englobando os segmentos ambulatorial, hospitalar e obstétrico, estabelecidos nos incisos I, II e III do artigo 12 da Lei nº 9.656/98, a todos os empregados do CRESS SC, conforme disposições contidas neste **CONTRATO**, em especial no Edital e no Termo de Referência respectivos, os quais ficam fazendo parte integrante deste **CONTRATO**, como se aqui estivessem transcritos.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO ENQUADRAMENTO LEGAL

2.1. Aplicam-se à presente contratação os ditames contidos na Lei nº 14.133/2021, do Decreto nº 10.024, de 20 de setembro de 2019, da Instrução Normativa SEGES/MP nº 03, de 26 de abril de 2018, da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, do Decreto nº 8.538, de 06 de outubro de 2015, Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e alterações, nos Atos Normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigentes e demais legislação aplicável, bem como o disposto no Processo Licitatório nº 039/2024, em especial no Edital e no Termo de Referência respectivos.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES GERAIS

3.1. O objeto deste **CONTRATO** será destinado a todos os empregados do **CONTRATANTE**, bem como aos respectivos dependentes, que poderão aderir, ou não, no âmbito e condições de cobertura estabelecidas pelo plano por eles eventualmente escolhido, dentre aqueles contratados, mediante uma contraprestação pecuniária com

valores de mensalidades pré-determinadas por faixa etária (conforme regulamentação da ANS) e coparticipação de% (por cento) em consultas, exames e procedimentos ambulatoriais limitados à coparticipação (franquia) em até R\$ (reais) para cada procedimento, para a manutenção do beneficiário cadastrado.

3.2. A prestação dos serviços de assistência médica e hospitalar será disciplinada pelo presente CONTRATO e pelos termos do Termo de Referência, e em conformidade com a legislação em vigor, em especial com a Lei nº 9.656/98 e as regulamentações complementares, expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e este Termo de Referência.

3.3. A prestação de serviços compreende consultas médicas; cirurgias; serviços médicos, ambulatoriais, laboratoriais, hospitalares, de diagnóstico, tratamento, de terapia, remoções e atendimentos de urgência e emergência. A assistência médica e hospitalar de que trata este instrumento compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde.

3.4. A prestação dos serviços será executada por meio de rede própria da CONTRATADA ou por terceiros por ela credenciados e/ou referenciados, incluindo profissionais, hospitais, centros médicos, clínicas básicas e especializadas, laboratórios, etc.

3.5. Todos os planos oferecidos não admitirão agravo ou cobertura parcial temporária relacionada a doenças e/ou lesões preexistentes, desde que a adesão inicial seja igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários. Nesses casos, é vedada a exclusão, a qualquer tempo, de cobertura às doenças e/ou lesões preexistentes à data da contratação do plano.

3.5.1. Fica isento de análise de doença e lesões pré-existentes o beneficiário inscrito em contrato de plano de saúde com 30 (trinta) ou mais beneficiários, desde que o pedido de inscrição do beneficiário titular e de seus dependentes seja formalizado à CONTRATADA:

3.5.1.1. em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato; ou,

3.5.1.2. em até 30 (trinta) dias da vinculação do beneficiário titular à pessoa jurídica CONTRATANTE.

3.6. A Rede Própria, Credenciada ou Referenciada da CONTRATADA deverá possibilitar ao beneficiário o acesso em consultórios médicos, clínicas, serviços de diagnóstico, exames, prontos-socorros, laboratórios e hospitais em todo o território de Santa Catarina, especialmente nas cidades de ARARANGUÁ, BLUMENAU, BRUSQUE, CAÇADOR, CAMPOS NOVOS, CANOINHAS, CHAPECÓ, CONCÓRDIA, CRICIÚMA, CURITIBANOS, FLORIANÓPOLIS, ITAJAÍ, JARAGUÁ DO SUL, JOAÇABA, JOINVILLE, LAGES, RIO DO SUL, SÃO BENTO DO SUL, RIO NEGRINHO, SÃO MIGUEL DO OESTE, SÃO FRANCISCO DO SUL, TUBARÃO, VIDEIRA, XANXERÊ, IMBITUBA, MAFRA, PALMITOS, PORTO UNIÃO, SÃO JOAQUIM, SÃO JOSÉ, SÃO LOURENÇO DO OESTE, TIMBÓ.

3.6.1. A CONTRATADA deverá garantir o atendimento mínimo dos beneficiários do plano, de acordo com a Resolução Normativa nº 566 de 29/12/2022 da Agência Nacional de Saúde Complementar e suas alterações.

3.6.2. A CONTRATADA obriga-se a atender as solicitações formuladas pelo Fiscal do CONTRATO, de credenciamento de prestadores nos municípios da Sede

CONTRATANTE, no interesse das necessidades dos beneficiários do plano de saúde, devendo, na impossibilidade de credenciar/referenciar, justificar o motivo do não atendimento do pedido, e envidar esforços para providenciar outro prestador na mesma especialidade, na região solicitada, somente se eximindo de tal dever se comprovada a inexistência de prestadores interessados para credenciamento na região ou município, visto que é facultado ao profissional se credenciar/referenciar ou não, para que o atendimento no município onde o beneficiário o demandar seja efetuado no prazo máximo estipulado na Resolução Normativa nº 566 de 29/12/2022 da Agência Nacional de Saúde Complementar e suas alterações.

3.6.3. Sempre que ocorrer descredenciamentos ou extinção de convênios com consultórios, clínicas especializadas, hospitais e outros serviços médicos, a CONTRATADA deverá providenciar a reposição desse tipo de atendimento de acordo com a Resolução Normativa nº 567 de 16/12/2022 da Agência Nacional de Saúde Complementar e suas alterações, para que o atendimento no município onde o beneficiário o demandar seja efetuado no prazo máximo estipulado na Resolução Normativa nº 566 de 29/12/2022 da Agência Nacional de Saúde Complementar e suas alterações. Todas as alterações e/ou substituições deverão ser comunicadas ao CONTRATANTE.

3.7. Para fins deste CONTRATO, entenda-se:

- a) Plano = Plano ou Seguro de Saúde;
- b) Empregado Ativo = os que estão caracterizados em situação trabalhando, auxílio doença, licença maternidade, afastados por atestado médico, licença sem remuneração e remunerada;
- c) Rede = própria, credenciada e/ou referenciada.

CLÁUSULA QUARTA – DOS SERVIÇOS, COBERTURAS E PROCEDIMENTO GARANTIDOS

4.1. A prestação dos serviços de assistência médica e hospitalar deverá estar em consonância com a Lei nº 9.656/98 e a CONTRATADA dará cobertura para o tratamento das doenças definidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde – OMS, limitada pelos procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento. Os procedimentos serão prestados por profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede própria ou credenciada/referenciada pela CONTRATADA, em todo o território de Santa Catarina, todos devidamente habilitados, e deve compreender:

4.1.1. Consultas médicas, sem limitação de quantidade, prazos e/ou custo, regulados pela ANS, inclusive obstétrica, pré-natal e em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como planejamento familiar, assim definido na Lei nº 11.935/2009 e legislação vigente;

4.1.2. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, sem limitação de quantidade, prazos e/ou custo, regulados pela ANS;

4.1.3. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, para segmentação ambulatorial, solicitados pelo cirurgião-dentista com a finalidade de auxiliar e complementar o diagnóstico odontológico;

4.1.4. Cobertura de medicamentos registrados e regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, desde que utilizados durante a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em regime ambulatorial e que possuam cobertura conforme as normativas vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

4.1.5. Cobertura de consultas/sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista, solicitadas pelo médico assistente e realizadas por profissional devidamente habilitado, conforme as normativas vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

4.1.6. Cobertura de sessões de psicoterapia solicitada pelo médico assistente e realizadas por profissional devidamente habilitado, conforme as normativas vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

4.1.7. Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física (Fisioterapia), conforme solicitação do médico assistente, sem limitação de quantidade, prazos e/ou custo, regulados pela ANS;

4.1.8. Fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina, conforme Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso;

4.1.9. Cobertura de transplantes de rim, córnea, medula óssea e demais órgãos que forem incluídos no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, garantindo as despesas com os procedimentos vinculados, ou seja, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo: a) despesas assistenciais com doadores vivos; b) medicamentos utilizados durante a internação; c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde); e) procedimento do tipo *cross-linking* do colágeno da córnea.

4.1.9.1. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, será prestado a todos os pacientes submetidos a qualquer tipo de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

4.1.10. Cobertura de serviços de 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, incluindo cirurgia da mama contralateral;

4.1.10.1. A cobertura será estendida às cirurgias plásticas reparadoras de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

4.1.11. Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

4.1.12. Atendimento ambulatorial e hospitalar a portadores de dependências químicas, transtornos psiquiátricos e nos casos de diagnósticos de todos os transtornos psiquiátricos

relacionadas no CID 10 (ambulatorial e internação), sendo a duração de seu tratamento conforme a necessidade atribuída pelo médico assistente;

4.1.13. Todos os exames, consultas, cirurgias, internações e demais procedimentos destinados aos diagnósticos e/ou terapias quando requisitados pelo médico assistente, em conformidade com as disposições deste CONTRATO e do Termo de Referência respectivo;

4.1.14. Assistência médico-ambulatorial e hospitalar, inclusive obstétrica, com abrangência geográfica estadual, com acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito), maior de 60 (sessenta) anos, da mulher no pré-parto e no pós-parto imediato e dos portadores de necessidades especiais, nas mesmas condições da cobertura do plano, acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário independente da sua condição ou idade, exceto, em ambos os Planos, no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;

4.1.14.1. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, na acomodação em que o beneficiário foi 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.

4.1.14.2. 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.

4.1.15. Assistência à saúde, em todo o território do estado de Santa Catarina, das doenças listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, realizados exclusivamente no Brasil, respeitada as exigências mínimas estabelecidas em Lei;

4.1.16. Cobertura da participação do médico anestesiológico, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

4.1.17. Cobertura de exames complementares indispensáveis ao controle de evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

4.1.18. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, bem como a sua manutenção, restauração e substituição;

4.1.19. Cobertura de tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência e desde que o procedimento solicitado conste no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

4.1.20. Estão cobertos os exames pré e pós-operatórios constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às cirurgias cobertas ou não;

4.1.21. Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme disposto no Art. 1º da Lei nº 11.935, de 11 de maio de 2009 e Art. 35-C da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;

4.1.22. Cobertura para cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe e devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços da Contratada, incluindo a cobertura de exames complementares e 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;

4.1.23. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação odontológica, passíveis de realização em regime ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar;

4.1.23.1. A necessidade da internação por imperativo clínico que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, é determinada pelo cirurgião-dentista, que irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

4.1.24. Diária de internação hospitalar;

4.1.25. Despesa referente a honorários médicos de cirurgião, clínico, anestesistas, instrumentadores e especialistas, serviços gerais de enfermagem, alimentação, nutrição, fisioterapia, taxa de sala de cirurgia e/ou gesso, medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, diálise e hemodiálise, e demais equipamentos e materiais utilizados durante o período de internação, além de medicamentos e sessões de quimioterapia, radioterapia e de fisioterapia, ambulatorial e hospitalar, conforme solicitação do médico, sem limite de quantidade;

4.1.26. Taxas e materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico, assim como remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro do território brasileiro;

4.1.27. Cirurgia plástica reparadora;

4.1.28. Atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, analgesia do parto e assistência ao parto, conforme legislação aplicável;

4.1.29. Assistência e cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular ou seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento.

