EDITAL

O Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima, por sua comissão de licitação instituída pela portaria nº 003 de janeiro de 2022, leva ao conhecimento de Vossas Senhorias que realizará licitação de acordo com a Lei 8.666/93, Art. 23, inciso I, alínea "a", na modalidade Carta Convite, tipo menor preço, sob regimento de contratação direta, no dia 23 de maio de 2022, a partir das 10 horas, em sessão publica, no prédio do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima, Avenida Major Williams, CEP: 69.301-110, município de Boa Vista, para receber e abrir os envelopes contendo separadamente os documentos de Habilitação e Proposta de Preço,a execução do serviço, de acordo com o termo de referencia e a disponibilidade orçamentária que compõe este edital e anexo I, nos termos da Lei 8.666 de 21/06/93, de acordo com a autorização contida no Processo nº 022/2022.

1. OBJETO:

1.1– A presente Licitação tem por objeto a contratação de empresa operadora de plano de saúde com registro ativo e regular junto a ANS-Agência Nacional de Saúde, para disponibilização de plano de saúde aos servidores do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima.

1.2- As especificações estão constantes no **ANEXO I**, deste edital.

2– DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

2.1- Poderão participar da licitação empresas que satisfaçam às exigências concernentes à habilitação jurídica, regularidade fiscal, qualificação técnica, e qualificação econômico-financeira, cadastrados ou não, escolhidos e convidados pela Administração, estendido aos demais interessados do mesmo ramo de atividade que manifestarem seu interesse antecipadamente de até 24 (vinte quatro) horas da data fixada para apresentação das propostas.

2.2- Será vedada a participação no processo licitatório às empresas:

a) declaradas inidôneas por ato do poder público;
b) sob processo de falência ou concordata;
c) impedidas de licitar e contratar com a Administração Pública.

2 – DA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

3.1- **Os envelopes contendo as documentações de habilitação jurídica e as propostas de preços serão recebidos pela Comissão Permanente de Licitações do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima, no horário acima determinado.**

3.2- Os envelopes contendo as documentações jurídicas e as propostas serão recebidos pela Comissão Permanente de Licitações, em DOIS envelopes distintos, contendo, em sua parte externa e frontal, a seguinte inscrição:

CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO DE RORAIMA
À COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO

EDITAL CARTA CONVITE N.º 003/2022

ENVELOPE N. º 01 DOCUMENTAÇÃO / HABILITAÇÃO JURÍDICA
PROPONENTE: NOME COMPLETO E ENDEREÇO DA EMPRESA

CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO DE RORAIMA
À COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO

EDITAL CARTA CONVITE N.º 003/2022.

ENVELOPE N. º 02 PROPOSTA DE PREÇOS
PROPONENTE: NOME COMPLETO E ENDEREÇO DA EMPRESA

3.3- Os envelopes que estiverem com a inscrição estabelecida na cláusula 3.2 incompleta poderão ser aceitos, a critério da CPL, desde que possam ser identificados: o nº da licitação e o nº do envelope.

3.4- Serão aceitos e/ou recebidos documentos de Habilitação e Propostas enviados por fax, telegrama, fitas, discos magnéticos, filmes ou qualquer outro meio que é o previsto neste Edital.

3.5- ENVELOPE N. º01

– DOCUMENTAÇÃO/HABILITAÇÃO JURÍDICA - deverá conter os seguintes documentos apresentados por cópias autenticadas ou simples, desde que acompanhadas dos originais, na forma do art. 32 da Lei nº.8.666/93, com as folhas rubricadas pelo representante legal da Empresa. As Certidões e Declarações deverão estar com a validade em pleno vigor:

***3.5.1* – Relativos à Habilitação Jurídica:**

3.5.1.1- Cédula de identidade;

3.5.1.2- Registro Comercial, no caso de Empresa Individual;

3.5.1.3- Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, bem como da última alteração contratual, devidamente registrado, e em se tratando de sociedades comerciais ou no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

3.5.1.4- Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de investidura ou nomeação da diretoria em exercício;

3.5.1.5- Decreto de autorização, devidamente publicado, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no país, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;

3.5.1 – Relativos à Regularidade Fiscal:

3.5.2.1- Prova de regularidade para com os Tributos Federais, e da Dívida ativa da União, abrangendo as contribuições sociais (Contribuições Previdenciárias – INSS), através da apresentação de Certidão Negativa, expedida pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional, Certidão Única, emitida pela Receita Federal do Brasil;

3.5.2.2- Prova de regularidade com a Fazenda Estadual, acompanhada da Certidão Negativa da Dívida Ativa, emitida pela Procuradoria Geral do Estado;

3.5.2.3 - Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, do domicílio ou da sede do proponente;

3.5.2.4- Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, emitida pelo Tribunal Superior do Trabalho (TST);

3.5.2.5- Prova de regularidade de situação junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS (CRF);

3.5.2.6- C.N.P.J. – Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica;

3.5.2.7 - Comprovação de Inscrição Estadual e ou Municipal;

3.5.2.8- Registro da condição da Empresa na Junta Comercial. (Este item é somente para as Microempresas e Empresas de Pequeno Porte ou optantes pelo regime, que queiram o benefício da Lei Complementar nº123/2006);

3.5.2.9 – Será aceito Prova de Regularidade através da apresentação de Certidão Positiva com Efeito de Negativa, na forma da lei.

3.5.3 - Relativos à Qualificação Técnica:

3.5.3.1- Prova de Registro junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

3532 – Apresentação de no mínimo 01 (um) atestado de capacidade técnica, expedido por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove que a licitante prestou ou está prestando de forma satisfatória, os serviços de natureza e vulto similares ao objeto da presente licitação. O atestado deve ser emitido com assinatura e identificação do responsável pelas informações atestadas. Conforme o anexo VII.

3533 – Comprovação de que possui rede própria, credenciada e/ou referenciada para assistência à saúde em todo o território Nacional, atendendo a todas as especialidades descritas no Termo de Referência.

3.5.4 - Relativos à Qualificação Econômico-Financeira:

3.5.4.1- Certidão negativa de falência, concordata ou recuperação judicial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, com validade em pleno vigor, na data da apresentação da proposta;

3.5.2 - Outras Comprovações:

3.5.5.1- As licitantes deverão apresentar, conforme modelo constante do Anexo II, declaração:

a) de inexistência de fato superveniente impeditivo de habilitação, na forma do Art. 32, § 2º, da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores;

b) de que não está inadimplente com fornecimento de itens ou descumprimento de Contrato junto à Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal, não configurando

como tal as licitantes que solicitaram, formalmente prorrogação de prazo, desde que este tenha sido devidamente acatado;

c) declaração de inexistência, em seu quadro de pessoal, de empregado (s) menores de 18 anos, em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e menores de 16 anos, em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 anos, nos termos do inciso XXXIII, do Art. 7º da Constituição Federal, inciso V, artigo 27 da Lei nº 8.666/93.

d) que não está impedido de participar de certame licitatório, e de contratar com a Administração Pública em razão de penalidades, e que cumpre plenamente os requisitos exigidos para habilitação, na forma art. 4, VII, da Lei Federal 10.520/02.

3.5.5.2 - As Empresas que pretenderem utilizar os benefícios previstos nos artigos. 42 a 45 da Lei Complementar 123, de 14 de dezembro de 2006, deverão apresentar no envelope de habilitação, junto com o Certificado, declaração firmada por seu representante legal de que se enquadra como microempresa ou empresa de pequeno porte, e que pretende usufruir do benefício, conforme modelo constante no Anexo VI.

3.5.5.3- As microempresas e empresas de pequeno porte, por ocasião da participação em certames licitatórios, deverão apresentar toda a documentação exigida para efeito de comprovação de regularidade fiscal, mesmo que esta apresente alguma restrição.

3.5.5.4- Havendo alguma restrição na comprovação da regularidade fiscal, será assegurado as mesmas, o prazo de 02 (dois) dias úteis, cujo termo inicial corresponderá ao momento em que o proponente for declarado vencedor do certame, prorrogáveis por igual período, a critério da Administração Pública, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito, e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas, com efeito, de certidão negativa.

3.5.5.5- A não regularização da documentação, no prazo previsto, implicará decadência do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas no art. 81 da Lei nº. 8.666/93, sendo facultado à Administração convocar os licitantes remanescentes, na ordem de classificação, para a assinatura do contrato, ou revogar a licitação.

3.5.5.6- Toda a documentação exigida deverá estar com a sua validade em vigor, e caso esteja expirada acarretará na inabilitação do proponente.

3.6 - ENVELOPE N. º02 – PROPOSTA DE PREÇOS

3.6.1- O Envelope nº 02 deverá conter proposta financeira em uma via, devendo ser preenchida de acordo com o modelo que segue no ANEXO III, de forma clara,

sem rasuras, borrões ou emendas. Os valores devem ser expressos em moeda corrente nacional, limitada a expressão em centavos em duas casas decimais.

3.6.2- Os preços cotados serão entendidos como preço final a ser pago pela CONTRATANTE, nele estando incluídos todos os impostos, taxas e outros encargos que incidam ou venham a incidir sobre o descrito no objeto desta licitação.

3.6.3- Deverá constar nas propostas apresentadas o Preço Unitário médio, mensal e Global dos serviços a serem prestados.

3.6.4- O não cumprimento destas exigências implicará na desclassificação da proposta.

3.6.5- A apresentação da proposta será considerada como evidência de que o proponente examinou criteriosamente os documentos solicitados neste Edital Carta Convite, e julgou-os suficiente para a elaboração da proposta, voltado à execução do objeto licitado em todos os seus detalhamentos.

4- DA ABERTURA DOS ENVELOPES PARA HABILITAÇÃO JURÍDICA E PROPOSTA DE PREÇOS

4.1- Os envelopes que forem entregues a Comissão Permanente de Licitação após o horário e data estabelecidos, serão devolvidos "fechados" ao respectivo Licitante na abertura da assembleia, o que não impedirá o representante de participar da mesma, porém não participará do processo, face sua inabilitação (art. 41, § 4º da Lei nº.

8.666/93).

4.2- Em hipótese alguma serão considerados habilitados os envelopes fora de prazo de apresentação ou permitida a alteração, substituição do conteúdo dos mesmos ou a correção do que constar nos documentos das propostas.

4.3- Poderá o Licitante desistir oficialmente da Licitação antes da abertura dos envelopes contendo os documentos para Habilitação, por escrito, quando serão devolvidos fechados os envelopes contendo DOCUMENTAÇÃO e PROPOSTAS.

4.4- Nas sessões de abertura dos envelopes de DOCUMENTAÇÃO, e da PROPOSTA DE PREÇO, somente poderão fazer uso da palavra, rubricar documentos e propostas, apresentar reclamações, assinar ata ou interpor recursos, os representantes devidamente credenciados por Carta de Representação, Procuração ou outro documento equivalente, e os membros da Comissão Permanente de Licitações.

4.5- Se a empresa licitante se fizer representar por Procurador ou Preposto, o mesmo deverá apresentar sua credencial ou procuração, com firma reconhecida em Cartório, fora dos envelopes, junto com o documento de identificação, no momento da entrega dos mesmos junto a Comissão de Licitação.

4.6 - Os envelopes contendo a DOCUMENTAÇÃO JURÍDICA E PROPOSTA DE PREÇO serão abertos às 10:00 horas do dia 23 de maio de 2022.

4.6.1- Em nenhuma hipótese serão aceitos documentos em envelopes trocados, ou concedido prazo para apresentação de documentos exigidos e não inseridos no envelope correspondente.

4.6.2- Os envelopes contendo as PROPOSTAS DE PREÇO das empresas eliminadas na fase de Habilitação serão devolvidos lacrados e rubricados, desde que não tenha havido recurso ou, em havendo, após o seu indeferimento.

4.6.3- Serão INABILITADAS as licitantes que deixarem de apresentar no todo ou em parte, os documentos exigidos no item 3.5 e a declaração prevista no item 3.5.5.

5- DO CRITÉRIO DE JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS

5.1 O critério de julgamento e classificação das propostas será do Tipo Menor Preço, consoante o disposto no inciso I do Parágrafo Primeiro do Art. 45, da Lei nº 8.666/93, sendo a classificação feita pela ordem crescente dos preços propostos.

5.2 - Em caso de empate entre duas ou mais propostas, depois de obedecido o disposto na Lei 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, a escolha se fará por sorteio em ato público, para o qual os licitantes serão convocados.

5.3 - Caso as propostas apresentadas por Microempresas e Empresas de Pequeno Porte sejam iguais ou até 10% (dez por cento) superiores à proposta mais bem classificada, será assegurada preferência para a contratação. Somente se aplicará quando a melhor oferta inicial não tiver sido apresentada por microempresa ou empresa de pequeno porte.

5.4- Caso a empresa adjudicatária venha a solicitar o cancelamento da proposta, deverá apresentar motivo justo decorrente de fato superveniente e deverá providenciá- lo dentro do prazo de recurso.
5.5- O cancelamento a que se refere o item 5.4 será colocado à apreciação da Comissão Julgadora de Licitação, que poderá ou não, deferir o cancelamento.
5.6- Não serão consideradas as propostas com ofertas de vantagens não previstas neste Edital Carta Convite.
5.7-Serão desclassificadas as propostas que não estiverem em conformidade com os requisitos exigidos neste edital.
5.8- Caso a Comissão julgue conveniente, poderá suspender ou encerrar a reunião para analisar os documentos de habilitação ou proceder às diligências julgadas necessárias.
5.9- As dúvidas e casos omissos serão dirigidos por escrito ao Presidente da Comissão Permanente de Licitação e resolvidos pela Comissão, nos termos da Lei 8.666/93 e deste Edital Carta Convite.
5.10- Abertas, rubricadas e lidas às propostas, a Comissão poderá julgá-las em outra reunião, se assim achar conveniente.
5.11- As propostas apresentadas de acordo com as especificações e exigências contidas no **Anexo III** deste Edital serão classificadas pela ordem crescente dos preços propostos, considerando-se vencedor, dentre os qualificados, o licitante que oferecer

o MENOR PREÇO GLOBAL.

5.12- Se todos os licitantes forem inabilitados ou todas as propostas desclassificadas, poderão ser concedidas, de acordo com o § 3º do art.48 da Lei 8.666/93, 05 (cinco) dias para apresentação de nova **documentação ou de outras propostas**, conforme o caso, escoimadas das causas determinantes da inabilitação ou desclassificação.

6- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE OS DOCUMENTOS

6.1- Os documentos devem estar com seu prazo de validade em vigor, se este prazo não constar de lei específica ou do próprio documento, será considerado o prazo de validade de 60 (sessenta) dias, a partir da data de sua expedição.

6.2- Os documentos emitidos via *internet,* poderão ser conferidos, desde que confirmada a sua autenticidade junto ao órgão emissor.

ANEXO V – Minuta de Contrato
ANEXO VI – Declaração de ME/EPP

ANEXO VII – Modelo de Declaração Capacidade Técnica

Boa Vista-RR, 09 de junho de 2022

Thaísa de Matos Costa
Presidente da Comissão Permanente de Licitação

Rafaela Kaylane M. Habert de Almeida
Rafaela Kaylane Magalhães Habert de Almeida
Membro da CPL

Antônio Thiago Gomes Rocha
Membro da CPL

ANEXO I

ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS DO OBJETO A SER LICITADO 1- JUSTIFICATIVA DO OBJETO

1.1- A presente Licitação tem por objeto a seleção de Empresa Administradora de Plano de Saúde, para fornecimento de Plano de Saúde coletivo empresarial aos Servidores do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima, como beneficiários, com cobertura Nacional, conforme a Resolução n° 83, de 22 de março de março de 2013.

7- DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL

7.1- Qualquer pessoa física ou jurídica, é parte legítima para solicitar esclarecimentos ou providências em relação ao presente EDITAL CARTA CONVITE, ou ainda para impugnar este edital observado o disposto no art. 41, § 2º, da Lei Federal nº 8.666/93.

7.2- O Presidente da Comissão Permanente de Licitações deverá decidir sobre a impugnação, se possível, antes da abertura do certame.

7.3- Quando acolhida a impugnação, será designada nova data para a realização desta licitação. 7.4- A impugnação, feita tempestivamente pela licitante, não a impedirá de participar do certame, até o trânsito em julgado da pertinente decisão.

7.4- Decairá do direito de impugnar os termos do edital carta convite perante o Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima, a licitante que não o fizer até o segundo dia útil que anteceder à abertura dos envelopes com as propostas, nos termos do art. 41, parágrafo 2.º da Lei Federal 8.666/93 e suas alterações.

8- DOS RECURSOS

8.1- Do resultado do julgamento da habilitação e das propostas caberão recurso na forma do artigo 109, inciso I, da Lei N° 8.666/93.

8.2- Os recursos deverão ser interpostos, nos termos do art. 109, da Lei 8.666/93, no prazo de 03 (três) dias, contados da data da divulgação da decisão da Comissão de Licitações.

