

ANEXO 1

TERMO DE REFERÊNCIA

1. Objeto da licitação:

1. Constitui objeto da presente licitação a contratação de **PLANO ASSISTÊNCIA A SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL com abrangência regional segmento ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia**, com assistência médica hospitalar completa em quarto semi-privativo, serviços de diagnósticos e exames complementares, consultas médicas e tratamentos complementares, incluindo serviços de urgência e de emergência, de abrangência regional, compreendendo todos os serviços médicos, exames e procedimentos regulamentados **conforme rol de procedimentos vigentes, publicados e normatizados pela Agência Nacional de Saúde - ANS**, para os servidores públicos ativos (estatutários e celetistas estáveis e empregados públicos) e inativos e pensionistas (vinculados ao Fundo de Previdência Social do Município de Tenente Portela - FPSTP) **do Poder Executivo Município de Tenente Portela/RS e seus dependentes diretos e legais, com abrangência regional, incluindo nesta o nível municipal, e com abrangência regional, incluindo nesta o nível municipal, conforme especificações constantes no neste Termo de Referência.**

1.1 Poderá haver adesão ao Plano de Saúde pelos servidores/funcionários do Poder Legislativo Municipal ativos e inativos e pensionistas (vinculados ao Fundo de Previdência Social do Município de Tenente Portela - FPSTP) .

1.2 A abrangência regional deverá se dar no mínimo nos seguintes Municípios: Tenente Portela, Ijuí, Três Passos; Frederico Westphalen; Santo Augusto e Palmeira das Missões.

2. Justificativa para Licitação:

A presente licitação justifica-se no fato de que contrato de prestação de serviço contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares, destinado a assistência a saúde aos servidores municipais, ativos e inativos, e seus dependentes legais, contrato nº 031.2477/1998, teria seu término em 30/05/2018, em razão da solicitação de rescisão unilateral por parte da Contratada Unimed Noroeste, com prorrogação deferida até 30/06/2018.

O Município lançou o processo licitatório Pregão Presencial n. 52/2018, para a contratação de prestação de serviço de assistência a saúde, ao qual não acudiram interessados na licitação.

Ademais, a Operadora de Plano de Saúde, UNIMED Noroeste, que atualmente é a contratada no contrato n. 031.2477/1998, através do Ofício AJUR n. 132/2018 elencou diversas razões para não participar do processo licitatório, dentre elas que o valor fixado pelo Município como preço máximo no Pregão n. 52/2018 estava muito aquém do necessário para a prestação do serviço exigida.

Não bastasse, aduziu o risco assistencial que seria assumido por uma Operadora de Plano de Saúde ao responsabilizar-se a prestar serviços que compreenderia um produto (rol específico) de coberturas aquém do mínimo previsto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Assim, considerando a deserção do Pregão Presencial n. 52/2018, a manifestação formalizada pela UNIMED Noroeste no Ofício AJUR n. 132/2018, e o fato de que o Município atualmente não possui um contrato de Plano de Saúde regulamentado pela Lei Federal n. 9.656/98, mas que em tratativas com a UNIMED, ainda no segundo semestre de 2017, vislumbrou-se a possibilidade de ADAPTAÇÃO do contrato de assistência à saúde existente entre as partes, às exigências da Lei n. 9.656/98, denominada Lei dos Planos de

Saúde e nos termos, condições e limites fixados pela Resolução Normativa - RN n. 254/2011, definiu-se que a alternativa é buscar via processo licitatório a Contratação de Plano de Saúde com rol de coberturas regulamentados pela ANS.

Nesse espeque, considerando que na ADAPTAÇÃO do contrato vigente, seguindo a Resolução n. 254/2011, o aumento da mensalidade média por beneficiário ficaria limitado a 20.59%, verifica-se que há viabilidade de contratação de Plano de Saúde regulamentado, com mensalidade média fixada no valor que seria pago pelo Município em caso de formalização de adaptação do contrato vigente.

Assim, considerando que valor proposto para a adaptação do contrato vigente, e sendo que com a adaptação o Município passaria a ter um Plano de Saúde regulamentado com rol de coberturas definido pela ANS, bem como com direito a inclusão de todas as coberturas que virem a ser acrescentadas pela ANS, estipulou-se o preço máximo para a mensalidade/ticket médio por beneficiário no valor de **R\$ 138,00 (cento e trinta e oito reais)**, que é o valor que o Município pagaria em caso de adaptação do contrato vigente.