Ultrapassado o prazo estabelecido cessa a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, salvo se o dependente estiver inscrito no plano. O recém-nascido, filho natural ou adotivo, tem a sua inscrição garantida, como dependente, isento do cumprimento de períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção;

4.1.30. Deverão estar incluídos na cobertura o atendimento médico-domiciliar 24 horas e a remoção do beneficiário, em ambulância, inclusive com UTI Móvel, própria ou contratada, obrigatoriamente acompanhada de médico assistente, no percurso hospital-hospital e residência-hospital, para atendimento de urgência e emergência médicas em geral, sem limite de quantidade ou valor para todos os planos.

4.2. A CONTRATADA não poderá criar em quaisquer hipóteses restrições ao atendimento sob a alegação de doenças ou lesões preexistentes ou congênitas para os beneficiários já incluídos no atual CONTRATO do CONTRATANTE, os quais serão os mesmos a serem incluídos no futuro CONTRATO a ser celebrado com a CONTRATADA.

4.3. Os hospitais, centros médicos, laboratórios e demais unidades prestadoras dos serviços que constituem o objeto do presente CONTRATO não poderão limitar ou restringir o atendimento, desde que estes integrem sua estrutura de serviços e estejam abrangidos nas especificações dos serviços contratados, sendo terminantemente vedada a exigência de exclusividade de atendimento em unidade própria, o direcionamento e o uso de outros mecanismos de regulação mencionados na letra “b” do inciso I do artigo 4º da Resolução CONSU nº 08 de 04/11/1998.

4.4. Não haverá limites de permanência para todas as internações hospitalares, incluindo centro de terapia intensiva (CTI/UTIs) ou similar, hospital dia e clínicas básicas e especializadas integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, sendo vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente e conforme determinam as disposições da ANS.

4.5. É de responsabilidade da CONTRATADA as despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais e de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação, e ainda, toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados.

4.6. Será de total responsabilidade da CONTRATADA o custo com a remoção de pacientes, dentro do perímetro urbano, e nos perímetros intermunicipal e interestadual, de forma adequada a cada caso, inclusive UTI móvel, sem limite de quilometragem, entre hospitais, no caso de realização de exames e/ou transferência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pelo serviço prestador para a continuidade de atenção ao paciente.

4.7. A operadora contratada deverá assegurar aos beneficiários regularmente inscritos no Plano de Saúde as especialidades médicas e serviços em número ilimitado, conforme a Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998 e suas alterações e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época, sendo que o atendimento se dará por rede própria e/ou credenciada em todo o território nacional.

4.8. A CONTRATADA deverá assegurar aos beneficiários regularmente inscritos no Plano de Saúde, cobertura dos serviços e procedimentos médicos (inclusive cirurgia) e exames complementares, em número ilimitado, conforme a Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998 e suas alterações e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à

época, sendo que o atendimento se dará por rede própria e/ou credenciada em todo o território nacional.

4.9. Cobertura de ações de Planejamento Familiar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, incluindo: a) inserção de DIU (o dispositivo será liberado de acordo com a indicação clínica e normatização da ANS); b) Ligadura tubária; c) Vasectomia.

4.10. A escolha dos serviços prestados será de livre arbítrio do beneficiário, dentre a relação de profissionais, de hospitais, de centros médicos, de clínicas, básicas e especializadas, de laboratórios, etc., fornecida pela CONTRATADA em todo o território nacional.

4.11. A operadora garantirá a remoção inter-hospitalar do beneficiário (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, em todo o território nacional.

4.11.1. Nos casos de urgência e de emergência, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, devendo a CONTRATADA disponibilizar os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

4.11.2. Quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida neste item, a CONTRATADA estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

CLÁUSULA QUINTA – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1. Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:

a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

b) procedimentos clínicos e 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 parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

c) inseminação artificial entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

d) métodos contraceptivos, não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

e) tratamento de rejuvenescimento ou para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

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

g) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou

tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

h) estabelecimentos para acolhimento de idosos e pessoas com deficiência ou necessidades especiais, caracterizando atendimentos que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

i) transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

j) consultas e exames periódicos, admissionais, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, que são de responsabilidade do empregador conforme determina a NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho;

k) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato.

5.2. Todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e/ou neste CONTRATO e/ou no Termo de Referência respectivo.

CLÁUSULA SEXTA - DAS MODALIDADES, CARÊNCIAS E DO CUSTEIO DOS PLANOS

6.1. O presente CONTRATO será classificado como coletivo empresarial, conforme previsão da Resolução Normativa – RN nº 557/2022 da ANS.

6.2. Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fazer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites desse CONTRATO, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico ou hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a CONTRATADA no que diz respeito a essa complementação de valores.

6.3. Quanto à modalidade de plano, o CONTRATANTE, no ato da inscrição dos beneficiários titulares e de seus respectivos dependentes, informará a modalidade desejada pelos mesmos.

6.3.1. Conforme o art. 6º da Resolução Normativa ANS nº 557/2022, não será exigido o cumprimento de qualquer prazo de carência, desde que a adesão inicial seja igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta dias) da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

6.3.2. Ficarão isentos do cumprimento de carências na prestação dos serviços: I – os beneficiários titulares e respectivos dependentes atualmente inscritos no CONTRATO de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial mantido pelo CONTRATANTE com idêntica finalidade; II – os titulares e respectivos dependentes que não pertençam ao atual Contrato de Assistência à Saúde, desde que requeiram, por escrito, a inclusão em até 30 (trinta) dias da data de assinatura deste CONTRATO; III – os titulares e respectivos dependentes, admitidos na vigência deste CONTRATO, até o prazo de 30 (trinta) dias, contados da data de admissão; IV – os beneficiários dependentes que adquirirem essa condição em decorrência de casamento, união estável, nascimento, adoção ou reconhecimento de paternidade, cuja comprovação e requerimento de inclusão no plano ocorram em até 30 (trinta) dias do respectivo evento; V – titulares que retornarem de

licença sem remuneração, titulares que retornarem ao exercício após término de cessão/remoção a outro órgão, bem como os redistribuídos, incluindo-se aí os seus dependentes, desde que requeiram a inscrição até 60 (sessenta) dias após o retorno da licença, término da cessão ou redistribuição. Nos casos de concessão de trânsito, o início do prazo contar-se-á a partir do efetivo exercício das atividades no CONTRATANTE.

6.3.3. Respeitando-se as disposições estabelecidas nos subitens anteriores, o período de carência máxima a que ficarão sujeitos os beneficiários (titulares e dependentes), posteriormente incluídos no Plano, para utilização dos serviços contratados, e sendo também obedecido o período mensal para requerimento e processamento das inclusões, determinado por Ato do CONTRATANTE, será o seguinte, contando-se os prazos a partir da data da inclusão do usuário no plano referenciado:

Urgência e Emergência	24 horas
Consultas Médicas	30 dias
Todas as demais coberturas	180 dias
Parto a Termo	300 dias

6.3.4. Os períodos de carência eventualmente já cumpridos por beneficiário em outro plano de saúde deverão ser integralmente aproveitados para redução/eliminação dos prazos descritos no subitem anterior, quando comprovados os requisitos exigidos para a realização da portabilidade de carências.

6.3.5. Além das hipóteses descritas nos subitens anteriores, não poderá existir qualquer outro tipo de carência, nem imposição de limitações quanto à idade. Também não poderá haver limites quantitativos ou qualitativos de internação hospitalar e/ou UTI.

6.3.6. É facultado ao CONTRATANTE promover a mudança da modalidade de plano dos beneficiários titulares e seus dependentes, mediante requerimento escrito dos mesmos, sem limite de mudanças, seguindo as normas de carência estipuladas pela ANS de acordo com a Lei nº 9.656/98.

6.4. Haverá coparticipação dos beneficiários de% (..... cento) em consultas, exames e procedimentos ambulatoriais limitados à coparticipação (franquia) em até R\$ (..... reais) para cada procedimento.

6.5. O custeio do Plano de Assistência à Saúde será de responsabilidade do CONTRATANTE e dos beneficiários titulares, através de contribuições mensais.

6.6. Caso a cobrança da contribuição de responsabilidade dos beneficiários titulares não possa ser efetuada por meio de consignação em folha de pagamento do CONTRATANTE, independentemente do motivo, a CONTRATADA poderá efetuar a cobrança por meio da emissão de boleto bancário em nome CONTRATANTE.

6.7. A CONTRATADA informará mensalmente ao CONTRATANTE o número de beneficiários titulares e dependentes, até o 1º (primeiro) dia útil do mês da competência, disponibilizando a sua base de dados cadastrais.

6.8. Na falta de comunicação em tempo oportuno ou exclusão de beneficiários, o faturamento assumirá como base os dados disponíveis, realizando-se o devido acerto pelas partes no mês subsequente.

6.9. A mudança na faixa etária dos beneficiários automaticamente promoverá o reajuste dos preços independentemente do reajuste/repactuação previsto no presente CONTRATO.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO ATENDIMENTO NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

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

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

7.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, em âmbito nacional, da admissão até a alta hospitalar, 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.

7.4. A CONTRATADA deverá possuir serviço de central telefônica gratuita (DDG) de atendimento de 24 h (vinte e quatro horas) por dia, 07 (sete) dias por semana, inclusive sábados, domingos e feriados, de modo a facilitar o atendimento ao beneficiário nos casos de urgência e emergência, visando também auxiliar os interessados na escolha do melhor local para atendimento e prestação de outros esclarecimentos e informações com relação à rede credenciada/referenciada.

CLÁUSULA OITAVA - DA REMOÇÃO

8.1. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do beneficiário (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, de acordo com a abrangência do Plano.