8.3- Os recursos deverão ser elaborados em petição própria, dirigida ao Presidente da Comissão de Licitações, e encaminhados através da Comissão recorrida, observando os seguintes pressupostos de admissibilidade:

a) ser interpostos pelo representante legal da licitante ou procurador credenciado;
b) na contagem dos prazos recursais excluir-se-á o dia do vencimento, se este cair em dia sem expediente no Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima, prorrogando-se para o primeiro dia útil subsequente.

9- DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

9.1- A despesa resultante deste procedimento licitatório, correrá à conta da dotação orçamentária conforme classificação 01.01.01.00.01.031.0001.03.2.001.3.3.90.39.00.00 – Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica, orçamento 2022.

10- DO PRAZO DE ASSINATURA E VIGÊNCIA DO CONTRATO

10.1- O prazo para assinatura do contrato será de 5 (cinco) dias corridos, contados da convocação do vencedor, através de notificação encaminhada por intermédio de ofício oriundo da Presidência do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima.

10.2- A critério da Administração, o prazo para assinatura do contrato poderá ser prorrogado uma vez, desde que haja tempestiva e formal solicitação da adjudicatária.

10.3 - O contrato deverá ser assinado pelo representante legal da empresa ou entidade vencedora (diretor, sócio ou procurador), mediante apresentação do contrato social ou procuração e cédula de identidade do representante.

10.4- O Prazo de vigência do Contrato, com início a partir da data de assinatura, sendo certo que a Administração poderá estender o prazo de duração do Contrato por períodos sucessivos de 12 (doze) meses, até o limite de 60 (sessenta) meses, após o início da vigência do contrato, nos termos do inciso II, art. 57, da Lei 8.666/93, mediante termo aditivo assinado pelas partes.

10.5- O presente Edital Carta Convite, inclusive seus anexos, bem como a proposta do licitante vencedor, integrará o contrato que vier a ser firmado com a empresa vencedora da licitação.

10.6- No contrato a ser assinado com o vencedor, constarão as cláusulas necessárias do art. 55 e a possibilidade de rescisão, na forma dos artigos 77 a 79, todos da Lei n.º 8.666/93, conforme consta na minuta de contrato, constante no **ANEXO V**, deste edital.

11- DOS VALORES E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

11.1- O Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima, considerando o número de beneficiários (servidores) inscritos até o fechamento da fatura, perfazendo o valor global estimado de R$ 45.850,36 (quarenta e cinco mil, oitocentos e cinquenta e trinta e seis centavos). Desta forma não serão consideradas propostas que ultrapassarem o valor máximo mensal e global ora especificado, conforme a planilha estimativa constante no **ANEXO IV**, deste edital.

11.2- As mensalidades serão pagas dia 05 ou dia 25 (cinco ou vinte e cinco) de cada mês, respeitando as datas de vencimento, bem como após o recebimento da nota Fiscal/Fatura, eletrônica, em real, discriminando os serviços prestados, número de beneficiários, valor unitário e total, conforme atestado pela autoridade competente, e de conformidade com o discriminado na proposta e constante da Nota de Empenho.

11.3- Havendo atraso nos pagamentos por parte da Contratante, incidirá correção monetária nos termos da Lei, contados da data de vencimento, que serão cobrados na fatura seguinte.

12- DO REAJUSTE E REVISÃO DE PREÇOS

12.1- Os preços não poderão ser reajustados durante a execução contratual, sendo que para efeito de reajuste será considerado o prazo de 12 (doze) meses, conforme o art. 28 da Lei nº 9.069, de 29 de junho de 1995.

12.2- Os preços poderão ser reajustados após 12 (doze) meses e a cada 12 (doze) meses, com base na variação do IGPM (Índice Geral de Preços do Mercado) da FGV (Fundação Getúlio Vargas), verificada no período, desde que o contrato seja estendido.

13- DAS PENALIDADES

13.1- Pela inexecução parcial ou total ou de outra qualquer obrigação assumida, garantida a defesa prévia da contratada, a Administração poderá aplicar-lhe as seguintes sanções previstas no capítulo IV da Lei Federal nº 8.666/93, e demais normas pertinentes a matéria, conforme a gravidade da infração:

a) **Advertência;**

b) **Multa Graduável** equivalente a até 10% (dez por cento) do valor do contrato;

c) **Suspensão temporária** de participação em licitação e impedimento de contratar com

administração, pelo prazo de até 2 (dois anos).

D) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto permanecer os motivos determinantes da punição.

13.2- As Sanções previstas nas **Alíneas C** e **D** do **item** anterior podem ser aplicadas às empresas ou aos profissionais que em razão dos contratos regidos pela Lei nº 8.666/93 e suas alterações;

a) Tenham sofrido condenação definitiva por praticarem por meios dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;

b) Tenham praticados atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;

c) Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.

13.3- A licitante, que ensejar o retardamento da execução do certame, não mantiver a proposta, comportar-se de modo inidôneo ou fizer declaração falsa, estará sujeita à pena de suspensão de seu direito de licitar e contratar com a administração, pelo prazo de até 2 (dois anos).

13.4- Se dentro do prazo o convocado não assinar o contrato, o Conselho convocará os licitantes remanescentes, na ordem de classificação, para assinatura do contrato, nas mesmas condições propostas pelo primeiro classificado, inclusive quanto aos preços e prazos de execução, sem prejuízo da pena de multa, no valor correspondente a 10% (dez por cento) do valor da contratação, mais a suspensão do direito de contratar com o Conselho por prazo não superior a 2 (dois) anos.

13.5- As penalidades serão obrigatoriamente registradas no Cadastro de Fornecedores e Prestadores de Serviços do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima.

14- DAS INFORMAÇÕES

14.1- Mais informações serão prestadas aos interessados no horário das 07:00h às 13:00h, na sede do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima, na Av. Major Williams, nº 913- Centro –, ou pelo telefone (95) 98101-1135.

14.2- A Cópia deste edital e quaisquer informações ou esclarecimentos para o seu cumprimento podem ser obtidas junto à Comissão Permanente de Licitações do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima.

15- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1- Esta licitação será regida pelo disposto na Lei n° 8.666/93, alterada pela Lei n° 8.883, de 08/06/94, pela Lei 9.648, de 27/05/98, e demais normas pertinentes, e poderá ser revogada por motivos de interesse público decorrentes de fatos supervenientes ou anulada por motivos de ilegalidade no seu processo, através de publicidade geral.

15.2- É facultada à Comissão Permanente de Licitações ou autoridade superior, em qualquer fase da licitação, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, solicitar demonstração dos serviços propostos vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar

originariamente das propostas.

15.3- O resultado desta licitação será divulgado no mural de publicações legais do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima.

15.4- O Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima, a critério de seu representante legal, reserva-se o direito de anular ou revogar a presente licitação, nos casos previstos em lei ou por motivos de conveniência e oportunidade, técnica ou financeira, sem que, com isso, caiba às licitantes reclamarem qualquer espécie de indenização.

15.5- As obrigações das partes constarão do contrato a ser assinado, após convocação pelo Conselho, dentro do prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis da homologação, conforme previstos em lei.

15.6- A recusa injustificada do adjudicatário em assinar o Contrato, aceitar ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo estabelecido pela Administração, bem como a execução parcial dos serviços contratados, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida, e sujeitando-o às penalidades legalmente estabelecidas na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

15.7- Os casos omissos porventura encontrados por ocasião da Abertura e Julgamento das Propostas pertinentes ao procedimento Licitatório, serão deliberados pela Comissão Permanente de Licitações e fundamentados à luz da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações.

16- EM ATENDIMENTO AO DISPOSTO NA LEI COMPLEMENTAR Nº. 123/2006

16.1-Será assegurado como critério de desempate, preferência de contratação para as microempresas e empresas de pequeno porte. Entende-se por empate aquelas situações em que as propostas apresentadas pelas microempresas e empresas de pequeno porte sejam iguais ou até 10% (dez por cento) superiores à proposta mais bem classificada;

16.2- Ocorrendo o empate, a microempresa ou empresa de pequeno porte melhor classificada poderá apresentar proposta de preço inferior àquela considerada vencedora do certame, situação em que será adjudicado o objeto em seu favor;

16.3- Não ocorrendo a contratação da microempresa ou empresa de pequeno porte na forma do item anterior, serão convocadas as remanescentes que porventura se enquadrem na hipótese do percentual de 10% do item 16.1, na ordem classificatória, para o exercício do mesmo direito;

16.4- Na hipótese de empate real dos valores apresentados pelas microempresas e empresas de pequeno porte que se encontre em situação de empate real, será realizado sorteio entre elas para que se identifique aquela que primeiro poderá apresentar melhor oferta.

16.5- Na hipótese da não contratação nos termos previstos nos itens anteriores, o contrato será adjudicado em favor da proposta originalmente vencedora do certame.

16.6- O disposto constante no art. 45, da Lei Complementar nº123/2006, somente se aplicará quando a melhor oferta inicial não tiver sido apresentada por microempresa ou empresa de pequeno porte.

17- FAZ PARTE INTEGRANTE DESTE EDITAL:

ANEXO I – Especificações do objeto

ANEXO II – Modelo de declaração de fato superveniente ANEXO III – Modelo de proposta comercial

ANEXO IV – Planilha Estimativa

1.2- O Plano de Saúde deverá compreender ações preventivas e curativas necessárias à proteção e manutenção da saúde dos servidores, que serão prestadas através de consultas médicas, atendimento emergencial ambulatorial, cirúrgico, exames, internação, tratamento de doenças congênitas e transporte de UTI.

1.3- Conforme consta no artigo 2° da Resolução n° 83 de 213, o Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima arcará com 100% (cem por cento) do valor de cada mensalidade do benificiário titular: não podendo ultrapassar 7% do duodécimo repassado mensalmente pelo Poder Executivo.

1.4- O benefício do plano de saúde cessará: I- por expressa desistência do servidor; II- pela demissão, aposentadoria, falecimento ou qualquer outro ato que implique exclusão do quadro funcional do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima; III- outros casos a critério da Administração.

1.5- O benefício não ficará suspenso durante o afastamento por motivo de licença a gestante, licença a paternidade, licença prêmio e férias.

1.6- O benefício ficará suspenso durante as demais licenças ou afastamento, sendo restabelecido quando do retorno do servidor, salvo a licença por motivo de saúde sendo por mais 30 (trinta) dias contados do dia do afastamento do servidor.

1.7- A prestação será continuada de serviços de assistência médico-hospitalar, de diagnóstico e terapia, na segmentação AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, seguindo a cobertura dos procedimentos devidamente enumerados pela ANS - Agência Nacional de Saúde através do Rol de Procedimentos por ela editado e suas atualizações, vigente no momento da utilização e na lei civil brasileira e no Código de Defesa do Consumidor.

de Procedimentos por ela editado e suas atualizações, vigente no momento da utilização e na lei civil brasileira e no Código de Defesa do Consumidor.

1.8- Eventual alteração no rol de procedimentos em vigor, editado pela ANS como parâmetro de cobertura para os planos privados de assistência à saúde, deverá ser comunicado a Contratante, seja quanto a eventual aumento ou redução dos procedimentos.

2- CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 - TITULAR

2.1.1 - Somente poderá ser incluída pelo CONTRATANTE, na qualidade de titular, a pessoa física que mantenha com ele, à data da inclusão, vínculo empregatício ou estatutário, no caso de servidor efetivo.

2.1.2 - O vínculo deverá ser comprovado expressamente pelo CONTRATANTE no ato do pedido de inclusão dos beneficiários, seguindo as regras e documentos que forem solicitados pela CONTRATADA, e definindo-o como:

2.1.2.1 - Com vínculo empregatício ativo: destinado a empregados/servidores ativos;

2.1.3 - A CONTRATADA poderá a qualquer tempo, solicitar durante a vigência contratual, a comprovação da data de vínculo empregatício e estatutário de quaisquer beneficiários, Servidor do CONTRATANTE.

3- COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

2.2- Os beneficiários farão jus, satisfeitas as respectivas condições, às coberturas da segmentação Referência (AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA), respeitadas às limitações quanto à área de abrangência do contrato e à rede de prestadores contratada, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

2.3- Os serviços médicos, hospitalares, e auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste termo, compreendem genericamente:

2.3.1 Consultas: os beneficiários serão atendidos no local de atendimento dos médicos cooperados da CONTRATADA, ou nos serviços de emergências próprios, credenciados ou contratados, disponíveis na área de abrangência do contrato;

2.3.2 Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais, serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios, credenciados ou contratados, na área de abrangência do contrato;

2.3.3 Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através da rede própria, credenciada ou contratada, na área de abrangência do contrato.

2.3.4 Cobertura referente à participação de médico anestesiologista nos procedimentos, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, caso haja indicação clínica;

2.4 Atendimento assegurado, independentemente do local de origem do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada e os prazos de carência estabelecidos neste contrato;

3.4. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT.

3.4.1. Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura,

como, por exemplo, internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento Inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura.

35. Os procedimentos realizados por taxar, radiofrequência, robótica, neuro navegação e escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificadas no Rol de Procedimentos da ANS vigente no momento do evento.

3.6 A cobertura contratada compreende o somatório das coberturas (segmentações) ambulatorial + hospitalar + obstétrica, conforme abaixo:

3.6.1- SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

3.6.1.1 - A segmentação ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS vigente no momento do evento, observadas as seguintes exigências:

a) Cobertura de consultas médicas nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, em número ilimitado, em clinicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal;

b) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizadas em ambiente hospitalar, desde que não te caracterize como internação;

c) Cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, constantes da rede básica própria ou contratada conforme indicação do médico assistente, de acordo com o número de sessões por ano de contrato, não cumulativo estabelecido no ROL de Procedimentos e eventos em Saúde vigente à época do evento.

d) Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões por ano de contrato, não cumulativo, estabelecido no Rol de Procedimentos e eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado constante da rede básica própria ou contratada conforme indicação do médico assistente;

e) Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano de contrato, que poderão ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, constante da rede básica própria ou contratada, conforme indicação do médico assistente;

f) Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, exemplificativamente arrolados abaixo: - Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD; - Quimioterapia oncológica ambulatorial; - Radioterapia ambulatorial nas modalidades

previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento; - Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais (aqueles que não necessitam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial); - hemoterapia ambulatorial;

g) Cobertura para cirurgia oftalmológica refrativa (PRK ou LASIK) em ambiente ambulatorial, de acordo com diretrizes de utilização previstas no Rol de Procedimentos e eventos em Saúde vigente à época do evento. Havendo alteração no rol de procedimentos da ANS prevalecerá a cobertura disposta no referido rol no momento do evento.

h) Cobertura de remoção Inter hospitalar, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de Internação;

i) Cobertura de remoção inter hospitalar, após realizados os atendimentos classificados corno urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação nos atendimentos relacionados às doenças e lesões preexistentes com cláusula de cobertura parcial temporária.

3.6.2 SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR

3.6.2.1 - O Segmento Hospitalar compreende os seguintes atendimentos em unidade hospitalar definidos na Lei n 9.656/98, respeitados as condições e limitações definidas nos itens conforme a seguir:

a) internações hospitalares, ocorridas dentro dos recursos próprios ou contratados na área de abrangência do contrato:

b) Cobertura de internações, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em hospitais ou em clínicas básicas e especializadas, credenciados, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;

c) Cobertura de Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, credenciados, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

d) Cobertura de despesas referentes a honorários médicos decorrentes, de serviços contratados ou credenciados;

e) Serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular e domiciliar;

f) Alimentação especifica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar;

g) Cobertura de exames complementares, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, desde que previstos rio Rol de Procedimentos editado pela ANS e vigentes no momento do evento;
h) Fornecimento de medicamentos e anestésicos, legalmente registrados no Ministério da Saúde e ANVISA - Agência Nacional de Vigilância sanitária, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, desde que realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
i) Cobertura de toda e qualquer taxa relacionada aos procedimentos da internação hospitalar, incluindo os materiais utilizados;
j) Cobertura para remoção terrestre intra-hospitalar do paciente, quando comprovadamente necessária pelo médico assistente, dentro da área de abrangência contratada;
l) Cobertura das despesas com acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital para um acompanhante dos beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, bem como com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada;
m) Procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar observadas as condições abaixo:

a) Cobertura de procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos da ANS para a cobertura hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, órteses e próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;
b) Cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clinico necessite de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
c) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com e objetivo de garantir maior segurança ao paciente assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
d) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico,

necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura contratada.

n) Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar: - Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD; - Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionadas ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde; - Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigentes, no momento do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar; - Hemoterapia;

- Nutrição parenteral ou enteral; - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; - Embolizações descritas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; - Radiologia intervencionista; - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; - Procedimentos de reeducação e reabilitação física (fisioterapia) descritas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Anexo da Resolução Normativa 211/2010 e suas atualizações, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

3.6.2.2 - Cirurgia Plástica Reparadora:

a) Cobertura 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;

b) Cobertura de cirurgia reparadora de órgãos e funções, conforme o Rol de Procedimentos e atentos em saúde vigente à época do evento;

3.6.2.3 - Transtornos Mentais e Psiquiátricos:

a) Custeio Integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, para tratamento de beneficiários portadores de transtornos mentais que estiverem em situação de crise, e que necessitarem de internação hospitalar, em hospitais psiquiátricos especializados, ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais;

b) A partir do trigésimo primeiro dia, inclusive, as internações definidas neste artigo estão sujeitas à coparticipação pecuniária no total das despesas de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, nos seguintes termos:

c) de 1 (um) a 30 (trinta) dias: não há coparticipação;

d) a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia: coparticipação de 50% (cinquenta por cento) nas despesas cobertas pelo contrato atreladas ao tratamento psiquiátrico que deu causa à internação, incluindo as internações em regime de hospital-dia. Caso a normatização vigente venha a permitir a coparticipação progressiva e superior a esses patamares o novo critério será aplicado;

e)cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infligidas;

f)Cobertura de hospital-dia para os portadores de transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização na forma estabelecida pelo artigo 22 da Resolução Normativa 211/2010. Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar;

e) Os percentuais de coparticipação estabelecidos acima para as internações relativas aos transtornos psiquiátricos para fins de desintoxicação não caracterizam o financiamento integral da internação e observarão os tetos estabelecidos nos normativos vigentes.