3. Das características do objeto - Do Plano de Saúde

3.1 O plano privado de assistência à saúde será prestado sob o regime coletivo empresarial, por intermédio do acesso direto dos beneficiários à ampla rede de profissionais e serviços próprios da operadora, credenciados, contratados, cooperados ou referenciados, no âmbito regional e deverá se dar no mínimo nos Municípios de Tenente Portela, Ijuí, Três Passos; Frederico Westphalen; Santo Augusto e Palmeira das Missões incluindo exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, sendo vedada aos usuários a livre escolha de profissionais ou serviços fora da rede, à exceção dos casos de atendimentos de urgência e emergência, ou quando não for possível a utilização dos serviços da contratada, nos termos da Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (RN - ANS) nº 338/2013.

3.2 Os serviços serão prestados nas segmentações ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com padrão de acomodação em quarto semiprivativo, urgência e emergência, incluindo remoções, a preço preestabelecido, com abrangência regional, mediante o sistema de coparticipação nas consultas, sem carência, sem limite de idade, sem limite financeiro, incluindo os portadores de doenças e lesões preexistentes, crônicas ou congênitas, em igualdade de condições com os demais integrantes do grupo, aos servidores ativos, inativos, seus dependentes, e pensionistas, para o integral tratamento, diagnóstico e prevenção de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde, na forma dos artigos 10 a 12 da Lei n. 9.656, de 03-6-1998, bem como todos os exames e procedimentos elencados no rol da ANS.

3.3 O plano privado objeto da contratação deverá contemplar a cobertura de todos os procedimentos regulamentados pela ANS para a assistência à saúde ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, conforme artigos 10 a 12 da Lei nº 9.656/1998, que compreende os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, bem como todos os exames e procedimentos elencados no rol da ANS (anexos da RN - ANS nº 338/2013 e alterações), respeitadas as respectivas Diretrizes de Utilização, não sendo admitidas quaisquer tipos de limitações nas coberturas garantidas pelas referidas normas.

3.3.1 Todos os procedimentos novos que venham a ser incluídos no rol de procedimentos previstos na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS durante a vigência contratual deverão ser abrangidos pela cobertura da empresa contratada.

3.3.2 A contratada obriga-se, ainda, a garantir a cobertura de doenças preexistentes.

3.4 O tipo de acomodação será semiprivativo (ou outra denominação equivalente utilizada pela operadora contratada), ou seja, padrão de internação em quarto com no máximo 02 (dois) leitos.

3.5 Independentemente da modalidade, serão cobertas, cumulativamente, as despesas referentes aos serviços e especialidades médicas/profissionais de saúde especificados neste termo e outras asseguradas pela legislação vigente a serem executadas pela operadora contratada na respectiva rede própria, credenciada ou referenciada.

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

4 - DA ACEITAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

4.1 Serão aceitos como beneficiários pela **CONTRATADA**, sem limite de idade, todos servidores públicos ativos (estatutários e celetistas estáveis e empregados públicos) e inativos e pensionistas (vinculados ao Fundo de Previdência Social do Município de Tenente Portela - FPSTP) **do Poder Executivo Município de Tenente Portela/RS e seus dependentes diretos e legais**, segundo critérios do **CONTRATANTE**, por ele inscritos, conforme regulamentação interna, independentemente de qualquer aprovação da **CONTRATADA**.

4.2 Deverão ser aceitos no plano de assistência à saúde os beneficiários portadores de doenças e lesões preexistentes, crônicas ou congênitas em igualdade de condições com os demais integrantes do grupo.

4.3 Todos os beneficiários que se encontrarem em qualquer tipo de tratamento de saúde, ambulatorial ou hospitalar, deverão ser aceitos independentemente de estarem internados em entidade hospitalar credenciada/referenciada/contratada/cooperada ou não, compreendendo-se, para este efeito, a assunção imediata das despesas com a continuidade do tratamento ou internação diretamente junto ao prestador de serviço.