8.2. Nos casos de urgência e de emergência, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, devendo a CONTRATADA disponibilizar os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

8.3. Quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida neste item, a CONTRATADA estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

CLÁUSULA NONA - DOS MECANISMOS DE REGULAMENTAÇÃO

9.1. Para a realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados, para gerenciar e regular a demanda de utilização dos serviços prestados conforme segue:

a) Coparticipação: É a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário, após a realização dos procedimentos e/ou prestação de serviços.

a.1) A prestação dos serviços específicos estabelecidos neste CONTRATO será realizada mediante coparticipação de% (..... por cento) do custo dos serviços abaixo listados, conforme Tabela de Referências da Contratada, limitados a um valor máximo de R\$
(..... reais)

por serviço realizado:

- i.** consultas médicas em consultório e pronto socorro;
- ii.** exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame; e
- iii.** consultas/sessões de fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

a.2) Sempre que houver uma atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, incidirá a cobrança de coparticipação sobre as novas coberturas incluídas.

a.3) O limite máximo de valor de coparticipação poderá ser repactuado, conforme disposição do presente CONTRATO.

a.4) Com exceção dos serviços/procedimentos acima listados (item 9.1 – “a.1”), nenhuma outra

coparticipação poderá ser exigida para os demais serviços/procedimentos contratados.]

b) Cartão de Identificação: A CONTRATADA fornecerá ao beneficiário titular e respectivos dependentes, em até 15 (quinze) dias após o início da vigência deste CONTRATO, o cartão individual de identificação, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens do plano contratado.

b.1) A CONTRATADA obriga-se a entregar ao CONTRATANTE as Carteiras de Identificação, agrupadas em ordem alfabética por participantes titulares ou outra ordem, conforme solicitado pelo Fiscal do CONTRATO e a mantê-las atualizadas e entregues tempestivamente ao longo de todo o CONTRATO.

b.2) Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou resilição do plano contratado, é obrigação do CONTRATANTE devolver os respectivos cartões individuais de identificação, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.

b.3) Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. Ocorrendo a perda, a CONTRATADA emitirá uma segunda via, sendo o custo desta absorvido pelo beneficiário solicitante.

b.4) Quaisquer prejuízos causados pelo uso indevido da Carteira de Identificação, durante o período em que permanecer cadastrado no plano e após a sua exclusão, serão única e exclusivamente do beneficiário.

b.5) Em caso de extravio, o beneficiário se exime da responsabilidade de ressarcir os prejuízos causados após a comunicação do evento ao Fiscal do CONTRATO que, imediatamente, fará a comunicação à CONTRATADA.

c) Autorização Prévia: Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se a um escritório de autorização mais próximo munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e guia de solicitação do procedimento.

c.1) A CONTRATADA garantirá a liberação dos procedimentos que necessitem de autorização prévia no prazo máximo estipulado pela Resolução Normativa nº 566 de 29/12/2022 e outros normativos que vierem a alterá-la ou substituí-la, a partir do momento da solicitação, inclusive nos casos em que for caracterizada urgência ou emergência.

c.2) De acordo com a Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998, a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos.

c.3) A CONTRATADA garantirá, no caso de situações de divergências médica ou odontológica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora, conforme prevê o Art. 4 da Resolução CONSU nº 08, de 03 de novembro de 1998.

d) O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da CONTRATADA, em todo o território nacional, de acordo com o plano por ele subscrito, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada, credenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à CONTRATADA efetuar o pagamento diretamente ao credenciado, referenciado ou contratado, em nome e por conta do beneficiário.

d.1) No ato do atendimento o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão fornecido pela CONTRATADA do plano de saúde.

e) 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 nº 9.656/1998.

e.1) É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra 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.

e.2) Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade da CONTRATADA durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido a manutenção da internação e 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, sem ônus adicional para o beneficiário.

e.3) No caso de redimensionamento de rede hospitalar por redução é necessária autorização prévia da ANS.

e.4) A lista de prestadores de serviço deverá ser atualizada, pelo menos anualmente, pela CONTRATADA, a qual deve, ainda, comunicar trimestralmente ao CONTRATANTE, por escrito, quaisquer alterações havidas.

e.5) A CONTRATADA deverá informar através de catálogos ou livros impressos ou eletrônicos/virtuais, a rede de atendimento própria e/ou credenciada/referenciada, para todas as suas modalidades. A rede credenciada mínima deverá oferecer estabelecimentos em todas as cidades listadas neste CONTRATO, e com especificidades quantitativas adequadas de médicos, hospitais, laboratórios, clínicas, prontos-socorros, etc., para atendimento aos beneficiários.

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

g) A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA ADESÃO, INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

10.1. É voluntária a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário nos Planos de Assistência à Saúde de que tratam este instrumento.

10.2. Em razão da idade ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém poderá ser impedido de participar dos Planos de Assistência à Saúde de que trata este instrumento (art. 14 da Lei nº 9.656/98).

10.3. Caberá ao CONTRATANTE encaminhar à CONTRATADA, em até 24 (vinte e quatro) horas do seu recebimento, as solicitações de adesão e exclusão dos beneficiários, sendo a data de recebimento pela CONTRATADA considerada como o marco para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência, desde que todas as informações obrigatórias do beneficiário sejam apresentadas à CONTRATADA.

10.4. Caberá ao CONTRATANTE a exibição de documentos que comprovem o vínculo do empregado, com ele próprio e a relação de parentesco/afinidade dos dependentes com o empregado, quando solicitados pela CONTRATADA.

10.5. Para efeito deste instrumento, são considerados beneficiários do Plano de Assistência à Saúde: **I. Na qualidade de Beneficiário Titular:** os empregados ativos, ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado. **II. Na qualidade de Beneficiário Dependente do empregado:** os filhos naturais e/ou adotivos e enteados até 18 (dezoito) anos de idade completos.

10.6. Ficarão mantidos, na condição de dependente do Beneficiário Titular, além daqueles relacionados no item 10.5 acima, todos os beneficiários já incluídos em contrato anterior, ou até a assinatura deste CONTRATO, desde que existam laços de parentescos entre os mesmos – titular e dependentes propostos, sujeitando-se o Beneficiário Titular ao pagamento de mensalidades diferenciadas de acordo com as faixas etárias proposta pela ANS.

10.7. A existência de dependente constante das alíneas “a” ou “b” do inciso II do item 10.5 acima inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante da alínea “c” daquele inciso.

10.8. É assegurada a inclusão: a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do empregado ativo ou inativo, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento do nascimento ou da adoção, bem como que o pai, mãe ou responsável legal tenham cumprido o prazo de

carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias. Caso contrário, a cobertura seguirá os limites das carências já cumpridas pelo pai ou mãe, ou responsável legal.

10.9. A adesão dos beneficiários titulares será feita mediante a assinatura de um "Termo de Adesão", a ser fornecido pela CONTRATADA, no qual deve constar a opção por um dos planos oferecidos pela CONTRATADA.

10.10. A adesão dos beneficiários dependentes será feita pelo respectivo beneficiário titular, mediante a assinatura de um "Termo de Adesão" fornecido pela CONTRATADA e assinado pelo beneficiário titular e contratante, no qual deve constar a opção por um dos planos oferecidos pela CONTRATADA, bem como deverão ser preenchidos e assinados pelo beneficiário dependente os seguintes documentos: (a) Declaração de Saúde (DS); (b) Carta de Orientação ao Beneficiário; (c) Termo de Cobertura Parcial Temporária, quando aplicado.

10.11. A adesão dos beneficiários dependentes deverá se dar no mesmo plano escolhido pelo respectivo beneficiário titular, dentre os oferecidos pela CONTRATADA, desde que o ônus decorrente da adesão seja da inteira responsabilidade do beneficiário titular, que deverá autorizar o competente desconto em folha de pagamento, cabendo ao CONTRATANTE arcar com a responsabilidade do repasse desse pagamento, de acordo com a tabela de valores do plano escolhido.

10.12. Os beneficiários dependentes, já incluídos em um dos planos por beneficiário titular que venha a falecer no período de vigência do CONTRATO, poderão permanecer no plano, pelo prazo de 01 (um) ano, contados a partir do primeiro dia do mês seguinte ao óbito, sem exigência de pagamento das mensalidades por parte da CONTRATADA em face do CONTRATANTE.

10.13. Perderá imediatamente referido benefício o dependente que, no curso dos 03 (três) anos, deixar de apresentar as condições que o autorizariam a ingressar no plano na qualidade de dependente, caso o usuário fosse vivo.

10.14. Conforme o art. 6º da Resolução Normativa ANS nº 557/2022, não será exigido o cumprimento de qualquer prazo de carência, desde que a adesão inicial seja igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários e desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

10.15. Os beneficiários titulares poderão solicitar sua exclusão voluntária do plano ao qual tenham aderido, a qualquer tempo, mediante a assinatura de um "Termo de Exclusão" fornecido pela CONTRATADA, a ser encaminhado à Gerência de Recursos Humanos do CONTRATANTE.

10.16. A exclusão do empregado implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

10.17. Os beneficiários excluídos terão seus cartões de identificação recolhidos pelo CONTRATANTE, que os devolverá à CONTRATADA.

10.18. As exclusões compulsórias do Plano de Assistência à Saúde ocorrerão nas seguintes

situações: a) perder o vínculo com o CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano; b) por solicitação do CONTRATANTE, mediante comunicação escrita remetida à CONTRATADA; c) permitir o uso indevido do cartão individual de identificação, seu ou de seus dependentes, seja por dolo ou culpa; d) os

dependentes perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição, conforme disposto no presente CONTRATO; e) decisão administrativa ou judicial; f) não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o CONTRATANTE; g) fraude ou inadimplência; h) falecimento; i) exoneração ou demissão por justa causa, conforme disposto na Resolução Normativa nº 488 de 29/03/2022 da Agência Nacional de Saúde Complementar e suas alterações; e j) outras situações previstas em lei.

10.19. É garantida, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998 e nos termos da Resolução Normativa nº 488 da Agência Nacional de Saúde – ANS, a manutenção de beneficiários titulares, após a perda do vínculo com o CONTRATANTE, desde que assumam integralmente o respectivo custeio das despesas, mediante as seguintes condições:

a) O período de manutenção da condição de beneficiário será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência no plano, ou sucessores, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses; b) A manutenção de que trata este subitem é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da existência de vínculo com o CONTRATANTE; c) Em caso de morte do beneficiário titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, nos termos do disposto neste CONTRATO; d) A condição prevista no caput deste subitem deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego ou função pública; e) O beneficiário deverá solicitar o benefício em no máximo 30 (trinta) dias a contar da data da perda do vínculo com o CONTRATANTE; f) Será garantida a inclusão de novo cônjuge e filhos pelo ex-empregado no período de manutenção da condição de beneficiário.

10.19.1. O benefício ao ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado deixará de existir nos seguintes casos: a) decurso dos prazos de manutenção; b) admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão; c) cancelamento, pelo empregador, do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

10.20. O direito assegurado no subitem anterior não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

10.21. Caberá ao CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde. A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas hipóteses de fraude; por perda dos vínculos do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998; ou a pedido do beneficiário.

10.22. O CONTRATANTE obriga-se a comunicar à CONTRATADA todo tipo de evento que implique na perda de direito de qualquer beneficiário, inclusive a falta de margem consignável do beneficiário titular.

10.23. O CONTRATANTE não será responsável pela utilização irregular dos serviços assistenciais viabilizados pela CONTRATADA, nem por eventuais débitos ocorridos, após ter comunicado o evento que implique na exclusão de qualquer beneficiário.

10.24. Quando houver exclusão voluntária do plano de saúde, o beneficiário somente estará sujeito às carências contidas nesta cláusula em caso de reinclusão após 30 (trinta) dias do desligamento.

10.25. Na hipótese de óbito do beneficiário, a exclusão terá vigência cadastral e financeira a contar da data de ciência pela operadora.

10.26. Os empregados aposentados terão direito de manter sua condição de beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral, segundo os termos da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e suas alterações e da Resolução Normativa nº 488 de 29/03/2022 da Agência Nacional de Saúde Complementar e suas alterações.

10.27. Os beneficiários que perderem a condição de dependência, conforme estabelecido neste CONTRATO, poderão exercer a portabilidade especial de carências nos termos da legislação vigente, em até 60 (sessenta) dias a contar da data da perda do direito, para um plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, descontados os prazos de carência e cobertura parcial temporária já cumpridos no atual CONTRATO, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e suas alterações.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO REEMBOLSO

11.1. A CONTRATADA reembolsará as despesas efetuadas pelo beneficiário, integralmente, nas seguintes situações:

11.1.1. Em caso comprovado de urgência/emergência, quando não for possível a utilização da rede própria ou credenciada/referenciada da CONTRATADA. Entende-se como impossibilidade de utilização da rede própria ou credenciada/referenciada da CONTRATADA as situações de interrupção do atendimento pela rede de serviços ou do atendimento em determinadas especialidades e/ou ainda quando o beneficiário estiver em locais onde não houver rede própria, credenciada e/ou referenciada ou essa seja considerada insuficiente para a cobertura do contrato;

11.1.2. Em casos de exames de alta especialização (exames de ponta) que não forem oferecidos pela rede, desde que constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

11.1.3. Em casos de tratamentos médicos/hospitalares e exames que não forem oferecidos pela rede da CONTRATADA, desde que constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

11.1.4. Nas sessões psicológicas será utilizado o valor da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM para o procedimento de sessão de psicoterapia individual, de grupo, de casal ou infantil (conforme realizado pelo beneficiário);

11.1.5. Os reembolsos deverão ser efetuados no prazo máximo de até 30 (trinta) dias contados da data de apresentação da documentação completa à CONTRATADA.