3.6.24 - Internações para os beneficiários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem hospitalização:

a) Cobertura Integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para tratamento de beneficiários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessito em de Internação hospitalar;

b) A partir do (trigésimo primeiro) dia, inclusive, as internações referidas neste artigo estão sujeitas à coparticipação pecuniária no total das despesas, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não nos últimos doze meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente nos seguintes termos: - de 01 (um) a 30 (trinta) dias, não há coparticipação; - a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia, coparticipação de 50% (cinquenta por cento) nas despesas cobertas pelo contrato, atreladas ao tratamento psiquiátrico que deu causa à internação. Caso a normatização vigente venha a permitir a coparticipação progressiva e superior a esses patamares, o novo critério será aplicado; - medicamentos de uso contínuo, ministrados durante o período dos primeiros trinta dias de internação, não terão coparticipação.

3.6.2.4 Transplantes:

a) Cobertura dos transplantes previstos no Rol de Procedimentos vigente da ANS. Conforme previsto no Anexo da Resolução Normativa 211/2010, observadas as Diretrizes de Utilização estão atualmente cobertos os transplantes de rins e córneas, bem como os transplantes autólogos e transplante halogênio de medula óssea e dos procedimentos vinculados aos transplantes relacionados acima, incluindo despesas necessárias à realização do transplante, tais como as despesas assistenciais com doadores vivos; os medicamentos utilizados durante a internação; o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção e despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao SUS, excetuando-se as despesas de manutenção. Havendo atualização no Rol de Procedimentos estabelecido pela ANS prevalecerá a cobertura disposta no Rol de Procedimentos vigente à época da utilização;

b) Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação especifica, estarão cobertos desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.

c) Qualquer outro modo de aquisição de rins ou córneas não especificado acima não será coberto pela CONTRATADA.

3.6.2.5 Fornecimento de Órteses e Próteses;

a) Somente serão fornecidas as órteses e próteses vinculadas e essenciais ao ato cirúrgico, legalmente registradas no ministério da saúde e ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, desde que prescritas pelo médico assistente justificadamente podendo a CONTRATADA fornecê-las diretamente ou autorizar seu fornecimento por terceiros por ela determinados;

b) Na hipótese de divergência entre a prescrição médica quanto às órteses e próteses e a análise técnica da auditoria da CONTRÂTADA, deverá ser observado o previsto no tema X (Mecanismos de Regulação), cláusula 10.7 e seus subitens.

3.6.3 SEGMENTAÇÃO OBSTÉTRICA

3.6.3.1 - No segmento hospitalar com obstetrícia, a CONTRATADA garante aos beneficiários

dentro dos recursos próprios ou contratados, respeitando-se a área de abrangência do contrato:

a) procedimentos relativos ao pré-natal, e da assistência ao parto e puerpério, definidos e listados no Rol DE PROCEDIMENTOS editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações;

b) a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO TITULAR, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, vedada qualquer alegação de doença ou lesão preexistente ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que o genitor ou genitora já tenha cumprido pelo menos 180 (cento e oitenta) dias de inscrição no contrato. Caso o nascimento ocorra quando o beneficiário titular (pai ou mãe do recém-nascido), não tenha cumprido o prazo de carência de 180 cento e oitenta dias da data da inscrição no plano, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário;

c) cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de pré- parto, parto e pós-parto imediato (primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto), conforme assegurado pela lei 11.108/2005 ou outra que venha substituí-la;

4- EXCLUSÕES DE COBERTURA

2.5SERÃO EXCLUÍDAS DAS COBERTURAS, AQUELAS LISTADAS NO ART. 10 DA LEI 9.656/98, BEM COMO OS EVENTOS E DESPESAS DECORRENTES DE ATENDIMENTOS, SERVIÇOS OU PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, VIGENTE À ÉPOCA, DO EVENTO E OS PROVENIENTES E EXEMPLIFICADAMENTE:

a) Consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;

b) Tratamentos clínicos e cirúrgicos experimentais, exames, medicamentos importados não nacionalizados, próteses e órteses importadas não nacionalizadas ou ainda não regularizadas junto à AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA);

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

d) Atendimentos nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

e) Vacinas, nacionais ou importadas;

f)Materiais, medicamentos, próteses (qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido) e órteses (qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido), não

ligados ao ato cirúrgico, tais como, exemplificativamente: botas, muletas, tipoias, aviamento de óculos e de lentes de contato, aparelhos de surdez, aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de funções, excetuando-se aparelhos gessados, que estão cobertos, sendo que ataduras sintéticas, botas ou similares com velico não estão cobertas ou ainda materiais cuja colocação ou remoção não requeiram ato cirúrgico, não sejam prescritos pelo médico assistente ou ainda sejam divergentes da definição do parecer de junta médica, especialmente convocada no caso de 'impasse na autorização;

g) Implantes não previstos no Rol de procedimentos da ANS;

h)Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferências intrafalopiana de garneta, doação de oócitos, indução de ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas: i) Cirurgias plásticas, exceto as cirurgias plásticas reparadoras;

i) Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos para rejuvenescimento bem como para prevenção de envelhecimento, para emagrecimento (exceto o relacionado à obesidade mórbida) ou ganho de peso;

j) Tratamentos em SPAS, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

k) Tratamentos ou cirurgias com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas;

l) Necropsia, medicina ortomolecutar e mineralograma do cabelo;

m) Consultas e atendimentos ou visitas domiciliares de qualquer natureza, mesmo em caráter de emergência ou urgência; medicamentos, materiais, aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar; enfermagem em caráter particular domiciliar; despesas com remoção de um estabelecimento médico-hospitalar (hospitais e/ou clínicas) para residência e vice-versa; todo e qualquer atendimento e/ou procedimento caracterizado como de "home care" ainda que não especificado acima;

n) Transplantes não previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente a época do evento, tais como de fígado, pulmão, coração, pâncreas ou outro de qualquer natureza ou ainda realizados em desacordo com as condições expressas neste contrato;

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

p) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados tora da rede assistencial e da área geográfica de abrangência contratada bem como, realizados, no exterior;

q)Atendimentos e tratamentos odontológicos, de qualquer natureza, estando coberto tão somente a cirurgia buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar ou a estrutura hospitalar relativa ao procedimento ambulatorial cujo imperativo clinico demande a utilização de estrutura hospitalar, não estando cobertos os honorários do cirurgião dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar;

r) Medicamentos prescritos durante a Internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde;

s) Despesas hospitalares extraordinárias, tais como artigos de hotelaria hospitalar, exceto produtos de toalete e higiene pessoal do paciente e do acompanhante; enfermagem em caráter particular em regime hospitalar; serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura assistencial;

t) Despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não assistentes ou entidades não credenciadas pela CONTRATADA, salvo nos casos de urgência e emergência em que não houver possibilidade de utilização da rede credenciada, na fornia do artigo 12, VI, da Lei 9.656/98, caso em que as despesas deverão ser reembolsadas, na forma prevista neste contrato;

u) Despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e para o portador de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

v) quaisquer procedimentos para fins estéticos, incluindo cirurgias oftalmológicas que não estejam cobertos pelo Rol de Procedimento da ANS.

x) Exames admissionais, demissionais e periódicos, para fins de contrato de trabalho;

Tratamento esclerosante de varizes;

y) Despesas assistenciais não vinculadas diretamente à cobertura deste contrato, bem como serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato ou nas normas da Agência Nacional de Saúde ou ainda não previstos expressamente no Rol de Procedimentos da ANS, vigente no momento do evento.

z) Despesas com remoção de um estabelecimento médico-hospitalar (hospitais e/ou clínicas) para residência, e vice-versa.

5- DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1- O contrato terá prazo de vigência de 12 (doze) meses.

5.2 - É facultada a Administração estender o prazo de duração do Contrato por períodos sucessivos de 12 (doze) meses, até o limite de 60 (sessenta) meses, após início da vigência do contrato, nos termos do inciso II, art. 57, da Lei 8.666/93, mediante termo aditivo assinado pelas partes.

6- PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1- Na contratação empresarial com menos de 30 (trinta) participantes, os atendimentos e os procedimentos estarão submetidos ao cumprimento dos seguintes períodos de carência por parte dos beneficiários, contados da data de inscrição de cada beneficiário:

ITEM	DESCRIÇÃO	PRAZO DE CARÊNCIA
01	Acidentes pessoais	24 horas
02	Urgência e emergência sendo assegurado o atendimento ambulatorial durante o prazo de carência e/ou cobertura parcial temporária e ainda para as urgências e emergências obstétricas antes de cumprido 180 dias de internação, nos termos de Resolução CONSU 13/98 e da Súmula 25/ANS	24 horas
03	Consultas e exames/procedimentos básicos de diagnóstico e terapia.	30 dias
04	Fisioterapia	90 dias
05	Exames/procedimentos especiais de diagnóstico e terapia	180 dias
06	Cirurgias ambulatoriais e internações clinicas ou cirúrgicas	180 dias
07	Exames/procedimentos que exijam internação	180 dias
08	Exames/procedimentos que não estejam relacionados anteriormente e não estejam excluídos de cobertura	180 dias
09	Parto a termo	300 dias

6.2. Na hipótese de serem inseridos na Proposta de Admissão períodos de carências mais benéficios, eles prevalecerão aos aqui constantes.

6.3. Na contratação coletiva empresarial com número de participantes igual ou maior que 30 (trinta), não haverá exigência do cumprimento dos prazos de carência, desde que a inclusão do beneficiário ocorra em até 30 (trinta) dias da data da celebração do

contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

7- DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1 Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plana privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei n 9656/98 o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/00 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa - RN nº 162, de 17/10/2007. 7.2- O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou Lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei n° 9.656/1998.

7.2.1- O beneficiário deverá apresentar Declaração de Saúde, como condição prévia para a inclusão na contratação.

7.3 - Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o beneficiário ou seu representante legal preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

7.4 - O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais cooperados, credenciados ou referendados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

7.4.1 - Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico, não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

7.4.2 - O beneficiário declarará, expressamente, que é responsável por todas as informações constantes na Declaração de Saúde seja ela feita em nome próprio ou de seus dependentes.

7.5 - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

7.5.1 - A CONTRATADA analisará as informações contidas na Proposta de Admissão e Declaração de Saúde para fins de constatação de eventual doença ou lesão preexistente.

7.5.2 - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou Lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA,

com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.5.3 - Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária.

7.6 - As informações constantes da Declaração de Saúde ficarão protegidas pela CONTRATADA, sendo vedada sua divulgação ou o fornecimento a terceiros não envolvidos na prestação dos serviços assistenciais, sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvados os casos previstos na Legislação em vigor;

7.7 - Sendo detectada a doença ou lesão preexistente será remetido ao beneficiário o Termo de Cobertura Parcial Temporária (CPT).

7.8 Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal; findo este prazo, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/98.

7.8.1 - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no ROL de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no "site" www.ans.gov.br.

7.9 - Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a CONTRATANTE, a alegação de omissão de informação do beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, e poderá solicitar abertura de processo administrativo Junto à ANS, quando da identificação do indicio de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.10 Instaurado o processo administrativo na ANS, caberá o ônus da prova à CONTRATADA.

7.11 - A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

7.12 - A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

7.13 - Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.14 - Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-

hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

7.15 - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

7.16 - Não haverá Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doença e Lesão preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que 30 (trinta), para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE.

8- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 Para fins deste contrato, valem as seguintes definições legais quanto à urgência e emergência: • **Emergência: são os atendimentos definidos como aqueles que implicarem risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada pela declaração do médico assistente; • Urgência: são os atendimentos entendidos como resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.**

8.2 - Nos casos de urgência ou emergência decorrentes de acidente pessoal, o atendimento será garantido, sem restrições, após 24 (vinte e quatro) horas contadas a partir da data de inclusão do beneficiário.

8.3 - Nos demais casos de urgência e emergência, estando o beneficiário em cumprimento de carência para as internações, ou seja, o beneficiário encontra-se inscrito no plano em período inferior a 180 dias da data do evento, será garantido o atendimento ambulatorial, limitado às 12 (doze) primeiras horas para:

8.3.1 - Os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência para o parto;

8.3.2 - Os atendimentos de urgência e emergência, para os demais procedimentos, efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

8.3.3 - Os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou leses preexistentes.

8.4 - Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação desde a admissão até a alta, observadas

as segmentações contratadas e o rol de procedimentos vigentes da ANS, no momento do evento.

8.5 – REMOÇÃO

8.5.1 A remoção terrestre, intra-hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, será garantida pela operadora nas seguintes hipóteses:
8.5.1.1 - Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos ou vaga oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;
8.5.1.2 - Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação; e
8.5.1.3 - Para uma unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

8.6-REMOÇÃO PARA O SUS

8.6.1- À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

8.6.2 - Quando não puder 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 CONTRATADA desse ônus,
8.6.3 - A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
8.6 - Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus

financeiro da remoção.

8.7 REEMBOLSO

8.7.1 Nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços nos prestadores que integram a rede credenciada básica da CONTRATADA, excepcionalmente, a CONTRATADA assegurará o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, no limite das obrigações abrangidas pela segmentação contratada e de acordo com a área geográfica de abrangência prevista neste contrato.

8.7.2 - Os parâmetros contratuais para a definição do limite do reembolso incluem não só aspectos de cobertura, como o preço praticado pela CONTRATADA junto à sua rede credenciada básica e área geográfica de abrangência, visando manter o equilíbrio contratual em respeito ao cálculo atuarial em que está baseada a fixação dos preços contratados.

8.7.3 - O reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência praticada pela CONTRATADA junto à sua rede credenciada básica, vigentes à data do pagamento a ser reembolsado.

8.7.3.1 - A Tabela de Referência inclui a fixação de preços para os honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, materiais e medicamentos.

8.7.4 - O reembolso acima será efetuado pela CONTRATADA no prazo máximo de 30 (trinta) dias da solicitação, depois de analisados os seguintes documentos a serem obrigatoriamente apresentados em original:

a) Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;

b) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;

c) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;

d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem; e

e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

8.8.5- Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

8.8.6- Caso a solicitação do reembolso ocorra após 12 (doze) meses da data do evento, o beneficiário perderá seu direito ao reembolso.

9- ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1- Os beneficiários obrigatoriamente deverão escolher dentre os prestadores que integram a rede credenciada da CONTRATADA vinculada ao contrato, sejam próprios, contratados em rede indireta ou credenciados, constantes do guia médico, limitada à área geográfica de abrangência prevista no contrato.

10- MECANISMO DE REGULAÇÃO

10.1 Para fins de acesso aos serviços de assistência médica e hospitalar, constante do objeto, os beneficiários deverão observar as condições colocadas nos tens seguintes que integram este Tema.

10.2 - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

10.2.1 - A CONTRATADA fornecerá ao CONTRATANTE o Cartão Individual de Identificação dos beneficiários titulares incluídos no presente contrato com prazo de validade e indicação das características básicas do plano contratado, incluindo eventual imposição de cumprimento de cláusula de cobertura parcial temporária.

10.2.2 - A qualquer tempo, poderá a CONTRATADA alterar o Cartão Individual de Identificação ou adotar novo sistema de distinção de seus beneficiários, para uma melhor prestação dos serviços.

10.2.3 - Para a utilização dos direitos e vantagens do contrato, é condição obrigatória a apresentação, pelo beneficiário do Cartão Individual de Identificação válido, acompanhado de um documento original de identidade legalmente reconhecido.

10.2.4 - Ocorrendo a perda, inutilização por quebra ou defeito, ou extravio de quaisquer documentos, incluindo o Cartão Individual de Identificação, o CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito à CONTRATADA, em 48 (quarenta e oito horas), o fato, para cancelamento e, quando for o caso, emissão de segunda via.