4.4 - Serão considerados como **dependentes dos servidores ativos, inativos e pensionistas os seguintes:**

a) cônjuge;

b) companheiro(a) designado(a);

c) filhos solteiros menores de 18 anos e os inválidos de qualquer idade, equiparando-se o adotado, menor sob guarda judicial e o tutelado;

d) os filhos estudantes, até 24 anos, devidamente comprovado com matrícula em instituição de ensino;

4.5 - Servidores inativos (aposentados) poderão optar por permanecer como beneficiário do Plano de Saúde por tempo indeterminado após a aposentadoria, com seu grupo familiar, desde que já estejam inscritos como beneficiários/titulares antes de aposentar e nos casos em que a aposentadoria não for paga pelo Regime Próprio de Previdência dos Servidores do Município, os valores devidos de mensalidade/ **ticket médio por vida deverão ser cobrados pela empresa prestadora de serviços diretamente do beneficiário.**

4.6 Em caso de falecimento do servidor que já era a data do óbito beneficiário/titular(ativo ou inativo) os seus dependentes poderão aderir ao Plano de Saúde objeto deste edital. Neste caso, os valores devidos de mensalidade/ **ticket médio por vida** deverão ser cobrados pela empresa prestadora de serviços diretamente do beneficiário.

4.7 Os servidores licenciados e ou cedidos a outros entes, sem remuneração paga pelos cofres municipais poderão optar por permanecer com a adesão a prestação de serviços

objeto deste edital. Neste caso, os valores devidos de mensalidade/ **ticket médio por vida** deverão ser cobrados pela empresa prestadora de serviços diretamente do beneficiário.

5. DO INÍCIO DA COBERTURA E DA CARÊNCIA

5.1 A cobertura assistencial terá início no dia 01 de julho de 2018, sem qualquer tipo de carência para os beneficiários já inscritos no contrato de assistência da saúde à saúde em vigor (Contrato n. 031.2477).

5.2 Durante a vigência do contrato, as inclusões no plano de saúde com direito à cobertura assistencial imediata deverão ser solicitadas no prazo de 30 (trinta) dias contados da ocorrência das seguintes hipóteses:

a) do ingresso de novos servidores e respectivos dependentes;

b) de novos dependentes constituídos nos termos da regulamentação do CONTRATANTE.

5.3 Será assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou adoção.

5.4 No prazo referido no item anterior (30 dias), será assegurada a inscrição ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência.

5.5 - NÃO HAVERÁ quaisquer tipos de carências para os titulares e dependentes já inscritos no contrato de prestação de serviço de assistência médica e hospitalar n. 031.2476/031.2477 vigente desde 1998, firmado entre Município de Tenente Portela e UNIMED Noroeste, que já tenham cumprido todas as carências exigidas, na data de assinatura do contrato, decorrente da presente licitação.

5.6 – Novos titulares e seus dependentes que aderirem ao Plano de Assistência à Saúde, objeto deste, durante a vigência do contrato, decorrente da licitação, deverão cumprir com as seguintes carências:

I. 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência;

II. 180 (cento e oitenta) dias para todos os demais casos; e

IV. 300 (trezentos) dias para partos a termo.

§ 1º: O contrato decorrente desta licitação não interrompe o cumprimento de prazos de carências previstos no contrato . 031.2476/031.2477, pelo que o beneficiário que, na data de assinatura/início de vigência ainda estava cumprindo alguma carência continuará a cumpri-la, respeitando os limites máximos previstos acima.

§2º: Aos beneficiários inscritos que já tenham cumprido todos os prazos de carência previstos no contrato 031.2476/031.2477, não será exigido nenhum prazo de carência.

5.7 Os titulares e seus dependentes **que aderirem ao Plano de Saúde** durante a vigência do contrato, decorrente desta licitação e que possuam qualquer outro plano de saúde, com duração mínima de (doze) meses, estão isentos de cumprimento de quaisquer carências.

5.8 - No caso de o beneficiário necessitar de assistência médico-hospitalar de urgência ou emergência, durante o período que estiver cumprindo carência contratualmente prevista, a CONTRATADA, estará obrigada a prestar atendimento exclusivamente nas 24 (vinte e quatro) horas de atendimento ambulatorial ou até que fique caracterizada a necessidade de internação hospitalar conforme a hipótese que ocorrer primeiro, somente a partir deste prazo a mesma estará isenta da responsabilidade financeira.

5.9 - Em casos de urgências e emergências em localidades em que inexistir rede credenciada, na especialidade requerida pelo atendimento do usuário, será devido ressarcimento das despesas médicas, hospitalares, ambulatoriais e auxiliares decorrentes.

a) O ressarcimento dessas despesas será efetuado de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados no plano contratado.

b) o valor de reembolso será efetuado em até 30 (trinta) dias, inclusive as despesas com transporte da data de apresentação da documentação para a **CONTRATADA**, por meio de crédito em conta-corrente do titular do plano de saúde.