11.1.5.1. A documentação necessária ao reembolso deve ser apresentada pelo CONTRATANTE e/ou beneficiário diretamente nos postos de atendimento da CONTRATADA conforme segue:

a) Relatório do médico assistente contendo diagnóstico, tratamento efetuado, exames pré e pós operatórios e data do atendimento;

b) Nota Fiscal dos honorários médicos devidamente quitados. No caso do médico/profissional ser comprovadamente dispensado por lei da emissão de nota fiscal, poderá ser apresentado recibo individual e original. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados:

- i. Nome completo do paciente, incluindo CPF e RG;
- ii. Procedimento e data de sua realização;
- iii. Atuação do médico (cirurgião, clínico, auxiliar, anestesista e outros);
- iv. Valor dos honorários cobrados e valor dos descontos se houver;
- v. Nome, número do Conselho Regional e CPF do médico;
- vi. Assinatura do responsável pela emissão do documento com nome legível e CPF.

c) Conta hospitalar discriminada, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, exames e taxas, nome do paciente, data do início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação, apresentando indispensavelmente a nota fiscal devidamente quitada.

d) Somente serão considerados válidos documentos originais apresentados pelo CONTRATANTE/beneficiário à CONTRATADA.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

12.1. O CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, valores pré-estabelecidos para uma contraprestação pecuniária mensal de acordo com o grupo de beneficiários do CONTRATANTE distribuído pelas faixas etárias abaixo discriminadas:

PLANO 1 – ESPECIAL NACIONAL – 50% COPARTICIPAÇÃO Ambulatorial/Hospitalar com Obstetrícia			
APARTAMENTO			
Faixa Etária	Quantidade de Beneficiários	Preços Un. Máximos	Preços Totais Máximos
00 a 18 anos	1	R\$	R\$
19 a 23 anos	—	—	—
24 a 28 anos	—	—	—
29 a 33 anos	—	—	—
34 a 38 anos	1	R\$	R\$
39 a 43 anos	—	—	—
44 a 48 anos	—	—	—
49 a 53 anos	—	—	—
54 a 58 anos	—	—	—

59 ou mais	-	-	-
TOTAL			R\$

12.1.1. As quantidades indicadas acima são meramente estimativas e têm por objetivo dimensionar o universo de beneficiários, podendo variar durante a prestação dos serviços, conforme alteração do quadro de servidores e seus dependentes.

12.2. Além dos pagamentos acima a título de mensalidade, o CONTRATANTE repassará à CONTRATADA os valores da coparticipação descontados dos beneficiários.

12.3. A coparticipação é a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário após a realização dos procedimentos. Os atendimentos serão realizados mediante coparticipação de% (por cento) do custo dos serviços abaixo listados, conforme Tabela de Referência da CONTRATADA, limitados a um valor máximo de R\$ (..... reais) por serviço realizado:

- a) consultas médicas em consultório e pronto socorro;
- b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame; e
- c) consultas/sessões de fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

12.3.1. Sempre que houver uma atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, incidirá a cobrança de coparticipação sobre as novas coberturas incluídas.

12.3.2. O limite máximo de valor de coparticipação poderá ser repactuado, conforme disposição deste CONTRATO.

12.4. Com exceção dos serviços/procedimentos acima listados (item 12.3), nenhuma outra coparticipação poderá ser exigida para os demais serviços/procedimentos contratados.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E DO REAJUSTE

13.1. Pela execução do objeto deste instrumento, o CONTRATANTE pagará à CONTRATADA os valores constantes em sua proposta de preços, considerando as quantidades efetivas e as especificidades dos beneficiários, conforme disposto neste CONTRATO.

13.2. O valor da coparticipação dos usuários nos serviços, quando for o caso, se dará pela aplicação do percentual e/ou das quantias previstas sobre o custo dos serviços executados, observando-se a Tabela de Referência da CONTRATADA vigente na data da execução de cada serviço.

13.3. A CONTRATADA deverá encaminhar/apresentar mensalmente, ao Departamento de Recursos Humanos do CONTRATANTE, Nota Fiscal/Fatura/Boleto dos serviços prestados para fins de liquidação e pagamento. A Nota Fiscal/Fatura/Boleto deverá ser apresentada pelo menos 05 (cinco) dias úteis antes da data do seu vencimento.

13.3.1. Em conjunto com a Nota Fiscal/Fatura/Boleto, deverá ser encaminhada, também, a relação de beneficiários e serviços respectivos.

13.4. A Nota/Fatura/Boleto deverá ser apresentada pela Contratada mensalmente, em mídia impressa e/ou digital.

13.5. A atestação da Nota Fiscal/Fatura/Boleto correspondente à prestação do serviço caberá ao Fiscal do CONTRATO ou a outro servidor expressamente designado para esse fim.

13.5.1. Havendo identificação de cobrança indevida na Nota Fiscal/Fatura/Boleto, o fato será informado à CONTRATADA e o vencimento do prazo para pagamento deverá ser reiniciado a partir da reapresentação da Nota Fiscal/Fatura/Boleto devidamente corrigida e atestada pelo Fiscal.

13.6. No caso de as Notas Fiscais/Faturas/Boletos serem emitidas e entregues ao CONTRATANTE em data posterior à indicada na condição acima, será imputado à CONTRATADA o pagamento dos eventuais encargos moratórios decorrentes.

13.7. Nenhum pagamento será efetuado à CONTRATADA enquanto pendente de liquidação/entrega qualquer obrigação financeira e/ou documentação comprobatória, sem que isso gere direito de reajustamento de preços ou correção monetária.

13.8. Para efeito de pagamento mensal será analisada pelo CRESS SC a regularidade da seguinte documentação comprobatória: Certidão Negativa ou Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos relativos às Contribuições Previdenciárias e às de Terceiros – CND/CPD–EN – Previdência Social/Receita Federal do Brasil – RFB; Certificado de Regularidade do FGTS – CRF – Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS; Certidão Negativa ou Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos Trabalhista – CNDT – Tribunal Superior do Trabalho – TST.

13.9. A não regularização da documentação de que trata o item 13.8 no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data da notificação, poderá ensejar a rescisão do CONTRATO e os valores retidos somente serão pagos após a comprovação de que os encargos trabalhistas, previdenciários e demais tributos encontram-se em dia.

13.10. O CONTRATANTE poderá deduzir do montante a pagar os valores correspondentes a multas ou indenizações devidas pela CONTRATADA, nos termos do CONTRATO.

13.11. O CONTRATANTE somente efetuará o pagamento após a atestação, pelo Fiscal do CONTRATO, de que o serviço foi executado em conformidade com as especificações do CONTRATO.

13.12. Se for o caso, será retido na fonte o Imposto Sobre a Renda da Pessoa Jurídica – IRPJ, bem assim a Contribuição sobre o Lucro Líquido, a Contribuição para a Seguridade Social – COFINS e a Contribuição para o PIS/PASEP, de acordo com o art. 64 da Lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996 e Instrução Normativa RFB n. 1.234, de 12 de janeiro de 2012, além de possíveis retenções a título de ISS (Impostos sobre Serviços), conforme legislação municipal específica.

13.13. Se for o caso, deverá a CONTRATADA apresentar, juntamente com a Nota Fiscal/Fatura/Boleto, a Declaração de Optante pelo Simples, na forma do Anexo IV da Instrução Normativa RFB n. 1.234, de 12 de janeiro de 2012, caso esse seja o regime de

tributação utilizado em suas relações comerciais, sob pena de serem retidos, pelo CONTRATANTE, os encargos tributários atribuídos a empresas não optantes.

13.14. Caso no dia do pagamento não haja expediente no órgão CONTRATANTE, este será efetuado no primeiro dia útil subsequente.

13.15. Nos casos de atrasos de pagamento, desde que a CONTRATADA não tenha concorrido de alguma forma para tanto, serão devidos, pelo CONTRATANTE, encargos moratórios à taxa nominal de 6% a.a. (seis por cento ao ano), capitalizados diariamente em regime de juros simples.

13.15.1. O valor dos encargos será calculado pela fórmula: $EM = I \times N \times VP$, onde: EM = Encargos moratórios devidos; N = Números de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento; I = Índice de compensação financeira = 0,00016438; e VP = Valor da prestação em atraso.

13.15.2. A compensação financeira prevista nesta condição deverá ser incluída na Nota/Fatura/Boleto do mês seguinte ao da ocorrência.

13.15.3. O atraso no pagamento de qualquer valor devido pelo CONTRATANTE por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do CONTRATO, implicará na rescisão do CONTRATO, desde que o CONTRATANTE seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, bem como na suspensão dos serviços a partir do 1º (primeiro) dia de atraso após o período citado. (Art. 13, II, da Lei nº 9.656/98).

13.15.4. A suspensão dos serviços e a rescisão do CONTRATO são vedadas, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação de qualquer um dos beneficiários do(s) plano(s) decorrente(s) do presente CONTRATO. (Art. 13, III, da Lei nº 9.656/98).

13.16. É admitido o reajuste/repactuação do CONTRATO, desde que seja observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, contados a partir da vigência do CONTRATO, ou na hipótese de sua prorrogação, respeitado o referido prazo mínimo.

13.16.1. Conforme Resolução Normativa ANS nº 28/2022, para fins do disposto no subitem 13.16, considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do CONTRATO.

13.16.2. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno de 12 (doze) meses será contado a partir da data de início dos efeitos financeiros do último reajuste ocorrido.

13.17. Os valores do preço mensal por usuário, da tabela referencial de coparticipação e valores limites para cobrança de coparticipação a que se refere este CONTRATO serão reajustados anualmente com base na variação positiva do IGPM/FGV – Índice Geral de Preços de Mercado, ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise, ou seja, 12 meses, contados do início da vigência do CONTRATO, em conjunto com o Índice de Reajuste por Sinistralidade – IRS, apurado no período, caso a sinistralidade atinja patamar superior a 75% (setenta e cinco por cento). Entende-se por sinistralidade a relação entre despesas assistenciais e as receitas de contraprestação pecuniária do CONTRATO.

13.17.1. A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:

a) Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do CONTRATO;

b) Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do CONTRATO.

c) O IGPM/FGV será apurado com base no índice acumulado nos últimos 12 meses, levando em consideração a última variação mensal divulgada pelo órgão competente e o Índice de Reajuste por Sinistralidade – IRS terá como referência o período de 12 meses disponíveis quando da comunicação do reajuste conforme fechamento da produção médica.