10.2.5 - As seguintes hipóteses caracterizam uso indevido dos documentos, incluindo o Cartão individual de identificação:

a) A sua utilização para obter atendimento, mesmo que na forma CONTRATADA, pelos beneficiários que perderam essa condição, independente do motivo;

b) A utilização dos documentos de identificação para obter atendimento durante eventual suspensão dos serviços por inadimplência, ou por fraude, nos termos do permitido na

legislação (art. 13, da Lei n° 9.656/98), mesmo que de acordo com a cobertura prevista neste contrato;

c) A sua utilização por qualquer pessoa que não seja beneficiário incluído no contrato, com ou sem consentimento e/ou conhecimento do CONTRATANTE, no caso de extravio ou perda não comunicados no prazo de 48 (quarenta e oito) horas.

10.3 - Rede credenciada vinculada ao contrato:

10.3.1 - Os serviços contratados serão prestados pela CONTRATADA, exclusivamente na área de abrangência, através de seus médicos cooperados e da rede básica, própria ou credenciada da CONTRATADA, cuja relação consta no Guia Médico disponibilizado ao CONTRATANTE, englobando também a rede credenciada das cooperativas médicas que integram o Sistema Nacional Unimed, nos termos do registro deste plano junto a ANS, este último para consulta diretamente no site do Sistema Unimed.

10.3.2 - Em qualquer hipótese, estão excluídos do contrato os hospitais que não integram a rede credenciada básica da CONTRATADA, mesmo que sejam credenciados ou contratados como rede direta ou indireta, desde que não cobertos por este contrato.

10.3.2.1 - Os casos de urgência e emergência não autorizam urna extensão da rede credenciada, devendo o CONTRATANTE observar a rede a ele disponibilizada.

10.3.3 - A CONTRATADA disponibiliza ao CONTRATANTE a lista de sua rede credenciada, em forma de um Guia Médico ou Guia de Serviços de Saúde, impresso ou no "site" da CONTRATÁDA, que contém a relação de seus prestadores, médicos cooperados, hospitais e clínicas.

10.3.3.1 - O CONTRATANTE deverá, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações constantes da Guia Médico, contatando a CONTRATADA, se julgar necessário via telefone ou "site" na Internet, em razão do processo dinâmico de atualização do quadro de médicos cooperados e da rede CONTRATADA e/ou credenciada.

10.3.3.2- A CONTRATADA poderá a qualquer momento alterar sua rede credenciada básica, com a inclusão, exclusão ou substituição dos prestadores, obedecidos os procedimentos previstos na legislação vigente.

10.3.3.2.1 - Fica facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao CONTRATANTE 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 e fiscais em vigor.

a) Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário titular, a CONTRATADA obriga- se a manter a internação e pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente.

b) Excetuam-se do previsto acima, os casos de substituição de estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, quando a CONTRATADA arcará com a transferência imediata do paciente para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem qualquer ônus para o CONTRATANTE,

10.3.3.2.2 - O redimensionamento da rede hospitalar por redução, somente será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e ao CONTRATANTE.

10.3.3.2.3 - Todas as alterações da rede credenciada serão devidamente informadas ao CONTRATANTE, por meio de boleto bancário e/ou Internet no "site".

10.4 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CONTRATADOS

10.4.1 Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

a) Consultas: os beneficiários serão atendidos no local de atendimento dos médicos cooperados da Contratada, ou nos serviços de emergência próprios, credenciados ou contratados por meio da rede indireta junto das cooperativas médicas que integram a Contratada, respeitada a abrangência geográfica do contrato;

b) Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios, credenciados ou contratados por meio da rede indireta junto das cooperativas médicas que integram a Contratada, respeitada a abrangência geográfica do contrato;

c) Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados pela rede própria, credenciada ou CONTRATADA por meio da rede indireta junto das cooperativas médicas que integram a Contratada, respeitada a abrangência geográfica do contrato;

10.5-Solicitação de autorizações para realização de consultas e exames.

10.4.2- Não será necessária autorização prévia para os seguintes procedimentos: a) consultas médicas;

b) exames e procedimentos básicos da segmentação ambulatorial.

10.4.2 - Para todos os demais procedimentos, será necessária autorização prévia.

10.4.3 - Os exames especializados poderão ser autorizados:

a) em unidade de autorização da Contratada mais próxima.

10.4.4 - Para obtenção da autorização, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve estar munido de Cartão Individual de identificação, da carteira de Identidade e da guia com a solicitação do procedimento.

10.4.4.1 - A resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento será dada respeitando- se o prazo máximo de atendimento definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, nos termos da Resolução Normativa n. 259/ANS/20I1, observando se ainda, se necessário, o encaminhamento da solicitação do médico assistente para análise, de auditoria médica, para fim de aferição do procedimento e/ou material solicitado, nos termos da Resolução Normativa n.

211/ANS/2010 e, ainda, se necessário, a análise pela Cooperativa integrante do Sistema da Contratada prestadora do atendimento caso o atendimento seja prestado fora da área de ação da Contratada.

10.4.5 - Exames não disponíveis na área geográfica de abrangência do contrato serão autorizados na unidade de autorização da contratada mais próxima.

10.5 - PROCEDIMENTOS PARA INTERNAÇÕES

10.5.1 - Todas as internações e demais procedimentos hospitalares deverão ser autorizados pela CONTRATADA, nos termos do que está previsto nos itens seguintes.

10.5.1.1 - Somente os procedimentos devidamente autorizados serão cobertos pela CONTRATADA.

10.5.2 - As internações hospitalares de caráter eletivo serão processadas mediante pedido firmado por médico assistente.

10.5.2.1 - Com base no pedido firmado por médico assistente, a CONTRATADA emitirá guia de internação prévia, a ser encaminhada pelo beneficiário ao prestador do atendimento por ele escolhido dentro da rede credenciada da Contratada.

10.5.2.2 - A CONTRATADA, através de sua auditoria médica especializada, poderá solicitar ao médico assistente esclarecimentos sobre o estado de saúde do paciente e o tratamento prescrito, antes de emitir guia de autorização prévia.

10.5.2.3 Em qualquer caso, antes de emitir a autorização prévia, será verificada eventual suspensão contratual em razão de inadimplência.

10.5.3 - Antes da internação eletiva, o beneficiário se obriga a apresentar à administração da entidade hospitalar, os seguintes documentos:

a) Guia de internação prévia emitida pela CONTRATADA;
b) Cartão individual de identificação válido; e
c) Documento de identidade pessoal legalmente reconhecido.

10.6.4- Nos casos de urgência ou emergência definidos no contrato, não haverá a exigência prévia de guia de autorização para a internação.

10.6.4.1 - Na hipótese acima o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data da internação de urgência ou emergência, para providenciar a guia de autorização emitida pela CONTRATADA, bem como demais, documentos mencionados quanto às autorizações em procedimentos eletivos.

10.6.4.1.1 - O não atendimento do exigido acima, quanto à obtenção de autorização nos casos de urgência ou emergência, isenta a CONTRATADA de prestar a cobertura, ainda que de acordo com o contrato, não se responsabilizando por quaisquer despesas decorrentes do atendimento.

- A guia de autorização para internações, sejam eletivas ou não, conterá a indicação número de dias de internação, fixado pelo médico assistente ou pela CONTRATADA, que corresponderá à média de dias de internação recomendados para casos idênticos ou semelhantes ao do paciente.

10.6.5.1 - Os prazos lançados na guia de autorização não representam limitação de cobertura
10.6.5.2. - Era caso de necessidade de prorrogação do número de dias de internação previamente lançado na guia de autorização, o beneficiário ou quem por ele responda deverá apresentar à CONTRATADA, a solicitação de prorrogação emitida e justificada pelo médico assistente.

10.6.5.3 - A CONTRATADA poderá monitorar, através de equipe técnica de auditoria própria ou por ela CONTRATADA, toda a evolução do paciente e o tratamento a ele dispensado

10.6.6 - A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo extracontratual e por ela não autorizado, ajustado particularmente pelo beneficiário com os prestadores integrantes de sua rede credenciada, sejam médicos, hospitais, clínicas ou quaisquer outras entidades. 10.7- Eventuais divergências técnicas nas autorizações.

10.7.1 Em qualquer hipótese acima prevista quanto às autorizações, na hipótese de divergências técnicas e médicas a respeito do pedido de autorização prévia subscrito pelo médico assistente, poderá a CONTRATADA determinar que a definição da divergência se dê através de junta constituída por 3 (três) membros:

a) pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário;

b) pelo médico auditor da CONTRATADA por ela indicado; e

c) por um terceiro profissional, a ser escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA. 10.7.2. No tocante à requisição de materiais, o profissional requisitante deverá indicar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Mexo da Resolução Normativa 211/2010 e suas atualizações e, quando assim solicitado pela CONTRATADA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas:

10.8 - Cobrança da coparticipação nos casos de transtornos psiquiátricos e mentais.

10.8.1- Nos procedimentos com previsão de coparticipação financeira do CONTRATANTE, os valores correspondentes a esta coparticipação serão cobrados após a realização do procedimento, juntamente com futura mensalidade vincenda.

10.8.2 - É exigida autorização para a realização de tais procedimentos, aplicando-se no que couber o disposto anteriormente.

10.8.3 - O CONTRATANTE obriga-se a informar aos seus beneficiários inscritos no contrato sobre a existência de coparticipação nos eventos relativos a transtornos mentais e psiquiátricos, bem como internações de beneficiários com quadro de intoxicação ou abstinência, respondendo sempre pelos prejuízos que a omissão da informação puder ocasionar.

10.9– DA CO-PARTICIPAÇÃO

10.9.1. O CONTRATANTE obriga-se a pagar a CONTRATADA, por seus beneficiários titulares e seus dependentes inscritos no contrato os valores previstos, no contrato e na Proposta de Admissão para efeito de inscrição e mensalidade, bem como, a coparticipação nas internações psiquiátricas e parafina de desintoxicação.
10.9.2. Para as internações psiquiátricas e para fins de desintoxicação, a coparticipação máxima será de até 50% (cinquenta por cento) das despesas gerais cobertas, a partir do 31º dia de internação. Caso a normatização vigente venha a permitir a coparticipação progressiva e superior a esses patamares, o novo critério será aplicado.
10.9.3. Será de responsabilidade do CONTRATANTE e pagamento da coparticipação, acrescida na mensalidade, dos procedimentos realizados nos meses anteriores ao da cobrança.

11- FORMAÇÃO DO PREÇO E PAGAMENTO DA MENSALIDADE

11.1 - O preço a ser pago pelo CONTRATANTE é pré-estabelecido e em regime de pré-pagamento.

11.2 - O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica CONTRATANTE.

11.2.1 Os servidores beneficiários serão isentos de participação, ou coparticipação, considerando que a CONTRATANTE arcará o valor integral de seus servidores.

11.2.2 O valor correspondente ao benefício do dependente inscrito, será custeado integralmente pela CONTRATANTE.

11.3 As mensalidades serão pagas até 05 (cinco) dias úteis, respeitando as datas de vencimento, bem como após o recebimento da nota Fiscal/Fatura, eletrônica, em real, discriminando os serviços prestados, número de beneficiários, valor unitário e total, conforme atestado pela autoridade competente, e de conformidade com o discriminado

na proposta e constante da Nota de Empenho.

11.3.1 - Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

11.4 O valor da mensalidade equivalerá à totalidade do número de beneficiários ativos à data do fechamento da cobrança respeitadas as regras de movimentação cadastral de beneficiários.

11.5 - Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso, que serão pagos na fatura seguinte.

11.6 - A CONTRATADA não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles que já estão vinculados.

11.6.1 - O disposto na cláusula 11.6 não se aplica às variações do valor da contraprestação pecuniária em razão dos reajustes por mudança de faixa etária, migração e adaptação de contratos à Lei nº 9.656/98.

11.6.2 O não pagamento pela Contratante, de qualquer valor relativo à mensalidade acarretará ao beneficiário a possibilidade de suspensão do atendimento, exclusão do beneficiário e respectivo grupo familiar, e ainda a rescisão contratual unilateral por parte da CONTRATADA.

11.6.3 Os preços a serem pagos pela Contratante serão os constantes da proposta vencedora.

12.1- Nos termos da lei, o valor das mensalidades poderá ser reajustado, ANUALMENTE, ou seja, a cada 12 (doze) meses, desde que o contrato seja renovado, bem como mediante a solicitação da Contratada, seguindo os parâmetros abaixo especificados.

12.1.1 - Caso uma nova legislação autorize o reajuste em período inferior a doze meses, a Contratada deverá solicitar junto a Contratante, alteração contratual, para adequação aos novos valores a serem praticados, seguindo as regras a serem expedidas pela ANS – I Cláusulas especificas para contrato com menos de trinta beneficiários.

12.2. Para efeito de reajuste deverá ser levado em conta o quantitativo de beneficiários inscritos e cadastrados.

12.3. Comportando o contrato menos de trinta beneficiários, no ano imediatamente anterior à aplicação do reajuste, aplicar-se-á o reajuste informado à ANS para o agrupamento dos contratos, vigente no período correspondente. Excepcionalmente, para fins de aplicação do primeiro reajuste contratual, considerar-se-á como número de

beneficiários para enquadramento, o quantitativo de beneficiários vigente na contratação.

12.4. O percentual ou o valor referente ao reajuste da mensalidade para os contratos com menos de trinta vidas e a tabela de preços para novas adesões será obtido através dos critérios descritos abaixo, CUMULATIVAMENTE:

a) Sinistralidade: indica quanto da receita está comprometida com despesas assistenciais. Em termos práticos, a sinistralidade representa o percentual da despesa assistencial em relação à receita de plano;

b) Financeiro: a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, tendo referência para sua projeção variação do IGP-M (Índice de Preços do Mercado) divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

12.5 - Para fins de cálculo do reajuste anual, serão levados em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente do custo, utilização comprovada acima da média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados, bem como quaisquer outros fatores que possam afetar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, apurado para todo o agrupamento.

12.6. Para apuração do percentual referente à sinistralidade, o cálculo do reajuste anual obedecerá à seguinte fórmula: R = (1+RTécnico) x (1+Rfinanceiro) -1 Onde: R - Percentual de reajuste a ser aplicado sobre a contraprestação vigente. Financeiro - Deverá refletir a recomposição do valor da moeda (inflação) para o período, tendo referência para sua projeção o índice de reajuste aplicado aos planos de saúde individuais/familiares divulgados pelo ANS ou a variação do IGP-m (índice de Preços do Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas ou a variação do FIPE Saúde ou ainda outro índice que melhor reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período. RTécnico - Deverá refletir a recomposição econômico-financeira do contrato, apurada pela sinistralidade acumulada no período. Onde: S = Sinistralidade média do período. 1,15 representa Zy- N (0;1) para um determinado nível de confiança (87,5%) σS = desvio padrão da Sinistralidade mês a mês n = número de meses observados. Sm = Meta de Sinistralidade

12.7. A CONTRATADA enviará o pedido de alteração contratual, constando o percentual de reajuste a ser aplicado ao contrato, levando-se em conta o índice acumulado no período, bem como encaminhará a informação mediante correspondência à CONTRATANTE.

12.8. A apuração da quantidade de beneficiários da Contratante considerará todos os planos a ele vinculados.

12.9. Contando o contrato com trinta ou mais beneficiários a época do reajuste, o mesmo não fará jus à aplicação do índice disposto acima, aplicando-se automaticamente o cálculo de reajuste para trinta ou mais beneficiários. II - Cláusulas específicas para contratos com trinta ou mais beneficiários:

12.10. Nos termos da Lei, o valor das mensalidades será reajustado ANUALMENTE, ou seja, a cada 12 (doze) meses, desde que o contrato seja renovado, bem como mediante a solicitação da Contratada, seguindo os parâmetros abaixo especificados.

12.11. Caso uma nova legislação autorize o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, a Contratada deverá solicitar alteração contratual, seguindo as regras a serem expedidas pela Agência Nacional de Saúde.

12.12. O percentual ou o valor referente ao reajuste da mensalidade e a tabela de preços para novas adesões será obtido através dos critérios descritos abaixo, CUMULATIVAMENTE:

a) Sinistralidade: indica quanto da receita está comprometida com despesas assistenciais. Em termos práticos, a sinistralidade representa o percentual da despesa assistencial em relação à receita de plano; b) Financeiro: a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, tendo referência para sua projeção variação do IGP-M (Índice de Preços do Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no penedo.

12.13 - Para fins de cálculo do reajuste anual, serão levados em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente do custo, utilização comprovada acima da média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados, bem como quaisquer outros fatores que possam afetar o equilíbrio econômico financeiro deste ntrato.

12.14 Os reajustes das mensalidades, seguindo as fórmulas e critérios acima colocados, serão informados à ANS de acordo com a normatização vigente. III - Regras comuns independentemente do número de beneficiários no contrato:

12.15 - Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste após 12 (doze) meses de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única.