5.10 As demais inscrições que não se enquadrarem nas hipóteses anteriores cumprirão as carências definidas no item 5.7.

6 - Da Rede credenciada:

Estabelece critérios mínimos sobre as características – quantidade e qualidade – dos profissionais, rede hospitalar e laboratorial para atendimento aos beneficiários do plano de saúde, objeto deste certame, devendo ser comprovado através do Guia Médico da Contratada a existência de profissionais e prestadores de serviço na área de abrangência do Plano.

6.1 – A rede hospitalar deve atender, **no mínimo**, os seguintes requisitos quantitativos:

a) No mínimo um (1) hospital credenciado nas seguintes cidades:

Ijuí;

Três Passos;

Tenente Portela;

Frederico Westphalen;

Santo Augusto;

Palmeira das Missões.

6.1.1 - Nos casos em que não houver a disponibilidade do serviço nos municípios citados a Operadora deverá disponibilizá-lo em outro município ou outra região.

7 - DAS FORMAS DE ATENDIMENTO

7.1 A prestação de assistência à saúde será realizada por intermédio da rede própria, cooperada, credenciada, contratada ou referenciada, cujo atendimento será efetuado preferencialmente mediante a apresentação do cartão de identificação do beneficiário ou pelo fornecimento do número de matrícula do segurado acompanhado de documento de identidade, cabendo à CONTRATADA assegurar o atendimento de qualquer beneficiário, mesmo sem a devida apresentação do referido cartão.

7.2 Nos casos de urgência e emergência os beneficiários utilizarão os serviços da rede própria, cooperada, credenciada, contratada ou referenciada e, na impossibilidade, qualquer serviço de urgência e emergência disponível, sendo os valores das despesas decorrentes reembolsados na forma do **item 8**.

8 - DO REEMBOLSO

8.1 Em casos de urgência ou emergência, ou quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados, credenciados, cooperados ou referenciados, o beneficiário terá o direito de ressarcir-se das despesas efetuadas com a assistência à saúde, nos limites das obrigações contratuais, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela **CONTRATADA**, pagáveis no prazo máximo de 30

(trinta) dias após a entrega da documentação adequada.

9 - DA CO-PARTICIPAÇÃO

9.1 O valor da coparticipação dos beneficiários em cada consulta médica será de **R\$ 25,00 (vinte e cinco reais)** fixo e irreatável nos primeiros 12 meses do contrato, podendo ser reajustado após esse período pelo índice acumulado IPCA.

9.2 Todos os exames ambulatoriais, acima de 200Ch's (coeficiente de honorários) nos termos da tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) ou Tabela que vier a ser instituída pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), terão a coparticipação de até 10%(dez por cento) do beneficiário, até o limite de R\$ 400,00 (quatrocentos reais) por exame.

9.3 As sessões de hemodiálise e diálises (diagnóstica e terapêutica), poderão ter coparticipação de até no máximo com limite de valor de até 34,00 (trinta e quatro reais) por sessão, sem limite de sessões.

9.4 As sessões para quimioterapias, incluindo procedimentos e medicamentos, poderão ter coparticipação de até no máximo com coparticipação com limite de valor de até R\$ 64,00 (sessenta e quatro reais), SOMENTE NA PRIMEIRA SESSÃO DO CICLO, sem limite de sessões.

9.5 A cobertura para radioterapias, incluindo procedimentos e medicamentos, poderá ter coparticipação de até no máximo 10% do beneficiário, com limite de valor de até R\$ 500,00 (quinhentos reais), por pacote, sem limite de sessões.

9.6 A cobertura de órtese, e prótese e materiais especiais (OPME) poderá ter coparticipação de 10% do valor pago ao prestador, até o limite do valor de R\$ 1.000,00 (mil reais) por OPME.

9.7 É vedada a cobrança de coparticipação nos demais atendimentos de especialidades organizadas em sistema de sessões e não descritos nos itens 9.3 a 9.5;

9.8 A coparticipação dos beneficiários será paga diretamente ao prestador;

9.9 Nas demais hipóteses não especificadas nos itens 9.1 a 9.7, e previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, cujas despesas excedentes devam ser custeadas pelo beneficiário, os valores de coparticipação serão apurados com base na Tabela de Pagamentos da CONTRATADA e pagos pelo beneficiário no momento da realização do procedimento, exame, terapia, etc... diretamente ao estabelecimento prestador do serviço.