13.17.2. O cálculo do Índice de Reajuste por Sinistralidade será realizado com base na seguinte fórmula: $IRT\% = ((SIN / 75\%) - 1) * 100$

Onde,

SIN: é a sinistralidade ou índice de utilização do CONTRATO em percentual. A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

$SIN = ((\text{Total de Despesas Assistenciais} - \text{Total de Coparticipação}) / \text{Total de Receitas líquidas do período}) * 100$

13.17.2.1. Portanto, quando a sinistralidade for superior a 75% (setenta e cinco por cento), o índice de reajuste contratual será composto pela soma do IGPM/FGV e do IRS, e quando a sinistralidade for inferior a 75% (setenta e cinco por cento), o índice de reajuste contratual será somente o IGPM/FGV acumulado nos últimos 12 meses.

13.18. O percentual de reajuste aplicado será comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme determinação legal.

13.19. A CONTRATADA entregará ao CONTRATANTE, 60 (sessenta) dias anteriores ao encerramento da vigência do CONTRATO, proposta de prorrogação contratual contendo a comprovação da variação dos custos, na forma acima indicada e o percentual a ser aplicado sobre as mensalidades.

13.20. Não serão aceitos percentuais de reajustes diferenciados entre as faixas etárias e planos contratados.

13.21. Em nenhuma hipótese os preços decorrentes da revisão ultrapassarão os praticados no mercado.

13.22. Poderão ser estabelecidos, mediante acordo entre as partes, outros mecanismos de regulação, para evitar o aumento excessivo das mensalidades em razão do excesso da utilização dos serviços médicos.

13.23. O reajuste ocorrerá a partir da data da assinatura do respectivo termo aditivo, com efeitos financeiros à data da solicitação da CONTRATADA.

13.24. Os reajustes/repactuações deverão ser precedidos de solicitação da CONTRATADA, acompanhada de demonstração analítica da alteração dos custos, por meio de apresentação das planilhas de custos e formação de preços e dos documentos indispensáveis à comprovação da alteração dos preços em cada um dos itens da planilha a serem alterados.

13.24.1. A CONTRATADA poderá exercer, perante o CONTRATANTE, seu direito ao reajuste dos preços do CONTRATO até a data da prorrogação contratual subsequente, com efeitos retroativos à data de cômputo da anualidade.

13.24.2. É vedada a inclusão, por ocasião da repactuação, de benefícios não previstos na proposta inicial, exceto quando se tornarem obrigatórios por força normativa.

13.24.3. Quando da solicitação da repactuação para fazer jus a variação de custos decorrente do mercado, esta somente será concedida mediante a comprovação pela CONTRATADA do aumento dos custos, considerando-se:

I. os preços praticados no mercado ou em outros contratos da Administração;

II. as particularidades do contrato em vigência;

III. a sinistralidade da CONTRATADA, mediante apresentação de relatórios de utilização e de estatísticas, discriminando cada serviço prestado, por beneficiário, no respectivo período, através de meio eletrônico no aplicativo EXCEL;

IV. a nova planilha com a variação dos custos apresentada;

V. indicadores setoriais, tabelas de fabricantes, valores oficiais de referência, tarifas públicas ou outros equivalentes; e

VI. a disponibilidade orçamentária do CONTRATANTE.

13.25. Caso a CONTRATADA não efetue de forma tempestiva o requerimento ao reajuste/repactuação e prorrogue o CONTRATO sem pleiteá-lo, ocorrerá a preclusão do direito de reajustar/repactuar, entendido este ato como renúncia ao direito de reajuste/repactuação por parte da CONTRATADA.

13.26. O CONTRATANTE deverá assegurar-se de que os preços contratados são compatíveis com aqueles praticados no mercado, de forma a garantir a continuidade da contratação mais vantajosa. Para tanto, deverá o reajuste/repactuação ser antecedido de manifestação do setor do CONTRATANTE responsável pela fiscalização do CONTRATO, com indicação de que os novos preços estão em conformidade com os de mercado e continuam vantajosos para o CONTRATANTE.

13.27. O CONTRATANTE procederá ao pagamento retroativo do período em que a proposta de reajuste permaneceu sob sua análise, sendo que tal período será contado como tempo decorrido para fins de contagem da anualidade do próximo reajuste.

13.28. O reajuste poderá ser realizado por meio de apostilamento ao CONTRATO, por força do art. 134 da Lei nº 14.133/2021.

13.29. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no CONTRATO e os a ele já vinculados.

13.30. O disposto nesta cláusula deste CONTRATO não se aplica às variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária.

13.31. Independente da faixa etária, o percentual de reajuste/repactuação aplicado deverá ser único para todas as faixas.

13.32. Nos termos do Tema XII da IN/DIPRO nº 28, a variação do preço em razão da faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao do seu aniversário.

13.33. A decisão sobre o pedido de repactuação deve ser feita no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da solicitação e da entrega dos comprovantes de variação dos custos.

13.33.1. O prazo referido no item 13.33 ficará suspenso enquanto a CONTRATADA não cumprir os atos ou apresentar a documentação solicitada pelo CONTRATANTE para a comprovação da variação dos custos.

13.34. O CONTRATANTE poderá realizar diligências para conferir a variação de custos alegada pela CONTRATADA.

13.35. Os efeitos financeiros da repactuação deverão ocorrer exclusivamente para os itens que a motivaram, e apenas em relação à diferença porventura existente.

13.36. Não haverá alteração de valores com periodicidade inferior a 01 (um) ano, ressalvada a ocorrência de variação do valor da contraprestação pecuniária em razão da mudança de faixa etária. O reajuste por variação de faixa etária não será aplicado aos usuários com mais de 60 anos de idade, na forma do Estatuto do Idoso – Lei Federal nº 10.741/2003.

13.37. Nos termos do Tema XII da IN/DIPRO nº 28 – Anexo I, independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações pecuniárias terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única, bem como não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo produto em um determinado contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO CUSTEIO DOS PLANOS

14.1. O custeio do Plano de Assistência à Saúde será de responsabilidade do CONTRATANTE e dos beneficiários titulares, através de contribuições mensais.

14.2. Caso a cobrança da contribuição de responsabilidade dos beneficiários titulares não possa ser efetuada por meio de consignação em folha de pagamento do CONTRATANTE, independentemente do motivo, a CONTRATADA poderá efetuar a cobrança por meio da emissão de boleto bancário em nome do CONTRATANTE.

14.3. A CONTRATADA informará mensalmente ao CONTRATANTE o número de beneficiários titulares e dependentes, até o 1º (primeiro) dia útil do mês da competência, disponibilizando a sua base de dados cadastrais.

14.4. Na falta de comunicação em tempo oportuno ou exclusão de beneficiários, o faturamento assumirá como base os dados disponíveis, realizando-se o devido acerto pelas partes no mês subsequente.

14.5. A mudança na faixa etária dos beneficiários automaticamente promoverá o reajuste dos preços independentemente do reajuste/repactuação previsto no presente CONTRATO.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

15.1. O CONTRATANTE obriga-se a:

a) efetuar o pagamento correspondente à execução do objeto deste CONTRATO;

- b)** proporcionar todas as facilidades para que a CONTRATADA possa executar os serviços decorrentes do CONTRATO dentro das normas preestabelecidas no Edital e no Processo nos instrumentos que o integram;
- c)** acompanhar e manter fiscalização efetiva da execução do objeto do Contrato, por intermédio de empregado designado para esse fim pela autoridade competente do CRESS SC, em ato próprio, na forma prevista no art. 117 da Lei nº 14.133/2021;
- d)** comunicar à CONTRATADA, por escrito, toda e qualquer ocorrência relacionada com a execução dos serviços decorrentes do Contrato, fixando prazo para sua correção;
- e)** rejeitar, no todo ou em parte, o serviço executado em desacordo com as normas deste CONTRATO, do Edital do Processo Licitatório nº 039/2024 e dos instrumentos que o integram;
- f)** sustar, recusar, mandar desfazer, refazer, reparar, corrigir ou substituir qualquer serviço prestado que não esteja de acordo com as normas deste CONTRATO, do Edital do Processo Licitatório nº 039/2024 e dos instrumentos que o integram;
- g)** obter autorização expressa dos beneficiários titulares para consignar em folha de pagamento os valores decorrentes das contribuições e participações;
- h)** fornecer, mensalmente, à CONTRATADA, lista nominal de todos os beneficiários excluídos da cobertura financeira do CONTRATANTE, qualquer que seja o motivo que lhes subtraia, definitiva ou temporariamente, o direito à Assistência Saúde;
- i)** recolher e devolver à CONTRATADA os Cartões de Identificação dos beneficiários excluídos;
- j)** manter a regularidade de suas contribuições até o mês da comunicação relativa à exclusão de empregados;
- k)** encaminhar todas as movimentações cadastrais (inclusões, exclusões, troca de plano, etc...) de acordo com o fluxo a ser determinado de comum acordo pelos contratantes;
- l)** cumprir todas as obrigações em conformidade com as disposições deste CONTRATO, do Edital do Processo Licitatório nº 039/2024 e dos seus Anexos;
- m)** aplicar as sanções administrativas, quando se façam necessárias;
- n)** acompanhar a execução do CONTRATO, nos termos do inciso III do art. 104 c/c o art. 117 da Lei nº 14.133/2021, através dos Fiscais do CONTRATO, que exercerão ampla e irrestrita fiscalização do objeto, a qualquer hora, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, inclusive quanto às obrigações da CONTRATADA constantes deste CONTRATO e do Edital do Processo Licitatório nº 039/2024;
- o)** efetuar a juntada aos autos do processo das irregularidades observadas durante a execução da relação contratual;
- p)** exercer a fiscalização da execução do CONTRATO por servidores especialmente designados para esse fim, na forma prevista na Lei nº 14.133/2021, procedendo ao atesto das respectivas faturas, com as ressalvas e/ou glosas que se fizerem necessárias. Tal fiscalização, em hipótese nenhuma, atenua ou exime de responsabilidade a CONTRATADA;

- q) rejeitar, no todo ou em parte, a execução do objeto do CONTRATO em desacordo com as respectivas especificações;
- r) verificar, durante toda a execução do CONTRATO, a manutenção, pela CONTRATADA, de todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na Licitação, em compatibilidade com as obrigações assumidas;
- s) impedir que terceiros estranhos à contratação prestem os serviços;
- t) relacionar os beneficiários, quando da assinatura do CONTRATO, com respectivos endereços, constando da relação todas as informações necessárias para fins de cadastramento;
- u) informar mensalmente à CONTRATADA, por escrito, qualquer inclusão ou exclusão de beneficiário;
- v) recolher e devolver, quando possível, na ocasião da exclusão de beneficiários, assim como, no caso de rescisão contratual, as respectivas carteiras de identificação fornecidas pela CONTRATADA;
- w) checar semestralmente, ou quando entender necessário, a rede mínima própria, credenciada e/ou referenciada, conforme exigido neste CONTRATO e no Termo de Referência respectivo;
- x) fiscalizar a observância das disposições deste CONTRATO, a fim de assegurar seu correto e tempestivo cumprimento, sem prejuízo dos procedimentos do controle exercido pela CONTRATADA;
- y) comunicar por escrito à CONTRATADA as deficiências verificadas pela fiscalização, que serão imediatamente corrigidas, sem prejuízo da aplicação das penalidades administrativas previstas;
- z) devolver à CONTRATADA a(s) nota(s) fiscal(ais) e/ou fatura(s) contendo incorreções com as razões da devolução, por escrito, para as devidas retificações. A devolução de nota(s) fiscal(ais) /fatura(s) não aprovada pelo CONTRATANTE, em hipótese alguma servirá de motivo para que a CONTRATADA suspenda ou atrase a execução dos serviços.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