12.16 - Não haverá aplicação de percentual de reajuste diferenciado dentro de um mesmo plano no contrato.

12.17 - Os eventuais valores da coparticipação serão reajustados anualmente pelo mesmo índice de reajuste aplicado ao valor da mensalidade.

12.18. O reajuste financeiro anual, aferido na data de vigência do contrato, não se confunde com o reajuste pela mudança de faixa etária do beneficiário.

12- FAIXAS ETÁRIAS

SERVIDORES	DATA DE NASCIMENTO
Ingrid Skarlety Rosas Souza	18/05/1996
Rafaela Kaylane Magalhães Habert de Almeida	17/10/2002
Thaísa de Matos Costa	22/05/1995
Camilla Sombra Christ	17/04/1991
Lívia Dourado	25/09/1991
Antonio Thiago Gomes Rocha	22/08/1986
Luiz Eduardo Benevenuto	24/02/1997

12.1 -As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado.

12.2 Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada, automaticamente, no mês do aniversário do beneficiário ou na mensalidade vincendo, mais próxima.

13.3- As faixas etárias foram estabelecidas nos termos da normatização vigente (RN 63/03/ANS).

13.3.2 - O valor fixado para a última faixa etária não pode ultrapassar a seis vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décimas faixas deverá ser inferior à variação acumulada entre a primeira e a sétimas faixas.

13.3.3 - Os reajustes decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Admissão/Tabela e incidirão sobre o preço da faixa etária anterior.

13.4 - O REAJUSTE DECORRENTE DE MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA NÃO SE CONFUNDE COM O REAJUSTE ANUAL PARA ATUALIZAÇÃO DE VALORES, DISPOSTO NO TEMA XII (REAJUSTE) DE CONTRATO.

13- O BENEFÍCIO DO PLANO DE SAÚDE CESSARÁ:

I- Por expressa desistência do servidor;

II- Pela demissão, aposentadoria, falecimento ou qualquer outro ato que implique exclusão do quadro funcional do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima;

III- Outros casos a critério da Administração.

14.1- O benefício não ficará suspenso durante o afastamento por motivo de licença a gestante, licença a paternidade, licença prêmio e férias.

14.2- O benefício ficará suspenso durante as demais licenças ou afastamento, sendo restabelecido quando do retorno do servidor, salvo a licença por motivo de saúde sendo por mais 30 (trinta) dias contados do dia do afastamento do servidor.

14.3 - Em caso de desistência do servidor beneficiário titular, falecimento, demissão ou aposentado, ou qualquer outro ato que implique exclusão do quadro funcional do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima, o plano médico hospitalar será automaticamente cancelado.

14.4. - O beneficiário titular que não participar financeiramente do plano, durante o período em que mantiver vínculo de emprego, não terá direito à manutenção da condição de beneficiário.

14.5- Havendo a rescisão contratual, ou a não renovação do contrato, ficarão automaticamente canceladas as Inscrições dos beneficiários.

15- CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

15.1 A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas situações descritas abaixo.
Perda da qualidade de beneficiário titular:

a) pela rescisão do contrato;
b) pela perda do vínculo com o CONTRATANTE,
c) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais do contrato;
d) a pedido do beneficiário titular;

15.2 - A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos titulares, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

a) por fraude;
b) por perda do vínculo do titular com o CONTRATANTE, ou de dependência, previstos no contrato.

16 - DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1 O CONTRATANTE, bem como a CONTRATADA não se responsabilizarão por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com os prestadores integrantes da rede credenciada, sejam médicos, hospitais, clínicas ou quaisquer outras entidades.

16.2. Tais despesas correm por conta exclusiva do BENEFICIÁRIO e seu pagamento deverá ser realizado diretamente ao prestador do atendimento.

163 - A opção dos beneficiários por acomodação hospitalar superior àquela garantida contratualmente configura acordo extracontratual, para todos os efeitos limitando-se a

CONTRATADA ao pagamento dos valores correspondentes à ocupação da acomodação contratada.

16.4 - A diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, atrelada à opção por acomodação hospitalar superior ao padrão contratado, caberão ao BENEFICIÁRIO, conforme negociação direta com os prestadores, do atendimento, não sendo devido o reembolso.

16.5 - O CONTRATANTE autoriza expressamente que médicos, clínicas e hospitais forneçam as informações que a CONTRATADA necessitar sobre o estado de saúde do beneficiário titular, bem como resultados de exames e tratamento realizados, assegurando à CONTRATADA que tais informações sejam fornecidas por intermédio do Coordenador Médico responsável pela Operadora de Plano de Saúde perante a ANS.

16.6 - O CONTRATANTE autoriza a CONTRATADA a obter o diagnóstico médico, seja do beneficiário titular, sempre que necessário tanto para fins de reembolso como para fins de informações médicas.

16.7- Fica autorizada a utilização da codificação expressa na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde - CID, da Organização Mundial de Saúde, ou o fornecimento de relatórios médicos detalhados, para fins de prestar as informações sobre estado de saúde do beneficiário titular, bem como resultados de exames e tratamento realizados.

16.8 - O CONTRATANTE autoriza a CONTRATADA a prestar as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, quando solicitadas expressamente pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, resguardado o sigilo da fonte.

16.9 - Para os efeitos do contrato, são adotadas as seguintes definições:

16.9.1- ACIDENTE PESSOAL: evento, com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tome necessário o tratamento médico.

16.9.2 AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR (ANS): autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normalização, controle e fiscalização das atividades que garantem saúde suplementar.

16.9.3 ÁREA DE ABRANGÊNCIA: limite territorial onde serão prestados os serviços, conforme rede de prestadores próprios, credenciados, cooperados ou contratados em regime de contratação direta ou indireta, conforme registro enviado à ANS.

16.9.4 ATENDIMENTO AMBULATORIAL (ou ASSISTENCIA AMBULATORIAL): aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais

complexa para o atendimento, constante do Rol de Procedimentos vigente, editado pela ANS, para a segmentação ambulatorial.

16.9.5 ATENDIMENTO HOSPITALAR (ou ASSISTENCIA HOSPITALAR): aquele prestado em ambiente hospitalar decorrente de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, demandem a utilização de estrutura hospitalar e/ou a internação do beneficiário, constante do Rol de Procedimentos vigente, editado pela ANS, para a segmentação hospitalar e obstétrica.

16.9.6 ATENDIMENTO OBSTETRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

16.9.7 BENEFICIÁRIO TITULAR: beneficiário, inscrito e indicado pelo CONTRATANTE na proposta de admissão, que usufruirá os serviços ora pactuados, sendo-lhe facultada a inclusão de dependentes, na forma prevista em contrato.

16.9.8 CÁLCULO ATUARIAL: calculo com base em informações sobre a frequência de utilização, dos beneficiários, tipo e valor dos procedimentos, efetuado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e da obtenção dos valores das contraprestações.

16.9.9 CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência contratual, durante o qual são pagas as contraprestações pecuniárias.

16.9.10 CARTAO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cartão que comprova a inclusão do beneficiário no plano de saúde, no qual estão dispostos os seguintes dados: nome data de nascimento, código de identificação, etc.

16.9.11 CID: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, atualmente encontra-se na 10ª revisão (CID-10). Obs.: os procedimentos cobertos por este contrato são somente aqueles relacionados no Rol de Procedimentos vigente divulgado pela ANS.

16.9.12 CIRURGIA ESTÉTICA: cirurgia plástica, de natureza não reparadora, realizada com qualquer outra finalidade que não a restauração de funções em órgãos, membros e regiões.

16.9.13 CIRURGIA REPARADORA: cirurgia para restauração de funções em órgãos membros e regiões, cirurgia reparadora e cirurgia para tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

16.9.14 COPARTICIPAÇAO: participação na despesa assistencial, quando prevista, a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

16.9.15 COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

16.9.16 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar, acompanhar as ações e o funcionamento da ANS.

16.9.17 CONSULTA: é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do beneficiário.

16.9.18 CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA: somatório das obrigações financeiras devidas pelo CONTRATANTE à CONTRATADA tais como, valores de mensalidade, de coparticipação, se houver correção monetária, juros, multa, despesas de cobranças bancárias e encargos assumidos, nos termos do contrato.

16.9.19 CONTRATO INDIVIDUAL: aquele oferecido para livre adesão de beneficiário (pessoa física).

16.9.24 DESPESAS ASSISTENCIAIS: despesas decorrentes de patologias de cobertura obrigatória, listadas no Rol de Procedimentos, que são regulamentadas pela ANS, conforme definido no tema I deste Contrato.

16.9.25 DECLARAÇÃO DE SAUDE: registro de informações prestadas pelo beneficiário sobre as doenças ou lesões que o mesmo saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação, feito em formulário elaborado pela CONTRATADA;

16.9.26 DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

16.9.27 DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

16.9.28 DOENÇA CONGÊNITA: doença ou deficiência de nascimento, ou adquirido durante a vida intrauterina, podendo manifestar-se a qualquer tempo.

16.9.29 DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP): aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

16.9.30 ELETIVO: é o termo utilizado para designar procedimentos não considerados de urgência ou emergência.

16.9.31 EMERGENCIA: situação que implica risco imediato de vida ou de lesão irreparável para paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

16.9.32 EVENTO: ocorrência(s) ou serviço(s) de assistência medica ou hospitalar coberto por este contrato.

16.9.33 EXAME: procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

16.9.34 EXAMES/PROCEDIMENTOS BÁSICOS: procedimentos complementares solicitados pelo médico, característicos da assistência ambulatorial e, por isso, são considerados exames/procedimentos básicos.

16.9.34.1 Análises clínicas;

16.9.34.2 Histo-ciopatologia;

16. 9.34.3 Eletrocardiograma convencional;

16.9.34.4 Eletroencefalograma convencional;

16.9.34.5 Endoscopia em regime ambulatorial diagnóstica;

16.9.34.6 Exames radiológicos simples sem contraste;

16.9.34.7 Exames e testes alergológicos;

16.9.34.8 Exames e testes oftalmológicos;

16.9.34.9 Exames e testes otorrinolaringológicos, exceto a videolaringoestroboscopia;

16.9.34.10 Inaloterapia;

1.6.9.34.11 Prova de função pulmonar;

16.9.34.12 Teste ergométrico;

16.9.34.13 Exames e testes urológicos;

16.9.34.14 Exames e testes ginecológicos e obstétricos.

16.9.35 EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS OU DE ALTA COMPLEXIDADE: procedimentos complementares solicitados pelo médico característicos da segmentação hospitalar e/ou procedimentos de alta complexidade, por isso denominados especiais. EXEMPLIFICADAMENTE:

16.9.35.1 Angiografia;

16.9.35.2 Arteriografia;

16.9.35.3 Eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia, e

16.9.35.4 Mapearnento cerebral;

16.9.35.5 Ultrassonografia;

16.9.35.6 Tomografia computadorizada;

16.9.35.7 Ressonância nuclear magnética;

16.9.35.8 Medicina nuclear;

16.9.35.9 Densitometria óssea;

16.9.35.10 Laparoscopia diagnóstica;

16.9.35.11 Ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido;

16.9.34.12 Eletrocardiografia dinâmica (holter);

16.9.35.13 Monitorização ambulatorial de pressão arterial;

16.9.35.14 Litotripsia;

16.9.35.15 Radiologia com contraste e intervencionista;

16.9.35.16 Cineangiocoronariografia e videolaringoestroboscopia computadorizada;
16.9.35.17 Videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica;
16.9.35.18 Endoscopia que não possa ser realizada em regime ambulatorial;
16.9.35.19 Eletromiografia;
16.9.35.20 Quimioterapia;
16.9.35.21 Radioterapia.

16.9.36 EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA: procedimentos complementares solicitados pelo médico característicos da segmentação obstétrica, por isso denominados específicos, EXEMPLIFICADAMENTE:

16.9 .36.1 Eletrocardiograma fetal;

16.9.36.2 Transfusão fetal intrauterina;
16.9.36.3 Rotina do Líquido amniotico-amniograma (citológica espectrofotometria, creatinina e teste de clements);
16.9.36.4 Alta-feto-proteína;
16.9.36.5 Espectrofotometria;
16.9.36.6 Fosfolipídios (relação lecitina/esfingomielina);
16.9.36.7 Amniocentese; 16.9.36.8 Ultra-sonografia obstétrica (qualquer tipo);
16.9.36.9 Biópsia do vilo corial;
16.9.36.10 Perfil biofísico do feto;
16.9.36.11 Tococardiografia intraparto;
16.9.36.12 Cerclagem do colo uterino;
16.9.36.13 Curetagem pós aborto; e
16.9.36.14 Dopplerfluxometria.

16.9.37 GUIA MÉDICO (ou GUIA DE SERVIÇOS EM SAÚDE): relação de serviços próprios e contratados pela operadora.

16.9.38 HOSPITAL-DIA: termo utilizado para expressar que a internação se fará com permanência em período diurno (até 12 horas), sem pernoite, respeitada a cobertura contratada. Comumente, também são empregados os termos "Day Clinic" ou "Day Hospital".

16.9.39 HOSPITAL DE TABELA PROPRIA (OU ALTO CUSTO): hospital que não utiliza tabela de referência para procedimentos médicos, adotada pela CONTRATADA para remuneração dos serviços médicos e hospitalares. A cobertura para hospital de tabela própria é objeto de contratação de plano específico com essa cobertura ampliada.

16.9.40 INTERNAÇÃO HOSPITALAR: ingresso do beneficiário em um dos hospitais da rede credenciada, ficando sob os seus cuidados para ser submetido algum tipo de tratamento de complexidade maior que os atendimentos prestados ambulatorialmente.

16.9.41 MÉDICO COOPERADO: médico assistente que participa em cotas, numa das cooperativas de trabalho médico existentes no Sistema da Contratada.

16.9.42 MENSALIDADE: valor pecuniário relativo a cada beneficiário, a ser pago mensalmente à CONTRATADA pelo CONTRATANTE, em face das coberturas previstas no contrato.

16.9.43 OBESIDADE MÓRBIDA (OM): Conforme conceituado pela Organização Mundial de Saúde ocorre quando o índice de massa corporal (IMC) for igual ou maior que 40, sendo que este índice é definido pela relação entre o peso do usuário em kg dividido pela altura, em metros, elevado ao quadrado. Assim: OM = índice de Massa Corporal (IMC) igual ou maior do que 40, sendo: IMC = PESO / ALTURA^2.

16.9.44 ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

16.9.45 PARTO A TERMO: parto de evolução e tempo de gestação normal (de 37 a 41 semanas e 6 dias).

16.9.46 PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

16.9.47 PLANO REFÊRENCIA: plano de saúde instituído pelo artigo décimo da Lei nº 9.656/98 (publicada no DOU de 4 de junho de 1998), de oferecimento obrigatório por parte das operadoras de planos de saúde, que engloba atendimentos nas segmentações ambulatorial hospitalar e obstétrica, em enfermaria, com condições especiais para os atendimentos de urgência e emergência.

16.9.48 PRIMEIROS SOCORROS: primeiro atendimento realizado nos casos de urgência a emergência.

16.9.49 PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (PARA CASOS DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA): aqueles relacionados em norma da ANS, vigente à data do evento, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes à doença ou lesão preexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

16.9.50 PROCEDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

16.9.51 PROPOSTA DE ADMISSÃO: documento validado pela CONTRATADA e preenchido seguindo informações passadas pelo CONTRATITE, que expressa a constituição jurídica das partes, firma as condições do contrato confirma a intenção do beneficiário de aderir ao presente contrato.

16.9.52 PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

16.9.53 RECURSOS OU SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: aqueles colocados à disposição do beneficiário pela CONTRATADA, para atendimento médico- hospitalar, mas

que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria da cooperativa, e sim, por terceiros.

16.9.54 RECURSOS PRÓPRIOS ou REDE PRÓPRIA: todo recurso físico hospitalar de propriedade da CONTRATADA, seus médicos cooperados e profissionais assalariado.

16.9.54 ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: lista editada pela ANS que referência os procedimentos mínimos obrigatórios, por segmentação.

16.9.55 URGÊNCIA: evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE FATO SUPERVENIENTE

A empresa (nome da empresa), inscrita no CNPJ/MF Nº (nº CNPJ), sediada em (endereço completo), por intermédio de seu representante legal o (a) Sr. (a) (nome do representante), portador(a) da Carteira de Identidade nº (nº da CI) e do CPF nº (nº do CPF),

DECLARA, sob as penas da Lei:

a) Que inexiste fato superveniente impeditivo de habilitação, na forma do Art. 32, § 2º, da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores;

b) Que não está inadimplente com fornecimento de itens, nem descumpriu quaisquer contratações junto à Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal;

c) Que inexiste em seu quadro de pessoal empregado (s) menores de 18 anos, em trabalho noturno perigoso ou insalubre e, menores de 16 anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos, nos termos do que preconiza o inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal e, inciso V, artigo 27 da Lei n º 8.666/93;

Encaminhamos pela presente, nossa proposta referente ao objeto previsto no Edital C Carta Convite nº003/2022, declarando que no preço abaixo ofertado, estão incluídos todos os custos referentes ao cumprimento do objeto, bem como todos os tributos.