9.10 Não Haverá coparticipação do beneficiário após o 30º (trigésimo) dia de internação, por ano civil, sendo vedada a limitação de prazo ou dias de hospitalização em UTI, com cobertura total de honorários médicos, anestesistas e medicamentos, em hospitais, clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de medicina.

10 - Condições de Pagamento:

10.1 - A licitante deve informar na proposta o preço fixo, unitário e mensal a ser pago por vida/pessoa (beneficiário titular e dependentes), **definindo esse como ticket médio por vida;**

10.2 - O pagamento dos serviços será mensal, **sempre no décimo dia do mês subsequente**, mediante apresentação da nota fiscal e da relação de procedimentos/serviços/consultas/exames utilizados, por beneficiário titular e grupo familiar;

10.2.1 - Em decorrência do atraso da contratada na entrega da fatura, a data de pagamento no 10º (décimo) dia poderá ficar comprometida. Neste caso, não haverá interrupção dos serviços contratados e nem incidência de multas ou penalidades ao contratante.

10.3 - O pagamento será realizado através de crédito na conta corrente da empresa contratada, nos termos do Edital.

11. Da Qualificação Técnica:

1.1 Para a comprovação da qualificação técnica específica para o cumprimento do objeto contratual, deverá ser apresentado:

a) comprovante de registro ou autorização para funcionamento do licitante na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

b) no caso de cooperativa, o licitante deverá comprovar o registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar de todas as cooperativas que sejam responsáveis pela prestação dos serviços.

c) Atestado emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, para comprovação da capacidade técnica do licitante, no qual mencione prestação de serviços de assistência à saúde, com abrangência nacional, sob regime coletivo, nas segmentações ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, abrangendo, no mínimo, 400 (quatrocentos) beneficiários em uma única contratação, sem ressalvas desabonatórias.

11. Das Obrigações da contratada:

11.1 - Sem prejuízo das demais disposições deste Edital, a empresa vencedora fica obrigada a:

Caberá à CONTRATADA:

a) Assegurar aos beneficiários regularmente cadastrados a assistência à saúde nos termos e na abrangência discriminados no Termo de Referência (e de acordo com as normas e regulamentações expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

b) Expedir, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, sem prejuízo de qualquer atendimento, o cartão de identificação ou documento equivalente individualizado para cada beneficiário cadastrado, a ser utilizado para fruição dos serviços contratados.

c) Não haverá qualquer custo para o CONTRATANTE e para os beneficiários com o fornecimento do primeiro cartão ou renovação.

d) Não haverá cobrança de qualquer valor adicional para o CONTRATANTE e para os beneficiários quando ocorrer inclusões e exclusões.

e) A movimentação cadastral será encerrada no dia 20 (vinte) de cada mês e encaminhada à CONTRATADA para a elaboração dos valores a serem pagos, bem como para inclusão dos beneficiários a partir do primeiro dia do mês seguinte.

f) Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;

g) a CONTRATADA fica obrigada a fornecer a Nota Fiscal/Fatura de prestação de serviços até o 20º (vigésimo) dia de cada mês com vencimento para o dia (10) dez do mês de subsequente, juntamente com relatórios de utilização das coberturas por beneficiário;

h) Possibilitar ao Contratante o acompanhamento gerencial da prestação de serviço contratada deve contemplar:

a) relatórios de gestão (anuais) contendo informações sobre utilização dos serviços e atendimentos, apresentando necessariamente os seguintes dados:

- especialidades mais utilizadas,
- número de consultas ano por beneficiário,
- exames e procedimentos utilizados por beneficiário;

i) indicar um profissional de seu quadro de pessoal como gestor do contrato com o Município para atendimento das necessidades da entidade, bem como de acompanhamento da boa gestão da prestação de serviço.