16.1. A CONTRATADA obriga-se a:

- a) viabilizar aos beneficiários inscritos, através de rede própria ou por meio de sua rede de prestadores de serviço, as coberturas previstas neste Instrumento, em todo o estado de Santa Catarina e/ou na Região da Grande Florianópolis;
- b) proceder às inclusões e exclusões dos beneficiários em seus Planos de Assistência à Saúde conforme determinação do CONTRATANTE;
- c) fornecer o Cartão de Identificação aos beneficiários, no prazo máximo de até 07 (sete) dias úteis após sua inclusão;
- d) disponibilizar a relação de prestadores de serviço, através de um manual, um guia, um orientador ou um outro instrumento similar, que contenha a relação dos profissionais associados/credenciados, com a indicação das especialidades médicas e exames médicos, a relação de hospitais, de centros médicos e de clínicas, básicas e especializadas, próprios da CONTRATADA ou por ela credenciados/referenciados, a relação de laboratórios, etc.,

com os respectivos endereços e telefones, para cada beneficiário, de acordo com o Plano por ele escolhido e a região do seu domicílio;

e) disponibilizar ao CONTRATANTE a relação completa de sua rede de prestadores de serviços e as demais informações pertinentes, por meio impresso, telefônico, magnético ou via internet, informando qualquer alteração;

f) emitir título de cobrança bancária em nome do CONTRATANTE, referente às contribuições dos beneficiários titulares, quando não for possível o desconto em folha de pagamento do CONTRATANTE;

g) oferecer e disponibilizar atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional;

h) manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos;

i) permitir e facilitar ao CONTRATANTE o acesso a toda documentação relativa à execução deste Instrumento;

j) não substabelecer/subcontratar as obrigações assumidas;

k) garantir que a cobertura definida no Plano de Assistência à Saúde observará, como padrão mínimo, o constante das normas editadas pela ANS, respeitando o disposto no presente CONTRATO;

l) observar, também, as demais normas editadas pela ANS relativas às demais obrigações que regulam o setor da saúde suplementar;

m) ressarcir ao CONTRATANTE o valor correspondente ao pagamento de multas, indenizações ou outros encargos que lhe forem impostos, em decorrência do descumprimento do CONTRATO e/ou de normas legais ou regulamentares relacionados à execução do objeto;

n) manter, durante a vigência do CONTRATO, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no processo licitatório;

o) manter preposto especialmente designado para representá-lo perante o CONTRATANTE, aceito por este, o qual deverá deixar endereços, telefones (fixo e celular) e telefax com o Fiscal do CONTRATO, devendo atender aos chamados do CONTRATANTE no prazo máximo de 02 (duas) horas;

p) substituir, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas após notificação, sempre que exigido pelo CONTRATANTE, após discussão entre as partes, o seu preposto, cuja atuação, permanência e/ou comportamento sejam julgados prejudiciais, inconvenientes ou insatisfatórios à disciplina do CONTRATANTE ou ao interesse do serviço público;

q) atender prontamente, sem quaisquer ônus para o CONTRATANTE, quaisquer exigências formuladas pelo representante deste, inerentes ao objeto do CONTRATO e dos instrumentos que o integram, sob pena de constituir em descumprimento de obrigação contratual;

r) prestar os esclarecimentos que forem solicitados pelo CONTRATANTE, a cujas reclamações se obriga a atender prontamente;

s) responsabilizar-se, civil e penalmente, por todo e qualquer dano causado, direta ou indiretamente, ao CONTRATANTE ou a prepostos seus ou a terceiros, em função da

execução do objeto do CONTRATO, decorrentes de sua ação ou omissão, culposa ou dolosa, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento da execução dos serviços pelo CONTRATANTE;

t) responsabilizar-se perante o CONTRATANTE pelos danos ou desvios causados aos bens que lhes forem confiados ou a seus prepostos, devendo efetuar o ressarcimento correspondente, imediatamente após o recebimento da notificação do CONTRATANTE, sob pena de glosa de qualquer importância que tenha a receber ou de cobrança judicial;

u) não caucionar ou utilizar o CONTRATO para qualquer operação financeira;

v) apresentar, mensalmente, relatórios de utilização e de estatísticas, discriminando cada serviço prestado a cada beneficiários no respectivo período, por meio eletrônico, no aplicativo EXCEL;

w) não se valer deste CONTRATO para efetuar qualquer espécie de publicidade de seus serviços, salvo quando previamente autorizado pelo CONTRATANTE;

x) manter sigilo de todos os dados e informações relativos ao CONTRATO firmado, não divulgando nem fornecendo quaisquer dados e informações, inclusive as de saúde, exceto as fornecidas pelo Coordenador Médico de Informações indicado pela CONTRATADA, referentes aos serviços realizados ou sobre o local de execução dos serviços, a qualquer tempo, em qualquer lugar ou a qualquer pretexto que seja;

y) manter serviço de central telefônica gratuita (DDG) de atendimento de 24 h (vinte e quatro horas) por dia, 07 (sete) dias por semana, inclusive sábados, domingos e feriados, de modo a facilitar o atendimento ao beneficiário nos casos de urgência e emergência, visando também auxiliar os interessados na escolha do melhor local para atendimento e prestação de outros esclarecimentos e informações com relação à rede credenciada;

z) A CONTRATADA deverá responder e apresentar solução a todos os questionamentos efetuados pelo CONTRATANTE, sempre que ocorrer, em até 05 (cinco) dias úteis;

aa) executar fielmente o objeto contratado em conformidade com as disposições deste CONTRATO, do Edital do Processo Licitatório nº 039/2024 e seus Anexos, em especial do Termo de Referência, e de acordo com a proposta apresentada, verificando sempre o bom desempenho dos serviços prestados e atendendo aos seus critérios de qualidade;

bb) acatar a fiscalização do CONTRATANTE, comunicando-a de quaisquer irregularidades detectadas durante a execução dos serviços;

cc) atender, por meio de preposto nomeado, qualquer solicitação por parte dos fiscais do CONTRATO, prestando as informações referentes à prestação dos serviços, bem como as correções de eventuais irregularidades na execução do objeto contratado;

dd) cumprir e fazer cumprir, seus prepostos ou conveniados, leis, regulamentos e posturas, bem como quaisquer determinações emanadas das autoridades competentes, pertinentes à matéria objeto desta contratação, cabendo-lhe única e exclusiva responsabilidade pelas consequências de qualquer transgressão de seus prepostos ou convenientes;

ee) aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem de até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do CONTRATO, de acordo com o art. 125 da Lei Federal nº 14.133/2021, não sendo necessária a comunicação prévia do CONTRATANTE;

ff) arcar com despesas decorrentes de qualquer infração, seja qual for, desde que praticada pelos seus empregados nas instalações do CONTRATANTE;

gg) Responsabiliza-se a CONTRATADA pelos seguintes encargos, em especial:

1. fiscais, comerciais, previdenciários e obrigações sociais previstos na legislação social e trabalhista em vigor, obrigando-se a saldá-los na época própria, uma vez que os seus empregados não manterão nenhum vínculo empregatício com a Administração contratante;

2. de possível demanda trabalhista, civil ou penal, relacionada à execução do CONTRATO;

3. de providências e obrigações estabelecidas na legislação específica de acidentes do trabalho;

4. assumir inteira responsabilidade pelas obrigações fiscais e comerciais decorrentes da execução dos serviços objeto desta contratação.

hh) A inadimplência da CONTRATADA relativa aos encargos da alínea “gg” não transfere à Administração responsabilidade por seu pagamento nem onera o objeto desta contratação, razão pela qual a CONTRATADA renuncia expressa e contratualmente a qualquer vínculo de solidariedade, ativa ou passiva, para com a Administração;

ii) adotar os demais procedimentos necessários à boa execução do CONTRATO e cumprir, às suas próprias expensas, todas as cláusulas contratuais que definam suas obrigações;

jj) não subcontratar/transferir a outrem, no todo ou em parte, o objeto licitado;

kk) assumir integralmente a responsabilidade pela prestação dos serviços que efetuar de acordo com as especificações constantes da proposta e instruções do Edital de Licitação respectivo e seus anexos, em especial deste CONTRATO;

ll) reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, às suas expensas, no todo ou em parte, o objeto licitado, em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução;

mm) arcar com encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais e com os tributos resultantes do cumprimento do CONTRATO;

nn) agir segundo as diretrizes e princípios da Administração Pública e consequentemente do CONTRATANTE;

oo) manter durante toda a execução do objeto licitado, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na Licitação, legislação e outras normas sobre o assunto, para que o serviço seja compatível às obrigações assumidas;

pp) assegurar aos beneficiários do CONTRATANTE os serviços, de acordo com as condições estabelecidas neste CONTRATO, na proposta apresentada, no Edital e seus anexos;

qq) fornecer aos beneficiários do CONTRATANTE, no prazo máximo de 15 (quinze) dias após o início da vigência do CONTRATO, as carteiras de identificação, constando o tipo de Plano a que pertencem e seus nomes, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, e quando necessária a autorização prévia, assegure aos

beneficiários o direito à utilização dos benefícios, nos termos do presente CONTRATO e da legislação vigente;

rr) fornecer aos novos beneficiários do CONTRATANTE, inclusos após a assinatura do CONTRATO, no prazo máximo de 15 (quinze) dias do cadastro, as carteiras de identificação, nos termos do item anterior;

ss) comunicar ao CONTRATANTE toda e qualquer alteração ocorrida na rede credenciada e/ou contratada/referenciada – novos credenciamentos/descredenciamentos de acordo com a Resolução Normativa nº 567 de 16/12/2022 da Agência Nacional de Saúde Complementar e suas alterações;

tt) efetuar as inclusões e exclusões dos beneficiários conforme indicação do CONTRATANTE;

uu) credenciar hospitais, médicos, clínicas, laboratórios e serviços auxiliares, de forma a atender as exigências contidas neste CONTRATO e no Termo de Referência respectivo;

vv) atender às solicitações do CONTRATANTE de credenciamento de profissionais, devendo na impossibilidade de credenciar o indicado, providenciar outro da mesma especialidade, na região solicitada conforme disposto no presente CONTRATO;

ww) disponibilizar atendimento telefônico 24 (vinte e quatro) horas por dia, para efeito de autorização de serviços e de informações sobre os serviços contratados;

xx) indicar um responsável (preposto) pela fiel execução do CONTRATO, que deverá, entre outras tarefas, reunir-se, sempre que solicitado, com a equipe de fiscalização do CONTRATANTE;

yy) reapresentar ao CONTRATANTE, sempre que vencidos os respectivos prazos de validade, os documentos relativos à habilitação jurídica e autorização para funcionamento, bem como demais documentos solicitados pelo Fiscal do CONTRATO, devidamente atualizados, em original ou por cópia reprográfica autenticada;

zz) justificar, expressamente, toda negativa de cobertura por parte da CONTRATADA, que deverá ser analisada pelo Fiscal do CONTRATO.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA VIGÊNCIA

17.1. O prazo de vigência deste CONTRATO será de 12 (doze) meses com início em XX/XX/XXXX e término em XX/XX/XXXX, conforme artigo 106e 107 da Lei nº 14.133/2021.

17.1.1. No caso de prorrogação da vigência, não poderão ser cobradas taxas ou quaisquer outros valores para este fim (art. 13 da Lei nº 9.656/98). Os custos não renováveis já pagos ou amortizados no primeiro ano da contratação deverão ser eliminados como condição para a renovação.