DETALHAMENTO DOS ITENS - SERVIÇO					
Item	Descrição detalhada dos serviços a serem prestados	Unidade Beneficiá r io	Qu a nti d ade	Valor unitário médio por beneficiár i o	Valor mensal estimad o
1	Prestação dos serviços de	Beneficiá r io	7		

	assistência médico-hospitalar, de diagnóstico e terapia, na segmentação AMBULATORIA L + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, conforme Rol de Procedimentos previstos pela Agência Nacional de Saúde (ANS), aos Servidores da Câmara Municipal, como beneficiários.				
Valor estimado mensal					

Item	Descrição	Unidade Mês	Quantidade	Valor unitário mensal	Valor total 12 meses
1	Prestação dos serviços de assistência médico-hospitalar, de diagnóstico e terapia, na segmentação	Mês	12		
	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, conforme Rol de Procedimentos previstos pela Agência Nacional de Saúde (ANS), aos Servidores da Câmara Municipal, como beneficiários.				
Valor estimado mensal					

Valor estimado mensal					

ORÇAMENTO GERAL ESTIMATIVO

O valor total estimado para 12 (doze) meses é de R$ 45.850,36 (Quarenta e cinco mil, oitocentos e cinquenta e trinta e seis centavos), poderá alcançar 12 (doze) meses.

O valor estimado foi com base no número de Servidores e faixa etária.

THAÍSA DE MATOS COSTA

Presidente da Comissão
Permanente de Licitação

Rafaela Kaylane M. H. de Almeida

RAFAELA KAYLANE MAGALHÃES

HABERT DE ALMEIDA

Membro da CPL

ANTONIO THIAGO GOMES ROCHA

Membro da CPL

O valor Global da Proposta estimado para 12 (doze) meses é de R$ 45. 850,36(Quarenta e cinco mil, oitocentos e cinquenta e trinta e seis centavos).

Nos preços acima propostos, estão inclusos todos os custos necessários para a execução dos serviços, objeto da Carta Convite em referência, como todas as despesas, bem como todos os tributos, fretes, seguros, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais, taxas e quaisquer outras despesas que incidam ou venham a incidir sobre o objeto desta licitação, e que influenciem na formação dos preços desta Proposta.

O prazo de validade da proposta é de 30 (Trinta) dias, contados da data de abertura da Carta Convite nº 003/2022. *(Não poderá ser inferior a 30 (trinta) dias).*

DADOS DA EMPRESA

Razão Social: CNPJ:

IE: IM:

Endereço: Tel./Fax:

CEP: Cidade: UF:

Banco: Agência: C/C:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA PARA ASSINATURA DOCONTRATO:

NOME:

CPF: RG:

Finalizando, declaramos que temos pleno conhecimento de todos os aspectos relativos à licitação em causa e nossa plena concordância com as condições estabelecidas no Edital.

Local e Data

_____,_____de_____de 2022.

Assinatura sob carimbo com o nome do representante legal que irá

firmá-la.

ANEXO IV

PLANILHA ESTIMATIVA ORÇAMENTÁRIA

Em conformidade com o inciso II § 2º do Art. 40 da Lei nº 8.666/93.

GASTOS COM A CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE PARA SERVIDORES E DEPENDENTES.

ITEM	DESCRIÇÃO	PRAZO DE CARÊNCIA
01	Acidentes pessoais	24 horas
02	Urgência e emergência sendo assegurado o atendimento ambulatorial durante o prazo de carência e/ou cobertura parcial temporária e ainda para as	24 horas
	urgências e emergências obstétricas antes de cumprido 180 dias de internação, nos termos de Resolução CONSU 13/98 e da Súmula 25/ANS.	
03	Consultas e exames/procedimentos básicos de diagnóstico e terapia.	30 dias
04	Fisioterapia.	90 dias
05	Exames/procedimentos especiais de diagnóstico e terapia.	180 dias
06	Cirurgias ambulatoriais einternações clinicas ou cirúrgicas.	180 dias
07	Exames/procedimentos que exijam internação.	180 dias
08	Exames/procedimentos que não estejam relacionados anteriormente e não	180 dias

	estejam excluídos de cobertura.	
09	Parto a termo.	300 dias

5.2. Na hipótese de virem inseridos na Proposta de Admissão períodos de carências mais benéficos, eles prevalecerão aos aqui constantes.

5.3. Na contratação coletiva empresarial com número de participantes igual ou maior que 30 (trinta), não haverá exigência do cumprimento dos prazos de carência, desde que a inclusão do beneficiário ocorra em até 30 (trinta) dias da data da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação ao contratante.

6- DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

6.1 Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei n 9656/98 o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/00 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa - RN nº 162, de 17/10/2007.

6.2- O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou Lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão do contrato.

6.2.1- O beneficiário deverá apresentar Declaração de Saúde, como condição prévia para a inclusão na contratação.

6.3 - Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o beneficiário ou seu representante legal preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

6.4 - O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais cooperados, credenciados ou referendados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

6.4.1 - Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico, não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

6.4.2 - O beneficiário declarará, expressamente, que é responsável por todas as informações constantes na Declaração de Saúde seja ela feita em nome próprio ou de seus dependentes.

6.5 - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.

6.5.1 - A CONTRATADA analisará as informações contidas na Proposta de Admissão e Declaração de Saúde para fins de constatação de eventual doença ou lesão preexistente.

6.5.2 - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou Lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

6.5.3 - Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária.

6.6 - As informações constantes da Declaração de Saúde ficarão protegidas pela CONTRATADA, sendo vedada sua divulgação ou o fornecimento a terceiros não envolvidos na

prestação dos serviços assistenciais, sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvados os casos previstos na Legislação em vigor;

6.7 - Sendo detectada a doença ou lesão preexistente será remetido ao beneficiário o Termo de Cobertura Parcial Temporária (CPT).

6.8 - Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal; findo este prazo, a cobertura assistencial passará

a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/98.

6.8.1 - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no ROL de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no "site" www.ans.gov.br.

6.9 - Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de

conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a CONTRATANTE, a alegação de omissão de informação do beneficiário através de Termo de Comunicação, e poderá solicitar abertura de processo administrativo Junto à ANS, quando da identificação do indicio de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

6.10 - Instaurado o processo administrativo na ANS, caberá o ônus da prova à CONTRATADA.

6.11 - A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

6.12 - A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

6.13 - Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

6.14 - Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

7 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

7.1 - Para fins deste contrato, valem as seguintes definições legais quanto à urgência e emergência: • Emergência: são os atendimentos definidos como aqueles que implicarem risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada pela declaração do médico assistente; • Urgência: são os atendimentos entendidos como resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.

7.2 - Nos casos de urgência ou emergência decorrentes de acidente pessoal, o atendimento será garantido, sem restrições, após 24 (vinte e quatro) horas contadas a partir da data de inclusão do beneficiário.

7.3 - Nos demais casos de urgência e emergência, estando o beneficiário em cumprimento de carência para as internações, ou seja, o beneficiário encontra-se inscrito no plano em período inferior a 180 dias da data do evento, será garantido o atendimento ambulatorial, limitado às 12 (doze) primeiras horas para:

7.3.1 - Os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência para o parto;

7.3.2 - Os atendimentos de urgência e emergência, para os demais procedimentos, efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

7.3.3 - Os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou leses preexistentes.

7.4 - Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação desde a admissão até a alta, observadas as segmentações contratadas e o rol de procedimentos vigentes da ANS, no momento do evento.

7.5 – REMOÇÃO

7.5.1 - A remoção terrestre, inter-hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, será garantida pela operadora nas seguintes hipóteses:

7.5.1.1 - Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos ou vaga oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;

7.5.1.2 - Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação; e

7.5.1.3 - Para uma unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

7.6 - REMOÇÃO PARA O SUS

7.6.1- À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

7.6.2 - Quando não puder 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 CONTRATADA desse ônus.

7.6.3 - A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

7.7 - Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de

responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

7.8 – REEMBOLSO

7.8.1 - Nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços nos prestadores que integram a rede credenciada básica da CONTRATADA, excepcionalmente, a CONTRATADA assegurará o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, no limite das obrigações abrangidas pela segmentação contratada e de acordo com a área geográfica de abrangência prevista neste contrato.

7.8.2 - Os parâmetros contratuais para a definição do limite do reembolso incluem não só aspectos de cobertura, como o preço praticado pela CONTRATADA junto à sua rede credenciada básica e área geográfica de abrangência, visando manter o equilíbrio contratual em respeito ao cálculo atuarial em que está baseada a fixação dos preços contratados.

7.8.3 - O reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência praticada pela CONTRATADA junto à sua rede credenciada básica, vigentes à data do pagamento a ser reembolsado.

7.8.3.1 - A Tabela de Referência inclui a fixação de preços para os honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, materiais e medicamentos.

7.8.4 - O reembolso acima será efetuado pela CONTRATADA no prazo máximo de 30 (trinta) dias da solicitação, depois de analisados os seguintes documentos a serem obrigatoriamente apresentados em original:

a) solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;

b) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;

c) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;

d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem; e

e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

7.8.5 - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

7.8.6 - Caso a solicitação do reembolso ocorra após 12 (doze) meses da data do evento, o beneficiário perderá seu direito ao reembolso.

8 - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

81 - Os beneficiários obrigatoriamente deverão escolher dentre os prestadores que integram a rede credenciada da CONTRATADA vinculada ao contrato, sejam próprios, contratados em rede indireta ou credenciados, constantes do guia médico, limitada à área geográfica de abrangência prevista no contrato.

09 - MECANISMO DE REGULAÇÃO

9.1 - Para fins de acesso aos serviços de assistência médica e hospitalar, constante do objeto, os beneficiários deverão observar as condições colocadas nos tens seguintes que integram este Tema.

9.2 - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

9.2.1 - A CONTRATADA fornecerá ao CONTRATANTE o Cartão Individual de Identificação dos beneficiários titulares incluídos no presente contrato com prazo de validade e indicação das características básicas do plano contratado, incluindo eventual imposição de cumprimento de cláusula de cobertura parcial temporária.

9.2.2 - A qualquer tempo, poderá a CONTRATADA alterar o Cartão Individual de Identificação ou adotar novo sistema de distinção de seus beneficiários, para uma melhor prestação dos serviços.

9.2.3 - Para a utilização dos direitos e vantagens do contrato, é condição obrigatória a apresentação, pelo beneficiário do Cartão Individual de Identificação válido, acompanhado de um documento original de identidade legalmente reconhecido.

9.2.4 - Ocorrendo a perda, inutilização por quebra ou defeito, ou extravio de quaisquer documentos, incluindo o Cartão Individual de Identificação, o CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito à CONTRATADA, em 48 (quarenta e oito horas), o fato, para cancelamento e, quando for o caso, emissão de segunda via.

9.2.5 - As seguintes hipóteses caracterizam uso indevido dos documentos, incluindo o Cartão individual de identificação:

a) a sua utilização para obter atendimento, mesmo que na forma CONTRATADA, pelos beneficiários que perderam essa condição, independente do motivo;

b) a utilização dos documentos de identificação para obter atendimento durante eventual suspensão dos serviços, por qualquer que seja o motivo, mesmo que de acordo com a cobertura prevista neste contrato;

c) a sua utilização por qualquer pessoa que não seja beneficiário incluído no contrato, com ou sem consentimento e/ou conhecimento do CONTRATANTE, no caso de extravio ou perda, não comunicados no prazo de 48 (quarenta e oito) horas.

9.3 - REDE CREDENCIADA VINCULADA AO CONTRATO

9.3.1 - Os serviços contratados serão prestados pela CONTRATADA, exclusivamente na área de abrangência, através de seus médicos cooperados e da rede básica, própria ou credenciada, cuja relação consta no Guia Médico disponibilizado ao CONTRATANTE, englobando também a rede credenciada das cooperativas médicas, nos termos do registro deste plano junto a ANS.

9.3.2 - Em qualquer hipótese, estão excluídos do contrato os hospitais que não integram a rede credenciada básica da CONTRATADA, mesmo que sejam credenciados ou contratados como rede direta ou indireta, desde que não cobertos por este contrato.

9.3.2.1 - Os casos de urgência e emergência não autorizam urna extensão da rede credenciada, devendo o CONTRATANTE observar a rede a ele disponibilizada.

9.3.3 - A CONTRATADA disponibiliza ao CONTRATANTE a lista de sua rede credenciada, em forma de um Guia Médico ou Guia de Serviços de Saúde, impresso ou no "site" da CONTRATÁDA, que contém a relação de seus prestadores, médicos cooperados, hospitais e clínicas.

9.3.3.1 - O CONTRATANTE deverá, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações constantes da Guia Médico, contatando a CONTRATADA, se julgar necessário via telefone ou "site" na Internet, em razão do processo dinâmico de atualização do quadro de médicos cooperados e da rede CONTRATADA e/ou credenciada.

9.3.3.2 - A CONTRATADA poderá a qualquer momento alterar sua rede credenciada básica, com a inclusão, exclusão ou substituição dos prestadores, obedecidos os procedimentos previstos na legislação vigente.

9.3.3.2.1 - Fica facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao CONTRATANTE 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 e fiscais em vigor.

a) Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário titular, a CONTRATADA obriga- se a manter a internação e pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente.

b) Excetuam-se do previsto acima, os casos de substituição de estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, quando a CONTRATADA arcará

com a transferência imediata do paciente para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem qualquer ônus para o CONTRATANTE, 9.3.3.2.2 - O redimensionamento da rede hospitalar por redução, somente será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e ao CONTRATANTE.

9.3.3.2.3 - Todas as alterações da rede credenciada serão devidamente informadas ao CONTRATANTE.

9.4- PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

9.4.1 - Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

a) Consultas: os beneficiários serão atendidos no local de atendimento dos médicos cooperados da Contratada, ou nos serviços de emergência próprios, credenciados ou contratados por meio da rede indireta junto das cooperativas médicas que integram a Contratada, respeitada a abrangência geográfica do contrato;

b) Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios, credenciados ou contratados por meio da rede indireta junto das cooperativas médicas que integram a Contratada, respeitada a abrangência geográfica do contrato;

c) Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados pela rede própria, credenciada ou CONTRATADA por meio da rede indireta junto das cooperativas médicas que integram a Contratada, respeitada a abrangência geográfica do contrato;

9.5 - Solicitação de autorizações para realização de consultas e exames.

9.5.1 - Não será necessária autorização prévia para os seguintes procedimentos:

a) consultas médicas; e

b) exames e procedimentos básicos da segmentação ambulatorial.

9.5.2 - Para todos os demais procedimentos, será necessária autorização prévia.

9.5.3 - Os exames especializados poderão ser autorizados:

a) em unidade de autorização da Contratada mais próxima.

9.5.4 - Para obtenção da autorização, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve estar munido de Cartão Individual de identificação, da carteira de Identidade e da guia com a solicitação do procedimento.

9.5.4.1 - A resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento será dada respeitando-se o prazo máximo de atendimento definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, nos termos da Resolução Normativa n. 259/ANS/20I1, observando-se ainda, se necessário, o encaminhamento da solicitação do médico assistente para análise, de

auditoria médica, para fim de aferição do procedimento e/ou material solicitado, nos termos da Resolução Normativa n 211/ANS/2010 e, ainda, se necessário, a análise pela Cooperativa integrante do Sistema da Contratada prestadora do atendimento caso o atendimento seja prestado fora da área de ação da Contratada.

9.5.5 - Exames não disponíveis na área geográfica de abrangência do contrato serão Autorizados na unidade de autorização da contratada mais próxima.

9.6 - PROCEDIMENTOS PARA INTERNAÇÕES

9.6.1 - Todas as internações e demais procedimentos hospitalares deverão ser autorizados pela CONTRATADA, nos termos do que está previsto nos itens seguintes.

9.6.1.1 - Somente os procedimentos devidamente autorizados serão cobertos pela CONTRATADA.

9.6.2 - As internações hospitalares de caráter eletivo serão processadas mediante pedido firmado por médico assistente.

9.6.2.1 - Com base no pedido firmado por médico assistente, a CONTRATADA emitirá guia de internação prévia, a ser encaminhada pelo beneficiário ao prestador do atendimento por ele escolhido dentro da rede credenciada da Contratada.

9.6.2.2 - A CONTRATADA, através de sua auditoria médica especializada, poderá solicitar ao médico assistente esclarecimentos sobre o estado de saúde do paciente e o tratamento prescrito, antes de emitir guia de autorização prévia.

9.6.2.3 Em qualquer caso, antes de emitir a autorização prévia, será verificada eventual suspensão contratual em razão de inadimplência.

9.6.3 - Antes da internação eletiva, o beneficiário se obriga a apresentar à administração da entidade hospitalar, os seguintes documentos:

a) Guia de internação prévia emitida pela CONTRATADA;

b) Cartão individual de identificação válido; e

c) Documento de identidade pessoal legalmente reconhecido.