11.2 - Do Contratante:

a) Apresentar à **CONTRATADA**, de forma expressa e escrita, pedido de inclusão e ou exclusão de beneficiários titulares e dependentes, instruída da documentação necessária para correta identificação e comprovação das condições gerais para inclusão.

b) Receber o objeto deste contrato nas condições avençadas;

c) Efetuar a fiscalização;

d) O **CONTRATANTE** compromete-se a efetuar o pagamento de acordo com as condições de preço e prazo estabelecidas neste contrato,

e) O **CONTRATANTE** investirá-se-á nos poderes de representação dos beneficiários do plano perante a **CONTRATADA**,

f) O **CONTRATANTE** deverá relacionar os beneficiários, bem como prestar todas as informações necessárias aos cadastramentos, quando da assinatura do instrumento contratual.

g) O **CONTRATANTE** encaminhará à **CONTRATADA** as inclusões e exclusões de beneficiários, bem como todas as comunicações ou avisos inerentes à execução do contrato,

h) O **CONTRATANTE** comunicará à **CONTRATADA**, por escrito, os casos em que o beneficiário, por qualquer motivo, perder o direito de atendimento, nas condições exigidas na forma do instrumento de contrato.

i) O **CONTRATANTE** comunicará à **CONTRATADA** eventuais extravios do cartão de identificação do beneficiário ou documento equivalente.

12 – DA EXECUÇÃO DO OBJETO

12.1 A **CONTRATADA** obriga-se a manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas:

a) rede própria, cooperada, credenciada, contratada ou referenciada que propicie aos beneficiários a utilização de todos os serviços necessários ao tratamento, diagnóstico e prevenção das doenças abrangidas na presente contratação.

b) prestação dos serviços contratados na forma preconizada em lei e pelos regulamentos expedidos pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, respeitada a compatibilidade com os preços de mercado.

c) no mínimo, os prestadores de serviços apresentados na proposta por ocasião da licitação, e, em caso de substituição, compromete-se a realizar credenciamento, no menor prazo possível, de estabelecimentos de qualidade similar às contratadas e informar imediatamente ao **CONTRATANTE**.

d) Haverá perda ou suspensão de direitos dos beneficiários à assistência à saúde, apenas nos casos em que ocorrer a comunicação pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** para esse fim, ou se houver comprovação de prática de atos ilícitos.

e) Em qualquer hipótese é vedada a exigência de cheque-caução aos beneficiários pelos estabelecimentos próprios, credenciados, contratados, cooperados ou referenciados da operadora, para realização de qualquer atendimento, exame, procedimento ou internação hospitalar, devendo para este fim a contratada orientar os serviços contratados/credenciados/referenciados/cooperados a não realizarem tal prática e, quando for o caso, fornecer as autorizações devidas imediatamente aos prestadores de serviços, sob pena de descumprimento das condições do contrato.

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

g) Na hipótese da substituição de estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante o período de internação do beneficiário, a operadora obriga-se a pagar as despesas até a alta hospitalar, na forma deste contrato.

h) Nos casos em que a substituição de estabelecimento hospitalar ocorrer por infração às normas sanitárias, durante o período de internação, a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência sem qualquer ônus adicional.

13- Dos Prazos

13.1 O prazo de vigência do contrato será de 12 meses, contados da data de assinatura.

13.2 O prazo poderá ser prorrogado conforme prevê o Art. 57, inciso II da Lei Federal nº 8.666/93.

14 - Do Reajuste do Preço

Os preços contratados serão irreajustáveis durante os primeiros 12 (doze) meses de vigência do contrato.

14.1 - No caso de prorrogação do prazo de vigência contratual, o valor será corrigido com base na variação do índice IPCA.

14.2 - A CONTRATADA, caso a sinistralidade calculada para o período de 12 (doze) meses seja maior que 75% (setenta e cinco por cento), poderá requerer repactuação, sujeita à demonstração do cálculo da sinistralidade e da memória de cálculo respectiva.

15 - Do preço máximo a ser pago pela contratante:

Com base no valor global que atualmente é pago pelo Município no contrato vigente com a Empresa prestadora do serviço de assistência a saúde e considerando que para fins de adaptação do contrato as normas da Lei n. 9.656/98 a RN 245/2011 limita o acréscimo do custo em 20.59%, dividindo-o pelo número de vidas (647) beneficiárias da prestação de serviço, fixamos em **138,00 (cento trinta e oito reais)** o valor máximo a ser pago por vida/pessoa (beneficiário titular e dependentes) **definindo esse como ticket médio por vida;**

16 - Da dotação orçamentária:

As despesas provenientes do contrato firmado serão pagas através da seguinte dotação orçamentária:

33.90.30.00.00.00.0001 – Outros serviços terceiro pessoa jurídica

17 - Da modalidade sugerida:

Sugere-se o Pregão Presencial, tipo menor preço, global.

Tenente Portela, 06 de junho de 2018.

Adriane Cristina Schossler Morais

Secretária Municipal de Administração e Planejamento