17.1.2. No caso de prorrogação da vigência é vedada a recontagem de carências (art. 13, I, da Lei nº 9.656/98).

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E ACEITE DOS SERVIÇOS EXECUTADOS

18.1. O CONTRATANTE emitirá relatório mensal para avaliar a qualidade dos serviços contratados e descritos neste CONTRATO.

18.2. A aceitação e o pagamento dos serviços prestados condicionar-se-ão ao resultado apurado pelo CONTRATANTE em relatório mensal no qual constará procedimento avaliatório indicando se o pagamento à CONTRATADA deverá ser integral ou parcial.

18.3. Para aferir e se assegurar da qualidade dos serviços prestados pela CONTRATADA serão verificados os seguintes itens:

ITEM	DESCRIÇÃO
01	Manter, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por dia e por unidade de atendimento;
02	Manter o sigilo sobre documentos e dados que tiver acesso, em decorrência da execução do CONTRATO;
03	Executar os serviços determinados pela Fiscalização, por serviço e por dia;
04	Apresentar, no ato da assinatura deste CONTRATO, relação dos serviços prestados e profissionais credenciados;
05	Emitir, para cada beneficiário cadastrado, no prazo máximo de até 07 (sete) dias úteis da inclusão, identificação que o habilitará, juntamente com os outros documentos utilizados como rotina pela CONTRATADA, a utilizar os serviços contratados;
06	Cumprir determinação formal ou instrução do fiscalizador, por ocorrência;
07	Enviar, trimestralmente, o relatório constante neste CONTRATO;
08	Manter a qualidade de sua Rede de Atendimento, promovendo os credenciamentos necessários que permitam a prestação dos serviços em regime de excelência;
09	Disponibilizar Serviço de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas, através de ligação gratuita (0800) para informações pertinentes aos serviços;
10	Indicar representante ou gestor credenciado, com poder decisório;
11	Cumprir quaisquer dos itens deste CONTRATO, por item e por ocorrência.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

19.1. As despesas decorrentes da contratação, objeto deste CONTRATO, serão suportadas pela dotação orçamentária da rubrica - **6.2.2.1.1.01.04.01.003 - Plano de Saúde**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DA SUBCONTRATAÇÃO

20.1. Não será admitida a subcontratação, no todo ou em parte, do objeto deste CONTRATO.

20.2. No caso da contratação de cooperativas ou instituições sem fins lucrativos, o serviço contratado deverá ser executado obrigatoriamente pelos cooperados, no caso de

cooperativa, ou pelos profissionais pertencentes aos quadros funcionais da instituição sem fins lucrativos, vedando-se qualquer intermediação ou subcontratação.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DA EXTINÇÃO DO CONTRATO

21.1. A inexecução total ou parcial das condições avençadas poderá acarretar a extinção deste CONTRATO, com as consequências contratuais e as previstas em lei ou regulamento, conforme disposto no artigo 137 da Lei nº 14.133/2021.

21.2. A extinção do CONTRATO poderá ser:

21.2.1. determinada por ato unilateral e escrito da Administração, exceto no caso de descumprimento decorrente de sua própria conduta;

21.2.2. consensual, por acordo entre as partes, por conciliação, por mediação ou por comitê de resolução de disputas, desde que haja interesse da Administração;

21.2.3. determinada por decisão arbitral, em decorrência de cláusula compromissória ou compromisso arbitral, ou por decisão judicial.

21.3. Os casos de extinção contratual serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurados o contraditório e a ampla defesa, conforme estabelecidos nos incisos I a IX, do art. 137 da Lei nº 14.133/2021.

21.4. A extinção determinada por ato unilateral da Administração e a extinção consensual deverão ser precedidas de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente e reduzidas a termo no respectivo processo.

21.5. No caso de extinção provocada por inadimplemento da CONTRATADA, o CONTRATANTE poderá reter os créditos decorrentes do CONTRATO até o limite dos prejuízos causados à Administração Pública e das multas aplicadas.

21.6. Quando a extinção decorrer de culpa exclusiva da Administração, o contratado será ressarcido pelos prejuízos regularmente comprovados que houver sofrido e terá direito a:

21.6.1. devolução da garantia apresentada, se for o caso;

21.6.2. pagamento devido pela execução do CONTRATO até a data da rescisão;

21.6.3. pagamento do custo de desmobilização.

21.7. Nos caso de extinção será necessário lavrar termo de encerramento de CONTRATO, decorrente de rescisão, devidamente assinado pelas partes contratantes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DO ACOMPANHAMENTO, DA GESTÃO E DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

22.1. Durante o período de vigência, a relação contratual será acompanhada, gerida e fiscalizada, pela Setor Administrativo (Recursos Humanos) do CRESS SC, ou por preposto(s) expressamente indicado(s) e autorizado(s) pela Presidência, à qual caberá fiscalizar o objeto do CONTRATO e realizar a sua gestão, na qualidade de Fiscal do CONTRATANTE para a presente contratação.

22.2. A CONTRATADA deverá manter preposto aceito pelo CONTRATANTE, durante o período de vigência do CONTRATO, para representá-la administrativamente, sempre que for necessário, o qual deverá ser indicado mediante declaração em que deverá constar o nome completo, n.º do CPF e do documento de identidade, além dos dados relacionados à sua qualificação profissional e cargo/função que exerce na CONTRATADA.

22.3. O preposto deverá estar apto a esclarecer as questões relacionadas com as obrigações assumidas pela CONTRATADA, bem como prestar esclarecimentos quanto às faturas dos serviços prestados.

22.4. A empresa orientará o seu preposto quanto à necessidade de acatar as orientações do Fiscal e do Departamento de Administração do CONTRATANTE, inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho.

22.5. Nenhuma modificação poderá ser feita no objeto contratual durante a execução do CONTRATO sem autorização expressa do Fiscal do CONTRATANTE.

22.6. O Fiscal do CONTRATANTE e toda pessoa autorizada por eles terão livre acesso aos objetos/serviços e a todos os locais onde estejam sendo realizados os trabalhos.

22.7. A atestação de conformidade do fornecimento do objeto contratual cabe ao Fiscal do CONTRATANTE, o qual ficará responsável pela emissão dos Termos de Recebimento Provisório e Definitivo e determinará o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados.

22.7.1. As decisões e providências que ultrapassarem a competência do Fiscal do CONTRATANTE deverão ser solicitadas, por este, a seus superiores em tempo hábil para a adoção das medidas convenientes.

22.8. O(s) instrumento(s) de controle da execução contratual a ser(em) utilizado(s) pelo Fiscal do CONTRATANTE deverá(ão) compreender a mensuração dos seguintes aspectos:

22.8.1. Os resultados alcançados, com a verificação da qualidade demandada;

22.8.2. A qualidade e quantidade dos recursos materiais utilizados;

22.8.3. A adequação do objeto fornecido às especificações e exigências da contratação;

22.8.4. O cumprimento das demais obrigações decorrentes do CONTRATO;

22.8.5. A satisfação do CONTRATANTE.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - DAS SANÇÕES

23.1. Com fundamento na Lei n.º 14.133/2021, e no art. 49, do Decreto n.º 10.024/2019, ficará impedida de licitar e contratar com a União e será descredenciada do SICAF e do Cadastro de Fornecedores do Conselho Regional de Educação Física de Santa Catarina – CRESS SC, pelo prazo de até 05 (cinco) anos, garantido o direito prévio da citação e da ampla defesa, sem prejuízo das demais cominações legais e de multa de até 30% (trinta por cento) sobre o valor global do CONTRATO, a empresa contratada que:

23.1.1. Deixar de entregar documentação exigida no Edital ou apresentar documentação falsa;

23.1.2. Ensejar o retardamento da execução do objeto;

23.1.3. Falhar na execução do CONTRATO;

23.1.4. Fraudar na execução do CONTRATO;

23.1.5. Comportar-se de modo inidôneo;

23.1.6. Cometer fraude fiscal;

23.1.7. Fizer declaração falsa;

23.1.8. Não mantiver a sua proposta.

23.2. Será deduzido do valor da multa aplicada em razão de falha na execução do CONTRATO, de que trata o subitem 23.1.3 desta cláusula, o valor relativo às multas aplicadas em razão do item 23.6 desta cláusula.

23.3. O retardamento da execução previsto no subitem 23.1.2, estará configurado quando a CONTRATADA:

23.3.1. Deixar de cumprir com quaisquer um dos prazos estabelecidos neste CONTRATO.

23.4. A falha na execução do CONTRATO prevista no subitem 23.1.3 desta cláusula estará configurada quando a CONTRATADA se enquadrar em pelo menos uma das situações previstas na Tabela 3, do item 23.6 desta cláusula, e alcançar o total de 20 pontos, cumulativamente, conforme a graduação de infrações constante da Tabela 1 a seguir:

Tabela 1

GRAU DE INFRAÇÃO	PONTUAÇÃO PARA CADA INFRAÇÃO COMETIDA DURANTE A VIGÊNCIA CONTRATUAL
1	2
2	3
3	4
4	5
5	8
6	10

23.4.1. A falha na execução do CONTRATO acarretará a sua inexecução total ou parcial.

23.5. O comportamento previsto no subitem 23.1.5 desta cláusula estará configurado quando a CONTRATADA executar atos tais como os descritos nos artigos 337-H, parágrafo único, 337-L e 337-M, da Lei nº 14.133/2021.

23.6. Pelo descumprimento das obrigações contratuais, o CONTRATANTE aplicará multas conforme a graduação estabelecida nas tabelas seguintes:

Tabela 2

GRAU DE INFRAÇÃO	CORRESPONDÊNCIA
1	R\$ 300,00
2	R\$ 500,00
3	R\$ 700,00
4	R\$ 900,00

5	R\$ 2.000,00
6	R\$ 5.000,00

Tabela 3

ITEM	DESCRIÇÃO	GRAU	INCIDÊNCIA
1	Manter funcionário sem qualificação para a execução dos serviços.	1	Por empregado e por dia
2	Executar serviço incompleto, paliativo, substitutivo como por caráter permanente, ou deixar de providenciar recomposição complementar.	2	Por ocorrência
3	Fornecer informação pérfida de serviço ou substituição de material.	2	Por ocorrência
4	Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais.	6	Por dia e por ocorrência
5	Destruir ou danificar documentos por culpa ou dolo de seus agentes.	3	Por ocorrência
6	Utilizar as dependências do CONTRATANTE para fins diversos do objeto do CONTRATO.	5	Por ocorrência
7	Recusar-se a executar serviço determinado pela Fiscalização, sem motivo justificado	5	Por ocorrência
8	Permitir situação que crie a possibilidade de causar ou que cause dano físico, lesão corporal ou consequências letais.	6	Por ocorrência
9	Retirar das dependências do CONTRATANTE quaisquer equipamentos ou materiais, previstos em CONTRATO, sem autorização prévia do responsável	1	Por item e por ocorrência
PARA OS ITENS A SEGUIR, <u>DEIXAR DE:</u>			
10	Cumprir os prazos estabelecidos no CONTRATO.	5	Por ocorrência e por dia

11	Substituir empregado que tenha conduta inconveniente ou incompatível com suas atribuições.	1	Por empregado e por dia
12	Manter a documentação e/ou a condição de habilitação e/ou de assinatura do CONTRATO atualizadas.	1	Por item e por ocorrência
13	Cumprir horário estabelecido pelo CONTRATO ou determinado pela Fiscalização.	1	Por ocorrência
14	Cumprir determinação da Fiscalização.	1	Por ocorrência

15	Cumprir determinação formal ou instrução complementar da Fiscalização.	2	Por ocorrência
16	Cumprir quaisquer de suas obrigações contratuais.	3	Por item e por ocorrência
17	Manter rede própria/credenciada/conveniada mínima para o atendimento dos beneficiários, de acordo com as especificações contratuais.	6	Por item e por ocorrência
18	Prestar o devido atendimento aos beneficiários, conforme especificações contratuais e do plano de saúde.	6	Por item e por ocorrência
19	Não cumprir o prazo máximo para atendimento e/ou remoção em emergência.	2	A cada 04 (quatro) horas

23.7. A sanção de multa poderá ser aplicada à CONTRATADA juntamente à de impedimento de licitar e contratar estabelecida no item 23.1 desta cláusula.