9.6.4- Nos casos de urgência ou emergência definidos no contrato, não haverá a exigência prévia de guia de autorização para a internação.

9.6.4.1 - Na hipótese acima o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data da internação de urgência ou emergência, para providenciar a guia de autorização emitida pela CONTRATADA, bem como demais, documentos mencionados quanto às autorizações em procedimentos eletivos.

9.6.4.1.1 - O não atendimento do exigido acima, quanto à obtenção de autorização nos casos de urgência ou emergência, isenta a CONTRATADA de prestar a cobertura, ainda que de acordo com o contrato.

9.6.5 - A guia de autorização para internações sejam eletivas ou não, conterá a indicação

número de dias de internação, fixado pelo médico assistente ou pela CONTRATADA, que corresponderá à média de dias de internação recomendados para casos idênticos ou semelhantes ao do paciente.

9.6.5.1 - Os prazos lançados na guia de autorização não representam limitação de cobertura.

9.6.5.2- Em caso de necessidade de prorrogação do número de dias de internação previamente lançado na guia de autorização, o beneficiário ou quem por ele responda deverá apresentar à CONTRATADA, a solicitação de prorrogação emitida e justificada pelo médico assistente.

9.6.5.3 - A CONTRATADA poderá monitorar, através de equipe técnica de auditoria própria ou por ela CONTRATADA, toda a evolução do paciente e o tratamento a ele dispensado.

9.6.6 - O beneficiário se responsabilizará por qualquer acordo extracontratual, não autorizado pela Contratada, ajustado particularmente com os prestadores integrantes de sua rede credenciada, sejam médicos, hospitais, clínicas ou quaisquer outras entidades.

9.7- EVENTUAIS DIVERGÊNCIAS TÉCNICAS NAS AUTORIZAÇÕES

9.7.1 - Em qualquer hipótese acima prevista quanto às autorizações, na hipótese de divergências técnicas e médicas a respeito do pedido de autorização prévia subscrito pelo médico assistente, poderá a CONTRATADA determinar que a definição da divergência se dê através de junta constituída por membros:

a) pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário;
b) pelo médico auditor da CONTRATADA por ela indicado; e
c) por um terceiro profissional, a ser escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

9.7.2. No tocante à requisição de materiais, o profissional requisitante deverá indicar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Mexo da Resolução Normativa 211/2010 e suas atualizações e, quando assim solicitado pela CONTRATADA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas:

9.8- O BENEFÍCIO DO PLANO DE SAÚDE CESSARÁ:

I- Por expressa desistência do servidor;

II- Pela demissão, aposentadoria, falecimento ou qualquer outro ato que implique exclusão do quadro funcional do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima;

III- outros casos a critério da Administração.

9.8.1- O benefício não ficará suspenso durante o afastamento por motivo de licença a gestante, licença a paternidade, licença prêmio e férias.

9.8.2- O benefício ficará suspenso durante as demais licenças ou afastamento, sendo restabelecido quando do retorno do servidor, salvo a licença por motivo de saúde sendo por mais 30 (trinta) dias contados do dia do afastamento do servidor.

9.8.3- Em caso de desistência do servidor beneficiário titular, falecimento, demissão ou aposentado, ou qualquer outro ato que implique exclusão do quadro funcional d, o dependente eventualmente inscrito perderá automaticamente o benefício, cabendo ao titular a comunicação.

9.8.4- O beneficiário titular que não participar financeiramente do plano, durante o período em que mantiver vínculo de emprego, não terá direito à manutenção da condição de beneficiário.

9.8.5- Nos planos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição à coparticipação do beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator

de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

9.8.6- Havendo a rescisão contratual, ou a não renovação do contrato, ficarão automaticamente canceladas as inscrições dos beneficiários.

10-CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

10.1 - A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas situações descritas abaixo.

10.1.1 - Perda da qualidade de beneficiário titular:

a) pela rescisão do contrato;

b) pela perda do vínculo com o CONTRATANTE, ou

c) por fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais do contrato;

b) a pedido do beneficiário titular;

CLÁSULA TERCEIRA – DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1- O CONTRATANTE, bem como a CONTRATADA não se responsabilizarão por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com os prestadores integrantes da rede credenciada, sejam médicos, hospitais, clínicas ou quaisquer outras entidades.

3.2- Tais despesas correm por conta exclusivas do BENEFICIÁRIO e seu pagamento deverá ser realizado diretamente ao prestador do atendimento.

3.3- A opção dos beneficiários por acomodação hospitalar superior àquela garantida contratualmente configura acordo extracontratual, para todos os efeitos limitando-se a CONTRATADA ao pagamento dos valores correspondentes à ocupação da acomodação contratada.

3.4- A diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, atrelada à opção por acomodação hospitalar superior ao padrão contratado, caberão ao BENEFICIÁRIO, conforme negociação direta com os prestadores, do atendimento, não

sendo devido o reembolso.

3.5- O CONTRATANTE autoriza expressamente que médicos, clínicas e hospitais forneçam as informações de que a CONTRATADA necessitar sobre o estado de saúde do beneficiário titular, bem corno resultados de exames e tratamento realizados, assegurando à CONTRATADA que tais informações sejam fornecidas por intermédio do Coordenador Médico responsável pela Operadora de Plano

de Saúde perante a ANS.

3.6- O CONTRATANTE autoriza a CONTRATADA a obter o diagnóstico médico, seja

do beneficiário titular, sempre que necessário tanto para fins de reembolso como para fins de informações médicas.

3.7- Fica autorizada a utilização da codificação expressa na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde - CID, da Organização Mundial de Saúde, ou o fornecimento de relatórios médicos detalhados, para fins de prestar as informações sobre estado de saúde dos beneficiários titular, bem como resultados de exames e tratamento realizados.

3.8- O CONTRATANTE autoriza a CONTRATADA a prestar as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, quando solicitadas expressamente pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, resguardado o sigilo da fonte.

3.9- PARA OS EFEITOS DO CONTRATO SÃO ADOTADAS AS SEGUINTES DEFINIÇÕES:

3.10- ACIDENTE PESSOAL: evento, com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tome necessário o tratamento médico.

3.11- AGÊNCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR (ANS): autarquia sob regime

especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normalização, controle e fiscalização das atividades que garantem saúde suplementar.

3.12- ÁREA DE ABRANGÊNCIA: limite territorial onde serão prestados os serviços, conforme rede de prestadores próprios, credenciados, cooperados ou contratados em regime de contratação direta ou indireta, conforme registro enviado à ANS.

3.13- ATENDIMENTO AMBULATORIAL (ou ASSISTENCIA AMBULATORIAL):

aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento, constante do Rol de Procedimentos vigente, editado pela ANS, para a segmentação ambulatorial.

3.14- ATENDIMENTO HOSPITALAR (ou ASSISTENCIA HOSPITALAR): aquele prestado

em ambiente hospitalar decorrente de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, demandem a utilização de estrutura hospitalar e/ou a internação do beneficiário, constante do Rol de Procedimentos vigente, editado pela ANS, para a segmentação hospitalar e obstétrica.

3.15- ATENDIMENTO OBSTETRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

3.16- BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular, que possui direitos e deveres estabelecidos em contrato, para garantia de assistência médico hospitalar.

3.18- BENEFICIÁRIO TITULAR: beneficiário, inscrito e indicado pelo CONTRATANTE na proposta de admissão, que usufruirá os serviços ora pactuados, sendo-lhe facultada a inclusão de dependentes, na forma prevista no contrato.

3.19- CÁLCULO ATUARIAL: calculo com base em informações sobre a frequência de utilização, dos beneficiários, tipo e valor dos procedimentos, efetuado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e da obtenção dos valores das contraprestações.

3.20- CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência contratual, durante o qual são pagas as contraprestações pecuniárias, mas ainda o beneficiário não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

3.21- CARTAO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cartão que comprova a inclusão do beneficiário no plano de saúde, no qual estão dispostos os seguintes dados: nome, data de nascimento, código de identificação, etc.

3.22- CID: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, atualmente encontra-se na 10ª revisão (CID-10). Obs.: os procedimentos cobertos por este contrato são somente aqueles relacionados no Rol de Procedimentos vigente divulgado pela ANS.

3.23- CIRURGIA ESTETICA: cirurgia plástica, de natureza não reparadora, realizada com qualquer outra finalidade que não a restauração de funções em órgãos, membros e regiões.

3.24- CIRURGIA REPARADORA: cirurgia para restauração de funções em órgãos membros e regiões, cirurgia reparadora e cirurgia para tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

3.25- COPARTICIPAÇAO: participação na despesa assistencial, quando prevista, a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

3.26- COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

3.27- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): órgão colegiado

integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar, acompanhar as ações e o funcionamento da ANS.

3.28- CONSULTA: é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do beneficiário.

3.29- CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA: somatório das obrigações financeiras devidas pelo CONTRATANTE à CONTRATADA, tais como, valor de mensalidades, de coparticipação, se houver, correção monetária, juros, multa, nos termos do contrato.

3.31- DESPESAS ASSISTENCIAIS: despesas decorrentes de patologias de cobertura obrigatória, listadas no Rol de Procedimentos, que são regulamentadas pela ANS.

3.32- DECLARAÇÃO DE SAUDE: registro de informações prestadas pelo beneficiário sobre as doenças ou lesões que o mesmo saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação, feito em formulário elaborado pela CONTRATADA;

3.33- DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

3.34- DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

3.35- DOENÇA CONGÊNITA: doença ou deficiência de nascimento, ou adquirido durante a vida intrauterina, podendo manifestar-se a qualquer tempo.

3.36- DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP): aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

3.37- ELETIVO: é o termo utilizado para designar procedimentos não considerados de urgência ou emergência.

3.38- EMERGENCIA: situação que implica risco imediato de vida ou de lesão irreparável para paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

3.39- EVENTO: ocorrência(s) ou serviço(s) de assistência medica ou hospitalar coberto por este contrato.

3.40- EXAME: procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

3.41- EXAMES/PROCEDIMENTOS BÁSICOS: procedimentos complementares solicitados pelo médico, característicos da assistência ambulatorial e, por isso, são considerados exames/procedimentos básicos.

3.41.1 Análises clínicas;
3.41.2 Histo-ciopatologia;
3.41.3 Eletrocardiograma convencional;
3.41.4 Eletroencefalograma convencional;
3.41.5 Endoscopia em regime ambulatorial diagnóstica;
3.41.6 Exames radiológicos simples sem contraste;

3.41.7 Exames e testes alergológicos;
3.41.8 Exames e testes oftalmológicos;
3.41.9 Exames e testes otorrinolaringológicos, exceto a videolaringoestroboscopia;
3.41.10 Inaloterapia;
3.41.11 Prova de função pulmonar;
3.41.12 Teste ergométrico;
3.41.13 Exames e testes urológicos;
3.41.14 Exames e testes ginecológicos e obstétricos.

3.42- EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS OU DE ALTA COMPLEXIDADE: procedimentos complementares solicitados pelo médico característicos da segmentação hospitalar e/ou procedimentos de alta complexidade, por isso denominados especiais.

EXEMPLIFICADAMENTE:

3.42.1 Angiografia;
3.42.2 Arteriografia;
3.42.3 Eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia, e
3.42.4 Mapearnento cerebral;
3.42.5 Ultrassonografia;
3.42.6 Tomografia computadorizada;
3.42.7 Ressonância nuclear magnética;
3.42.8 Medicina nuclear;
3.42.9 Densitometria óssea;
3.42.10 Laparoscopia diagnóstica;
3.42.11 Ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido;
3.42.12 Eletrocardiografia dinâmica (holter);
3.42.13 Monitorização ambulatorial de pressão arterial;
3.42.14 Litotripsia;
3.42.15 Radiologia com contraste e intervencionista;
3.42.16 Cineangiocoronariografia e videolaringoestroboscopia computadorizada;
3.42.17 Videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica;
3.42.18 Endoscopia que não possa ser realizada em regime ambulatorial;
3.42.19 Eletromiografia;
3.42.20 Eletroneuromiografia;
3.42.21 Quimioterapia;
3.42.22 Radioterapia.

3.43- EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR

COM OBSTETRÍCIA: procedimentos complementares solicitados pelo médico característicos da segmentação obstétrica, por isso denominados específicos, EXEMPLIFICADAMENTE:

3.43.1 Eletrocardiograma fetal;
3.43.2 Transfusão fetal intrauterina;
3.43.3 Rotina do Liquido amniotico-amniograma (citológico espectrofotometria, creatinina e teste de clements);
3.43.4 Alta-feto-proteína;
3.43.5 Espectrofotometria;
3.43.6 Fosfolipídios (relação lecitina/esfingomielina);
3.43.7 Amniocentese;
3.43.8 Ultra-sonografia obstétrica (qualquer tipo);
3.43.9 Biópsia do vilo corial;
3.43.10 Perfil biofisico do feto;
3.43.11 Tococardiografia intraparto;
3.43.12 Cerclagem do colo uterino;
3.43.13 Curetagem pós aborto; e
3.43.14 Dopplerfluxometria.

3.43.15- GUIA MÉDICO (ou GUIA DE SERVIÇOS EM SAUDE): relação de serviços próprios e contratados pela operadora.

3.43.16- HOSPITAL-DIA: termo utilizado para expressar que a internação se fará com permanência em período diurno (até 12 horas), sem pernoite, respeitada a cobertura contratada. Comumente, também são empregados os termos "Day Clinic" ou "Day Hospital".

3.43.17- HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA (OU ALTO CUSTO): hospital que não utiliza tabela de referência para procedimentos médicos, adotada pela CONTRATADA para remuneração dos serviços médicos e hospitalares. A cobertura para hospital de tabela própria é objeto de contratação de plano específico com essa cobertura ampliada.

3.43.18- INTERNAÇÃO HOSPITALAR: ingresso do beneficiário em um dos hospitais da rede credenciada, ficando sob os seus cuidados para ser submetido algum tipo de tratamento de complexidade maior que os atendimentos prestados ambulatorialmente.

3.43.19- MÉDICO COOPERADO: médico assistente que participa em cotas, numa das cooperativas de trabalho médico existentes no Sistema da Contratada.

3.43.20- MENSALIDADE: valor pecuniário relativo a cada beneficiário, a ser pago mensalmente à CONTRATADA pelo CONTRATANTE, em face das coberturas previstas no contrato.

3.43.21- OBESIDADE MÓRBIDA (OM): Conforme conceituado pela Organização Mundial de Saúde ocorre quando o índice de massa corporal (IMC) for igual ou maior que 40, sendo que este índice é definido pela relação entre o peso do usuário em kg dividido pela altura, em metros, elevado ao quadrado. Assim: OM = índice de Massa Corporal (IMC) igual ou maior do que 40, sendo: IMC = PESO / ALTURA^2.

3.43.22- ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

3.43.23- PARTO A TERMO: parto de evolução e tempo de gestação normal (de 37 a 41 semanas e 6 dias).

3.43.24- PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

16.9.47- PLANO REFERENCIA: plano de saúde instituído pelo artigo décimo da Lei nº 9.656/98 (publicada no DOU de 4 de junho de 1998), de oferecimento obrigatório por parte das operadoras de planos de saúde, que engloba atendimentos nas segmentações ambulatorial hospitalar e obstétrica, em enfermaria, com condições especiais para os atendimentos de urgência e emergência.

3.43.25 PRIMEIROS SOCORROS: primeiro atendimento realizado nos casos de urgência a emergência.

3.43.26- PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (PARA CASOS DE

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA): aqueles relacionados em norma da ANS, vigente à data do evento, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes à doença ou lesão preexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

3.43.27- PROCEDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

3.43.28- PROPOSTA DE ADMISSÃO: documento validado pela CONTRATADA e preenchido seguindo informações passadas pelo CONTRATITE, que expressa à constituição jurídica das partes, firma as condições do contrato confirma a intenção do beneficiário de aderir ao presente contrato.

3.43.29- PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

3.43.30- RECURSOS OU SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: aqueles

colocados à disposição do beneficiário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria da cooperativa, e sim, por terceiros.

3.43.31- RECURSOS PRÓPRIOS ou REDE PRÓPRIA: todo recurso físico hospitalar de propriedade da CONTRATADA, seus médicos cooperados e profissionais assalariados.

3.43.32- ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: lista editada pela ANS que referência os procedimentos mínimos obrigatórios, por segmentação.

3.43.33- URGÊNCIA: evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

CLÁSULA QUARTA – DOS VALORES

4.2- O valor Global Estimado é de R$ 45.850,36 (Quarenta e cinco mil, oitocentos e cinquenta e trinta e seis centavos), considerando seu término em 2023 .

CLÁUSULA QUINTA – DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

5.1 - O pagamento será de responsabilidade da Contratante, pelos serviços prestados pela operadora aos seus beneficiários titulares inscritos, os valores previstos no contrato para efeito de inscrição e mensalidade, bem como, a coparticipação nas internações psiquiátricas e parafina de desintoxicação, se houver.