23.8. O valor da multa poderá ser descontado do pagamento a ser efetuado à CONTRATADA.

23.8.1. Se o valor a ser pago à CONTRATADA não for suficiente para cobrir o valor da multa, a diferença poderá ser descontada da garantia contratual, se houver.

23.8.2. Se os valores do pagamento e da garantia forem insuficientes, fica a CONTRATADA obrigada a recolher a importância devida no prazo máximo de 10 (dez) dias, contados da comunicação oficial pelo CONTRATANTE.

23.8.3. Esgotados os meios administrativos para cobrança do valor devido pela CONTRATADA ao CONTRATANTE, este será encaminhado para inscrição em dívida ativa e cobrado judicialmente.

23.8.4. Caso o valor da garantia seja utilizado no todo ou em parte para o pagamento da multa, esta deve ser complementada no prazo de até 10 (dias) dias úteis, contados da solicitação do CONTRATANTE.

23.9. A aplicação de multa não impede o CONTRATANTE de rescindir o CONTRATO e de impor simultaneamente à CONTRATADA, penas de advertência, suspensão temporária ou declaração de inidoneidade.

23.10. A intimação dos atos correspondentes à pena de suspensão temporária e à declaração de inidoneidade será feita mediante publicação na imprensa oficial.

23.11. Para validade da aplicação de penalidades será assegurado à CONTRATADA o direito ao contraditório e à ampla defesa, no prazo de 05 (cinco) dias úteis. A aplicação de penalidades deve estar devidamente motivada em processo administrativo.

23.12. As multas administrativas previstas acima não têm caráter compensatório, não eximindo a CONTRATADA do pagamento por perdas e danos das infrações cometidas.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA - DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO

24.1. O presente CONTRATO poderá ser alterado nos casos previstos no art. 124 da Lei nº 14.133/2021, desde que haja interesse do CONTRATANTE, e com a apresentação das devidas justificativas.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DA VINCULAÇÃO AO EDITAL E À PROPOSTA

25.1. O presente CONTRATO fundamenta-se:

25.1.1. Nas normas da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, do Decreto nº 10.024, de 20 de setembro de 2019, da Instrução Normativa SEGES/MP nº 03, de 26 de abril de 2018, da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, do Decreto nº 8.538, de 06 de outubro de 2015, na Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e alterações, nos Atos Normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigentes, bem como nas demais normas aplicáveis ao objeto deste CONTRATO;

25.1.2. Nos preceitos de direito público e, supletivamente, nos princípios da Teoria Geral dos Contratos e nas disposições do Direito Privado.

25.2. O presente CONTRATO vincula-se aos termos:

25.2.1. Do Edital do Pregão Eletrônico nº 001/2024, e de todos os seus anexos, em especial do Termo de Referência respectivo;

25.2.2. Da proposta da CONTRATADA.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA - DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

26.1. É vedada à CONTRATADA a utilização de todo e qualquer dado pessoal repassado em decorrência da execução contratual para finalidade distinta daquela do objeto da contratação, sob pena de responsabilização administrativa, civil e criminal.

26.2. A CONTRATADA se compromete a manter sigilo e confidencialidade de todas as informações – em especial os dados pessoais e os dados pessoais sensíveis – repassados em decorrência da execução contratual, em consonância com o disposto na Lei n. 13.709/2018, sendo vedado o repasse das informações a outras empresas, órgãos, entidades ou pessoas, salvo aquelas decorrentes de obrigações legais ou manifestamente previstas neste instrumento contratual.

26.3. A CONTRATADA responderá administrativa e judicialmente por inobservância à LGPD no caso de causar danos patrimoniais, morais, individuais ou coletivos aos titulares de dados pessoais repassados em decorrência da execução contratual.

26.4. Em atendimento ao disposto na Lei n. 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), o CRESS SC, para a execução do serviço objeto deste contrato, terá acesso a dados pessoais dos representantes da CONTRATADA, tais como: número do CPF e do RG, endereço eletrônico e cópia do documento de identificação.

26.5. A CONTRATADA declara que tem ciência da existência da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e se compromete a adequar todos os seus procedimentos internos ao disposto na legislação, com o intuito de proteger os dados pessoais repassados pelo CRESS SC.

26.6. A CONTRATADA fica obrigada a comunicar ao CRESS SC, em até 24 (vinte e quatro) horas, qualquer incidente de acesso não autorizado aos dados pessoais sob seu controle, bem como situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito, devendo adotar as providências dispostas no art. 48 da LGPD.

26.7. Além do disposto nas cláusulas anteriores, as partes comprometem-se mutuamente:

26.7.1. Ambas as partes realizarão atividades de tratamento de dados pessoais de pessoas naturais identificadas ou identificáveis e se comprometem a cumprir toda a legislação aplicável, especialmente a LGPD;

26.7.2. A CONTRATANTE e a CONTRATADA atuarão como CONTROLADORES CONJUNTOS,

conforme definido pela legislação, garantindo que todas as atividades de tratamento estejam em conformidade com a LGPD e outras normas pertinentes;

26.7.3. Ambas as partes deverão garantir a conformidade com as leis e regulamentos de proteção de dados aplicáveis, implementar medidas de segurança adequadas para proteger os dados pessoais e cooperar para assegurar que os dados pessoais sejam tratados de maneira segura e conforme a legislação.

26.7.4. Cada parte manterá registros detalhados das operações de tratamento de dados e permitirá a revisão pela outra parte, conforme necessário, para garantir a conformidade com as disposições legais e contratuais.

26.7.5. Ambas as partes são responsáveis por informar aos titulares de dados sobre o tratamento de seus dados pessoais, conforme exigido pela LGPD, e garantir que estes possam exercer seus direitos.

26.7.6. Caso qualquer uma das partes tome conhecimento de um incidente de segurança envolvendo dados pessoais ou tratamento indevido, deve comunicar imediatamente a

outra parte e adotar as medidas corretivas necessárias, conforme exigido pela LGPD. Ambas as partes também devem colaborar na investigação e resolução do incidente.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA – DOS CASOS OMISSOS

16.1. Os casos omissos serão decididos pelo CONTRATANTE, segundo as disposições contidas na Lei nº 14.133, de 2021, e demais normas federais aplicáveis e, subsidiariamente, segundo as disposições contidas na Lei nº 8.078, de 1990 – Código de Defesa do Consumidor – e normas e princípios gerais dos contratos.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA – PUBLICAÇÃO

17.1. Incumbirá ao CONTRATANTE divulgar o presente instrumento no respectivo sítio oficial na Internet, em atenção ao art. 91, caput, da Lei n.º 14.133, de 2021, e ao art. 8º, §2º, da Lei n. 12.527, de 2011, c/c art. 7º, §3º, inciso V, do Decreto n. 7.724, de 2012.

CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA - DO FORO

27.1. Para dirimir as questões oriundas do presente CONTRATO, será competente o Foro da Justiça Federal, Seção Judiciária de Santa Catarina – Subseção Judiciária de Florianópolis.

E, para firmeza, como prova de haver, entre si, ajustado e contratado, depois de lido e achado conforme, é firmado o presente CONTRATO pelas partes e pelas testemunhas abaixo, que a tudo assistiram, dele sendo extraídas as cópias necessárias para a sua publicação e execução.

Florianópolis, data.

**CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO
SOCIAL – 12ª REGIÃO
CONTRANTE**

CONTRATADO

Testemunhas:

ANEXO III

MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS

1. Pela presente, declaramos inteira submissão aos preceitos legais em vigor, especialmente aos da Lei nº 14.133/2021, do Decreto nº 10.024/19, bem como de suas atualizações, propondo ao Conselho Regional de Serviço Social – 12ª Região a execução do objeto desta licitação, obedecendo às estipulações do correspondente Edital e Termo de Referência e asseverando que:

2. No preço final de nossos serviços estão inclusos todos os custos diretos ou indiretos, os tributos e demais encargos fiscais e trabalhistas, bem como todos os itens e equipamentos necessários à perfeita prestação do objeto licitado.

3. O prazo de validade desta proposta é de 60 (sessenta) dias, contado da data de sua apresentação.

4. Em caso de divergências entre os valores apresentados nas propostas escritas, será adotado o critério de preferência descrito a seguir, em ordem decrescente de prioridade:

- a) Os valores expressos em algarismos (absolutos) sobre os índices percentuais.
- b) O valor escrito por extenso sobre o expresso em algarismos.

5. Se declarados vencedores, na hipótese de o valor final oferecido no Pregão ser distinto do apresentado em nossa proposta escrita, encaminharemos, em 02 (duas) horas, nova proposta, de acordo com o valor final oferecido no Pregão, considerando o novo valor proposto em sessão e as correções realizadas pelo Pregoeiro nos termos do presente Edital, respeitando o que segue: Os valores integrantes das propostas não poderão ser majorados, salvo se decorrerem de correção expressamente autorizada pelo Pregoeiro. O prazo prescrito no item 4 poderá ser prorrogado, mediante solicitação devidamente justificada pela licitante e aprovação do Pregoeiro.

6. Caso nos venha a ser adjudicado o objeto do Pregão Eletrônico nº 001/2024, ele será executado inteiramente de acordo com seu Edital e Anexos.

7. Temos plenas condições de realizar os serviços nos prazos contidos no Anexo I deste Edital (Termo de Referência), após a assinatura do contrato.

8. Nosso preço para fornecimento dos serviços objeto do Pregão Eletrônico nº 001/2024 segue de acordo com a tabela abaixo:

ESPECIAL NACIONAL – 50% COPARTICIPA«√O Ambulatorial/Hospitalar com Obstetrícia APARTAMENTO

FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE TOTAL DE BENEFICIÁRIOS (EMPREGADOS PÚBLICOS)	QUANTIDADE TOTAL DE BENEFICIÁRIOS (DEPENDENTES)	Preços Unitário Máximos	Preço Total Máximo
0 a 18	0	5	R\$	R\$
19 a 23	0		-	-
24 a 28	1		-	-
29 a 33	2		-	-
34 a 38	3		-	-
39 a 43	2	1	-	-
44 a 48	5		-	-
49 a 53			-	-
54 a 58			-	-
59+	1		-	-
TOTAL			R\$	R\$

Dados da Empresa:

Razão Social - CNPJ/MF – Endereço – Cidade/UF – CEP Tel -

E-mail:

Banco – Agência – Conta:

Dados do Representante Legal da Empresa para assinatura do Contrato:

Nome:

CPF/MF:

RG/Órgão Expedidor:

(Local/Data/Assinatura)