5.2- Os servidores titulares beneficiários terão participação no custeio do valor do benefício correspondente a 1% (um por cento), que será descontado em folha de pagamento mês a mês.

5.4- As mensalidades serão pagas dia 05 ou dia 25 de cada respectivo mês, respeitando as datas de vencimento, bem como após o recebimento da nota Fiscal/Fatura, eletrônica, bem como as certidões negativas, discriminando os serviços prestados, número de beneficiários, valor unitário e total, conforme atestado pela autoridade competente, e de conformidade com o discriminado na proposta e constante da Nota de Empenho.

5.5- Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento será realizado até o primeiro dia **útil subsequente**.

5.6– O valor da mensalidade equivalerá à totalidade do número de beneficiários ativos à

data do fechamento da cobrança respeitadas as regras de movimentação cadastral de beneficiários.

5.7- Ocorrendo atraso no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da nota em atraso, que serão pagos na fatura seguinte.

5.9- Os preços a serem pagos pela Contratante, serão os constantes da proposta vencedora.

5.10- A nota fiscal e as certidões negativas deveram ser entregues com **antecedência** para que o faturamento seja feito dentro do prazo de vencimento, a qual deverá discriminar todos os serviços prestados, e o valor total, para efeito de controle e acompanhamento da despesa por parte do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima.

5.11- O preço pela prestação dos serviços já inclui, todos os custos com salários, os encargos sociais, fiscais, administrativos, comerciais, trabalhistas, impostos, taxas e outros encargos que incidam ou venham a incidir sobre o descrito no objeto, não sendo admitidos quaisquer outros adicionais.

5.12- Nos procedimentos com previsão de coparticipação financeira do CONTRATANTE, os valores correspondentes a esta coparticipação serão cobrados após a realização do procedimento, juntamente com futura mensalidade vincenda.

5.13- Para as internações psiquiátricas e para fins de desintoxicação, a coparticipação máxima será de até 50% (cinquenta por cento) das despesas gerais cobertas, a partir do 31º dia de internação. Caso a normatização vigente venha a permitir a coparticipação progressiva e superior a esses patamares, o novo critério será aplicado.

CLÁUSULA SEXTA – DOS CRITÉRIOS DE REAJUSTES DE PREÇO

6.1- Nos termos da lei, o valor das mensalidades poderá ser reajustado, ANUALMENTE, ou seja, a cada 12 (doze) meses, desde que o contrato seja renovado, bem como mediante a solicitação da Contratada, seguindo os parâmetros abaixo especificados.

6.2- Caso uma nova legislação autorize o reajuste em período inferior a doze meses, a Contratada deverá solicitar junto a Contratante, alteração contratual, para adequação aos novos valores a serem praticados, seguindo as regras a serem expedidas pela ANS:

I- Cláusulas específicas para contrato com menos de trinta beneficiários.

6.3- Para efeito de reajuste deverá ser levado em conta o quantitativo de beneficiários inscritos e cadastrados.

6.4- Comportando o contrato menos de trinta beneficiários, no ano imediatamente anterior à aplicação do reajuste, aplicar-se-á o reajuste informado à ANS para o agrupamento dos contratos, vigente no período correspondente. Excepcionalmente, para fins de aplicação do primeiro reajuste contratual..

6.5- O percentual ou o valor referente ao reajuste da mensalidade para os contratos com **menos de trinta vidas** e a tabela de preços para novas adesões será obtido através dos critérios descritos abaixo, CUMULATIVAMENTE:

a) Sinistralidade: indica quanto da receita está comprometida com despesas assistenciais. Em termos práticos, a sinistralidade representa o percentual da despesa assistencial em relação à receita de plano; e

b) Financeiro: a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, tendo referência para sua projeção a variação do IGP-M (Índice de Preços do Mercado) divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

6.6- Para fins de cálculo do reajuste anual serão levados em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente do custo, utilização comprovada acima da média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados, bem como quaisquer outros fatores que possam afetar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

6.7- Para apuração do percentual referente à sinistralidade, o cálculo do reajuste anual obedecerá à seguinte fórmula:

R = (1+RTécnico) x (1+Rfinanceiro) -1

Onde: R - Percentual de reajuste a ser aplicado sobre a contraprestação vigente.

RFinanceiro - Deverá refletir a recomposição do valor da moeda (inflação) para o período, tendo referência para sua projeção o índice de reajuste aplicado aos planos de saúde individuais/familiares divulgados pelo ANS ou a variação do IGP-m (índice de Preços do Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas ou a variação do FIPE Saúde ou ainda outro índice que melhor reflita a perda do poder aquisitivo da moeda na período.

RTécnico - Deverá refletir a recomposição econômico-financeira do contrato, apurada pela sinistralidade acumulada no período.

Onde:

S = Sinistralidade média do período.

1,15 representa Zy- N(0;1) para um determinado nível de confiança (87,5%). σS = desvio padrão da Sinistralidade mês a mês.

n = número de meses observados.
Sm = Meta de Sinistralidade.

6.8- Na apuração da quantidade de beneficiários da Contratante serão considerados todos os planos a ele vinculados.

6.9- Contando o contrato com trinta ou mais beneficiários a época do reajuste, o mesmo não fará jus à aplicação do índice disposto acima, aplicando-se automaticamente o cálculo de reajuste para trinta ou mais beneficiários:

I - Cláusulas específicas para contratos com trinta ou mais beneficiários:

6.10- O percentual ou o valor referente ao reajuste da mensalidade, para os contratos com **mais de trinta vidas**, e a tabela de preços para novas adesões será obtido através dos critérios descritos abaixo, CUMULATIVAMENTE:

a) Sinistralidade: indica quanto da receita está comprometida com despesas assistenciais. Em termos práticos, a sinistralidade representa o percentual da despesa assistencial em relação à receita de plano; e

b) Financeiro: a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, tendo referência para sua projeção variação do IGP-M (Índice de Preços do Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no penedo no período.

6.11- Para fins de cálculo do reajuste anual, serão levados em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente do custo, utilização comprovada acima da média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados, bem como quaisquer outros fatores que possam afetar o equilíbrio econômico financeiro deste contrato.

6.12- Os reajustes das mensalidades, seguindo as fórmulas e critérios acima colocados, serão informados à ANS de acordo com a normatização vigente.

I - Regras comuns independentemente do número de beneficiários no contrato:

6.13- Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste após 12 (doze) meses de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única.

6.14- Não haverá aplicação de percentual de reajuste diferenciado dentro de um mesmo plano no contrato.

6.15- Os eventuais valores da coparticipação serão reajustados anualmente pelo mesmo índice de reajuste aplicado ao valor da mensalidade.

6.16- O reajuste financeiro anual, aferido na data de vigência do contrato, não se confunde com o reajuste pela mudança de faixa etária do beneficiário.

6.17- **FAIXAS ETÁRIAS**

SERVIDORES	DATA DE NASCIMENTO
Ingrid Skarlety Rosas Souza	18/05/1996
Rafaela Kaylane Magalhães Habert de Almeida	17/10/2002
Thaísa de Matos Costa	22/05/1995
Camilla Sombra Christ	17/04/1991
Lívia Dourado	25/09/1991
Luiz Eduardo Benevenuto	24/02/1997
Antonio Thiago Gomes Rocha	22/08/1986

6.18- As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado.

6.19- Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada, automaticamente, no mês do aniversário do beneficiário ou na mensalidade vincendo, mais próxima.

6.20- As faixas etárias foram estabelecidas nos termos da normatização vigente (RN 63/03/ANS).

6.22- O valor fixado para a última faixa etária não pode ultrapassar a seis vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décimas faixas deverá ser inferior à variação acumulada entre a primeira e a sétimas faixas.

6.23- Os reajustes decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Admissão/Tabela e incidirão sobre o preço da faixa etária anterior.

6.24- O REAJUSTE DECORRENTE DE MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA NÃO SE CONFUNDE COM O REAJUSTE ANUAL PARA ATUALIZAÇÃO DE VALORES DO CONTRATO.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO PRAZO DO CONTRATO

7.1- O contrato terá prazo de vigência de 12 (doze) meses, e início a partir da data de assinatura pelas partes, com término em 2023.

7.2 - É facultado a Administração estender o prazo de duração do Contrato por períodos sucessivos de 12 (doze) meses, até o limite de 60 (sessenta) meses, após o início da vigência do contrato, nos termos do inciso II, art. 57, da Lei 8.666/93, mediante termo aditivo assinado pelas partes.

7.3 A recusa injustificada da Empresa em assinar o contrato dentro de prazo estabelecido pela Administração, caracteriza o descumprimento total da obrigação assumida, e sujeitando-a às penalidades legalmente estabelecidas, bem como serem aplicadas sanções previstas na Lei 8.666/93.

CLÁUSULA OITAVA – DA EXECUÇÃO DO CONTRATO

8.1 A execução deste contrato, bem como os casos nele omissos, regular-se-ão pelas cláusulas contratuais e pelos preceitos de direito público, aplicando-lhes, supletivamente, os princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições de direito privado, na forma do artigo 54, da Lei nº 8.666/93, combinado com o inciso XII, do artigo 55, do mesmo diploma legal, bem como vinculado ao Edital Carta Convite nº 01/2021, e seus anexos.

CLÁUSULA NONA – DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO

9.1 O contrato poderá ser alterado nos casos previstos no art. 65, da Lei nº 8.666/93, desde que haja interesse da CONTRATANTE, com a apresentação da justificação devida.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO AMPARO LEGAL

10.1 A lavratura do presente contrato decorre da realização da licitação na modalidade Carta Convite nº003/2022, e o resultado da licitação devidamente homologada pelo Presidente do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima, com base na proposta da CONTRATADA, todas, partes integrantes deste contrato, e com fundamento na Lei nº 8.666/93 e suas alterações, bem como na legislação pertinente à matéria.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA– DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

11.1 Compete a CONTRATADA:

a) cumprir o disposto no Edital Carta Convite nº003/2022 e seus Anexos, obedecendo ao objeto e às disposições legais contratuais, prestando-os dentro dos padrões de qualidade, continuidade e regularidade;

b) a **CONTRATADA** se obriga a manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas em Processo Licitatório;

C) a realização dos Serviços por parte da **CONTRATADA,** compreende a prestação continuada de serviços de assistência médico-hospitalar, de diagnóstico e terapia, na segmentação AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, seguindo a cobertura dos procedimentos devidamente enumerados pela ANS - Agência Nacional de Saúde através do Rol de Procedimentos por ela editado e suas atualizações, vigente no momento da utilização e na lei civil brasileira e no Código de Defesa do Consumidor, bem como de acordo com o anexo I, do Edital, e o constante da Cláusula Segunda deste contrato;

d) Fornecer a relação atualizada dos prestadores de serviços que integram a rede credenciada da CONTRATADA vinculada ao contrato, sejam próprios, credenciados, cooperados ou contratados em regime de contratação direta ou indireta, constantes do guia médico, limitada à área geográfica de abrangência prevista no contrato, e conforme registro

na ANS;

e) Fornecer o Cartão Individual de Identificação para os beneficiários da contratante, bem como a remissão de novos cartões quando for o caso;

f) Comunicar a Contratante, quando ocorrer alterações na rede credenciada e prestadores de serviços, seja para incluir ou excluir prestadores de serviços;

g) protocolar junto ao Setor de Protocolo da Contratante, mensalmente, as notas fiscais, com **antecedência** para que o faturamento seja feito dentro do prazo de vencimento, a qual deverá discriminar os serviços prestados, e o valor total, para efeito de controle e acompanhamento da despesa por parte da Contratante;

h) todo e qualquer serviço e/ou procedimento que não constar do referido contrato, somente será reconhecido pela **CONTRATANTE**, mediante prévio acordo entre as partes e com a devida anuência e autorização da Presidência do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima;

i) a **CONTRATADA** é executada e única responsável pela qualidade e eficiência dos serviços prestados aos Beneficiários da **CONTRATANTE**, respondendo civil e penalmente pelos mesmos, assim como terá total responsabilidade pelas obrigações Trabalhistas, Fiscais, Previdenciárias, Tributárias e outras relativas a seus empregados e sua organização;

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

12.1 Compete a CONTRATANTE:

a) cumprir as obrigações previstas no Edital Carta Convite nº003/2022, e seus Anexos, principalmente no que se refere ao anexo I, e o constante na Cláusula Segunda deste contrato;

b) efetuar os pagamentos devidos à CONTRATADA, pela prestação dos serviços constantes no objeto deste contrato, dentro dos prazos estabelecidos;

c) fiscalizar a execução deste Contrato e subsidiar a CONTRATADA com informações necessárias ao fiel e integral cumprimento do contrato;

d) comunicar à CONTRATADA qualquer ocorrência que vier interferir na execução do CONTRATO;

e) efetuar o acompanhamento e a fiscalização da despesa conforme o caso;

f) a **CONTRATANTE** se obriga a enviar a relação dos Servidores Beneficiários, para o devido cadastro e emissão do cartão individual de Identificação;

g) a **CONTRATANTE** obriga-se a informar a Contratada quando da inclusão ou exclusão de Beneficiários no Plano;

h) efetuar a publicação resumida do contrato em órgão oficial do Município;
i) responsabilizar-se, por meio de seus operadores ou prepostos, pela segurança dos arquivos relacionados aos dados dos seus Beneficiários, no cumprimento do objeto do presente contrato;
j) disponibilizar pessoal capacitado para acompanhar e fiscalizar a execução do contrato, bem como prestar os dados necessários a Contratada, quando necessitar;
k) solicitar suporte técnico a CONTRATADA para atendimento de eventuais necessidades, e informações para o uso devido do Plano de Saúde fornecido aos Beneficiários;
l) fornecer todos os dados e informações que deverão servir como base dos trabalhos, prestando assistência à contratada no cumprimento dos seus deveres.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA DESPESA

13.1 As despesas decorrentes deste Contrato correrão por conta da dotação orçamentária 3.3.90.39.00 - Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima, Orçamento de 2022.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS PENALIDADES E DOS ATRASOS

14.1 O não cumprimento pela CONTRATADA, das obrigações constantes da **cláusula décima primeira** deste termo, implicará na retenção do pagamento previsto na Cláusula Quarta, até o seu adimplemento, não se configurando atraso por parte da CONTRATANTE.
14.2 A CONTRATADA será advertida, por escrito, sempre que forem observadas irregularidades de pequena monta para as quais tenha concorrido desde que ao caso não se aplique quaisquer das demais penalidades.
14.3 Pela inexecução parcial ou total ou de outra qualquer obrigação assumida, garantida a defesa prévia da contratada, a Administração poderá aplicar-lhe as seguintes sanções previstas no capítulo IV da Lei Federal nº 8.666/93, e demais normas pertinentes a matéria, conforme a gravidade da infração:
a) Advertência;
b) Multa equivalente a 10% (dez por cento) do valor do Contrato;
c) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Pública pelo prazo não superior a02 (dois) anos;
d) Declaração de inidoneidade para licitar com a Administração Pública, enquanto permanecerem os motivos determinantes da punição;

e) se dentro do prazo, o convocado não assinar o contrato, o Conselho convocará os licitantes remanescentes, na ordem de classificação, para assinatura do contrato, nas mesmas condições propostas pelo primeiro classificado, inclusive quanto aos preços e prazos de execução, sem prejuízo da pena de multa, no valor correspondente a 10% (dez por cento) do valor da contratação, mais a suspensão do direito de contratar com o Conselho por prazo não superior a 2 (dois) anos;

14.4 As Sanções previstas nas **Alíneas C** e **D** do **item** anterior podem ser aplicadas às empresas ou aos profissionais que em razão dos contratos regidos pela Lei nº 8.666/93 e suas alterações;

a) Tenham sofrido condenação definitiva por praticarem por meios dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;

b) Tenham praticados atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;

c) Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados;

14.5 As penalidades serão obrigatoriamente registradas no Cadastro de Fornecedores e Prestadores de Serviços do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Roraima.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA

15.1 O objeto do presente contrato não poderá ser cedido ou transferido, no todo ou em parte, a não ser mediante prévio e expresso acordo entre as partes.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉXTA – DA RESCISÃO CONTRATUAL

16.1 Em caso de rescisão Administrativa prevista no Art. 77 da Lei 8.666/93 é reconhecido os direitos da Administração.

16.2 Este contrato poderá ser rescindido de pleno direito, nas hipóteses dos artigos 78 e 79 da Lei N.º 8.666/93 e alterações.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO FORO CONTRATUAL

17.1 As partes elegem o foro da Comarca da cidade de Boa Vista para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes do presente contrato.

E assim, por estarem certas e ajustadas, as partes contratantes rubricam e assinam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma para um só efeito, na presença de duas testemunhas.

Boa Vista/RR, de de 2022.

Presidente do CAU/RR

Contratante

Contratada

TESTEMUNHAS:

Testemunha:
CPF:

Testemunha:
CPF: