

=====

> **Anexo 1 - Termo de Referência** <

ANEXO 1
TERMO DE REFERÊNCIA

1. Objeto da licitação:

1.1 - Contratação de Empresa para prestação de serviços de assistência médico-hospitalar completa com obstetrícia, laboratorial, auxiliar e internação incluindo serviços de urgência e de emergência, para os servidores públicos ativos (estatutários e celetistas) 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 para as coberturas mínimas especificadas no Anexo 1 e 1.1 deste edital.

1.2 - Poderá haver adesão ao serviço de assistência a 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) .

1.3 - 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:

2.1 - A necessidade de realizar o presente processo licitatório fundamenta-se no fato de que o atual 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, terá seu término em 30/05/2018, em razão da solicitação de rescisão unilateral por parte da Contratada Unimed Noroeste.

3. Definição das características, coberturas, especificações e escopo operacional dos serviços.

3.1 - Serviços de assistência médico-hospitalar completa com obstetrícia, laboratorial, ambulatorial, auxiliar e internação com acomodação semi - privativa, incluindo serviços de urgência e de emergência em qualquer local do País. Esses serviços, para doenças pré-existentes ou adquiridas, devem contemplar no mínimo as especialidades médicas e de profissionais de saúde, bem como procedimentos clínicos, ambulatoriais, hospitalares/cirúrgicos, exames, diagnósticos definidos na relação anexa (Anexo 1.1).

3.1.1 – Ambulatorialmente deve ser garantida no mínimo a cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

I – Hemodiálise e diálise peritonal;

II – Quimioterapia oncológica ambulatorial;

III – Procedimentos de radioterapia ambulatorial, no padrão/característica do procedimento listado no anexo do rol de procedimentos para o plano de saúde Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinados pela ANS;

IV – Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares, e no padrão/característica dos procedimentos listados no anexo do rol de procedimentos para o plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinados pela ANS;

V – Hemoterapia ambulatorial;

VI – Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais no padrão/característica do procedimento listado no anexo do rol de procedimentos para o plano de saúde Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinados pela ANS.

Parágrafo único. Para fins do disposto no inciso II deste item, entende-se como quimioterapia oncológica ambulatorial aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento

=====

> Anexo 1 - Termo de Referência <

do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) 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.

3.1.2 – Nas liberações de coberturas de despesas de materiais de próteses, órteses e implantes, deve ser observado o seguinte:

I – É prerrogativa do médico assistente determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais necessários a execução dos procedimentos previstos neste contrato;

II – O médico assistente solicitante deve, quando 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; e

III – Em caso de divergência entre o médico assistente solicitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com despesas arcadas pela CONTRATADA.

3.2 - Carências para a utilização da prestação de serviço: os prazos concedidos para a utilização dos serviços de saúde para beneficiários.

3.2.1 - 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.

3.2.2 – Novos titulares e seus dependentes que aderirem ao contrato de prestação de serviço de assistência à saúde durante a vigência do contrato, decorrente desta licitação, deverão cumprir com as seguintes carências:

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

II. 90 (noventa) dias para consultas médicas;

III. 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, estando isento inclusive do cumprimento de carência dos procedimentos incluídos por esta licitação.

3.2.3 – Os titulares e seus dependentes que aderirem ao contrato de prestação de serviço de assistência à 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.

3.2.4 - 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.

3.2.5 - Para os beneficiários que já possuem plano o atendimento de emergência deverá ser prestada vinte e quatro horas e em todos os dias da semana na cidade com médico plantonista. Nos casos de urgências comprovadas com encaminhamento por médico credenciado, quando em trânsito e mediante autorização prévia da supervisão médica, quando da limitação técnica

=====

> **Anexo 1 - Termo de Referência** <

ou inexistência do serviço na área de atuação, o usuário poderá ser atendido fora da área atuação, sendo que a CONTRATADA efetuará o reembolso integral das despesas referentes à assistência à saúde do usuário.

3.2.6 - Em casos de urgências e emergências em localidades em que inexista 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 (alterado e incluso pelo adendo 01) da data de apresentação da documentação para a CONTRATADA, por meio de crédito em conta-corrente do titular do plano de saúde.

3.3 - 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.

3.3.1 – 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.

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

3.3.2 – Os profissionais credenciados devem atender no mínimo consultas médicas, atendimento hospitalar, tratamentos clínicos e cirúrgicos nas seguintes especialidades, bem como do rol especificado no anexo 1.1:

- 1 - Anatomia Patológica;
- 2 - Acupuntura
- 3 - Alergiologia e Imunologia;
- 4 - Anestesiologia;
- 5 - Angiologia;
- 6 - Cardiologia;
- 7 - Cancerologia;
- 8 - Cirurgia Gastroenterológica
- 9 - Cirurgia Geral;
- 10 - Cirurgia Laparoscópica;
- 11 - Cirurgia Oftalmológica;
- 12 - Cirurgia Pediátrica;
- 13 - Cirurgia Plástica Reparadora e/ou restauração não estética;
- 14 - Cirurgia Vasculær periférica;
- 15 - Cirurgia cardiovascular (inclusive implante de marcapasso)
- 15.1 - Cirurgia Torácica;
- 16 - Cirurgia Urológica;
- 17 - Cirurgia refrativa;
- 18 - Clínica Geral;
- 19 - Clínica Médica;
- 20 - Citologia;
- 21 - Dermatologia;

=====

> **Anexo 1 - Termo de Referência** <

- 22 - Endocrinologia e metabolismo;
- 23 - Fisiatria e Foniatria,
- 24 - Gastroenterologia;
- 25 - Geriatria;
- 26 - Ginecologia;
- 27 - Hematologia;
- 28 - Hepatologia;
- 29 - Homeopatia;
- 30 - Infectologia - Doenças infecciosas e parasitárias de qualquer natureza;
- 31 - Mastologia;
- 32 - Medicina Interna;
- 33 - Medicina Nuclear;
- 34 - Microcirurgia reconstrutiva;
- 35 - Neurologia (inclusive a pediátrica);
- 36 - Nefrologia;
- 37 - Obstetrícia;
- 38 - Oncologia;
- 39 - Ortopedia;
- 40 - Otorrinolaringologia;
- 41 - Patologia Clínica;
- 42 - Pediatria;
- 43 - Pneumologia;
- 44 - Proctologia;
- 45 - Psiquiatria;
- 46 - Reumatologia;
- 47 - Terapia Intensiva
- 48 - Traumatologia;
- 49 - Urologia;
- 50 – Nutricionista;
- 51 – Psicólogo e terapeuta ocupacional;
- 51 – Psicoterapia;

3.3.3 - A contratada deverá disponibilizar aos beneficiários, e nos termos do Edital, os seguintes exames complementares, bem como do rol especificado no anexo 1.1:

- 1 - Análises clínicas;
- 2 - Anátomo-patológico;
- 3 - Angiografia;
- 4 - Arteriografia;
- 5 - Cicloergometria;
- 6 - Cineangiocoronariografia;
- 7 - Densitometria Óssea;
- 8 - Ecocardiografia;
- 9 - Ecografia;
- 10 - Eletrocardiografia;
- 11 - Eletroencefalografia;
- 12 - Eletromiografia;
- 13 - Endoscopia;
- 14 - Fluoresceinografia;
- 15 - Fonocardiografia;
- 16 - Laparoscopia;
- 17 - Medicina Nuclear – radioisótopos e cintilografia;
- 18 - Provas de função pulmonar;
- 19 - Radiológico;

=====

> **Anexo 1 - Termo de Referência** <

- 20 - Tomografia computadorizada, limitada a (01) uma por patologia, por ano civil;
21 - Ultrassonografia.

3.3.4 - Deverá disponibilizar, ainda, no mínimo, os seguintes serviços auxiliares, bem como do rol especificado no anexo 1.1:

- 1 - Quimioterapia;
2 - Radioterapia;
2 - Hemodiálise;
3 - Remoção.

3.3.5 – Deverá ainda assegurar procedimentos de internação bem como os exames complementares e serviços auxiliares em:

a) - Procedimentos médicos/serviços auxiliares:

- 01 - Cirurgias;
02 - Diálises (peritoniais);
03 - Hemodiálise;
04 - Hemoterapia;
05 - Implantes;
06 - Internações;
07 - Litotripsia;
08. remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando, a critério exclusivo do médico assistente, constatar-se a falta de recursos para a continuidade da atenção ao paciente ou, houver necessidade de internação;
09. quimioterapia oncológica ambulatorial;
10. procedimentos de radioterapia para a segmentação ambulatorial.
11 - Transplantes de rins e córnea.

11.1 - Outros procedimentos especificado no anexo 1.1

b) - Exames Complementares:

- 01 - Angiografia;
02 - Angiografia Digital;
03 - Arteriografia;
04 - Audiometria;
05 - Cardiotocografia;
06 - Densitometria Óssea;
07 - Ecocardiografia;
08 - Eletrocardiografia dinâmica (Holter);
09 - Eletrococleografia;
10 - Endoscopias Diagnósticas (Digestivas, Ginecológicas, Respiratórias e Urológicas);
11 - Endoscopias Terapêuticas (Digestivas, Ginecológicas, Respiratórias e Urológicas);
12 - Fluoresceinografia;
13 - Laparoscopia Diagnóstica e Terapêutica;
14 - Medicina Nuclear;
15 - Neurofisiologia Clínica;
16 - Neuroradiologia e Radiologia intervencionista;
17 - Ressonância Nuclear Magnética;
18 - Vídeo-Laparoscopia.
19. Outros exames complementares especificados no anexo 1.1

3.3.6 – Deverá assegurar serviços terapêuticos e de diagnósticos e exames complementares constantes especificados no anexo 1.1, em especial:

- 01 - Análises clínicas;
02 - Anatomia patológica;
03 - Angiografia;

=====

> **Anexo 1 - Termo de Referência** <

- 04 - Angioplastia;
- 05 - Arteriografia;
- 06 - Audiometria;
- 07 - Cateterismo cardíaco;
- 08 - Cicloergometria;
- 09 - Cineangiorangiografia;
- 10 - Cirurgias laparoscópicas e vídeo-laparoscopias;
- 11 - Cobaltoterapia;
- 12 - Colpocitologia;
- 13 - Doppler;
- 14 - Ecocardiograma;
- 15 - Eletroencefalograma;
- 16 - Eletromiografia;
- 17 - Endoscopia peroral;
- 18 - Embolizações e Radiologia intervencionista;
- 19 - Fonocardiografia;
- 20 - Fluoresceinografia;
- 21 - Hemodiálise e diálise peritonial;
- 22 - Hemodinâmica-procedimento diagnóstico e terapêutico;
- 23 - Hemoterapia;
- 24 - Holter;
- 25 - Inaloterapia;
- 26 - Laparoscopia;
- 27 - Litotripsia extracorpórea;
- 28 - Medicina nuclear;
- 29 - Material de osteossíntese tal como: placas, parafusos e pinos;
- 30 - Neuroradiologia;
- 31 - Nutrição parenteral ou enteral;
- 32 - Provas de função pulmonar;
- 33 - Próteses intra-operatórias;
- 34 - Quimioterapia;
- 35 - Radiologia (inclusive a intervencionista);
- 36 - Tomocardiografia;
- 37 - Tomografia computadorizada;
- 38 - Ultra-sonografia;
- 39 - Xerocardiografia;
- 40 - Radioterapia.

3.3.7 – O atendimento de urgência e emergência ao beneficiário que estiver cumprindo carência será limitado nas primeiras 24h de vigência do contrato. Transcorrido esse prazo o atendimento será integral.

3.3.7.1 - Cobertura de Ambulância Simples e/ou com UTI móvel com e sem respirador para transporte de paciente de Hospital para hospital ou transporte conforme prescrição médica.

3.3.7.2 Cobertura para hemodiálise e diálises (diagnóstica e terapêutica), com coparticipação com limite de valor de até R\$: 34,00 (trinta e quatro reais) por sessão, sem limite de sessões.

3.3.7.3 - Cobertura para quimioterapias e radioterapias, incluindo procedimentos e medicamentos, 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.

3.3.7.4 - Cobertura de órtese, e prótese e materiais especiais (OPME) com coparticipação de 10% do valor pago ao prestador, até o limite do valor de R\$ 1.000,00 (mil reais) por OPME. sobre o valor de aquisição, declarado na nota fiscal de compra do material.

3.3.7.5 - Cobertura para transplante de rins e córneas.

=====

> **Anexo 1 - Termo de Referência** <

3.3.7.6 - Cobertura de todos os exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, próteses e órteses, conforme solicitação médica, contrastes, anestésicos, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

3.3.7.7 – Cobertura integral para internações hospitalares, com diversidade de opções, sendo indispensável convênio com o Hospital no Município de Tenente Portela, Três Passos e Ijuí, em quarto semi-privativo com banheiro privativo, com fornecimento de alimentação pela unidade hospitalar.

3.3.7.8 - Não Haverá coparticipação do beneficiário após o 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.

3.3.7.9 - Consulta com psiquiatra e internações psiquiátricas e por dependência química;

3.3.7.10 - O início da prestação de todos os serviços deverá ser imediato após assinatura do contrato, com inexistência de prazo de qualquer tipo de carências, já cumpridas, para o grupo existente na data do Início do mesmo.

3.3.7.11 - Absorção de doenças ou lesões preexistentes, com coberturas integrais, no que se refere a patologias comunicadas ou não.

3.3.7.12 - Nos casos de atendimento obstétrico haverá cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, como dependente, isenta do cumprimento de períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou da adoção.

3.3.7.13 – Atendimento a consultas médicas, sem limites de número, com qualquer médico credenciado, à livre escolha dentre os credenciados, a nível municipal e regional, diretamente no consultório médico ou nos pronto-atendimentos credenciados, com co-participação de no máximo R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) para consultas eletivas, **R\$ 70,00** (setenta reais) para atendimentos em pronto socorro e **R\$ 100,00** (cem reais) para chamado hospitalar, pagável pelo usuário no ato da prestação do serviço.

3.3.7.14 – A coparticipação dos beneficiários será paga diretamente ao prestador;

3.3.8 - 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;

3.3.9 – Haverá taxa de adesão de no máximo R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) para adesão e/ou inclusão dos beneficiários que não eram titulares ou dependentes no contrato de assistência a saúde dos servidores municipais até então vigente.

3.3.10 – No ato do atendimento aos usuários dos serviços não serão devidos quaisquer tipos de cobranças para a garantia do procedimento (ex: caução, etc).

3.3.11 – Será devida a cobrança de coparticipação aos titulares/beneficiários nas consultas médicas, próprias e de seus dependentes conforme estipulado neste projeto;

3.3.12 - Servidores inativos (aposentados) poderão optar por permanecer por tempo indeterminado após a aposentadoria, com seu grupo familiar, desde que já estejam inscritos como beneficiários/titulares antes de aposentar e nos casos que a aposentadoria paga pelo

=====
> **Anexo 1 - Termo de Referência** <

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.

3.3.13 - Em caso de falecimento do servidor que já era a data do óbito beneficiário/titular(ativo ou inativo) os seus dependentes poderão aderir ao contrato de 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.

3.3.13.1 - 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.

3.3.14 - Deve ficar assegurada a cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

a) Caberá remoção quando, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência e emergência, for caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

3.3.15 - Fica a contratada obrigada a implementar procedimentos e ações determinados por meio de normas legais na vigência do presente contrato, sem que isso implique reajustamento de custos.

3.3.16 – 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;
- demais informações relevantes para a manutenção do equilíbrio econômico financeiro do plano.

b) - a CONTRATADA deverá remeter mensalmente, até o dia 20 de cada mês relatório/planilha discriminando os usuários da prestação de serviço com valores individualizados por titular e dependente, e totalizador do grupo familiar. A coparticipação dos beneficiários deverá ser cobrada do mesmo no ato de sua realização, caso seja apurado algum valor posteriormente e que venha a ser cobrado do Município, deverá ser informado, através de relatório específico, de forma discriminada, com a indicação do usuário, do procedimento e do valor ao Município contratante, para viabilizar o ressarcimento do Município face ao beneficiário, através de desconto em folha.

c) 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.

4 - Condições de Pagamento:

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

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

=====
> **Anexo 1 - Termo de Referência** <

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

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

5. Relativo à Qualificação Técnica:

5.1 - Uma declaração fornecida por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o mínimo de 400 (quatrocentos) beneficiários, atestando a qualidade dos serviços oferecidos pela licitante, pertinentes com o objeto que está sendo licitado.

5.2 - Documento que comprove que a Licitante possui profissionais de saúde e prestadores de serviço da área médica, hospitalar, clínicas e de serviços especializados, exames de imagem e laboratoriais, credenciados em todas as especialidades mínimas constantes no Anexo 1.1, na área de abrangência do Contrato;

6. Obrigações da contratada:

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

a) Comprometer-se a prestar o serviço, objeto do presente contrato, buscando zelar pelos princípios de excelência no atendimento, ética médica, comprometimento em desenvolver ações de medicina preventiva, acompanhamento gerencial do contrato e sigilo nas informações legalmente confidenciais.

b) Iniciar a prestação/execução dos serviços IMEDIATAMENTE a contar do início de vigência do Contrato;

c) Comprovar, a qualquer momento, o pagamento dos tributos que incidirem sobre a execução dos serviços prestados.

d) Responsabilizar-se pelos danos causados a contratante ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade à fiscalização ou o acompanhamento pelo Município.

e) Solucionar todos os eventuais problemas pertinentes ou relacionados com a execução do contrato, mesmo que para isso outra solução não prevista neste Edital tenha que ser apresentada para aprovação e implantação, sem ônus adicionais ao Município, desde que de responsabilidade da CONTRATADA.

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) Apresentar comprovação que dispõe a nível municipal e regional, em sua rede referenciada, de todas as especialidades médicas e áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

h) a CONTRATADA fica obrigada a fornecer a Nota Fiscal/Fatura de prestação de serviços até o vigésimo dia de cada mês com vencimento para o dia (10) dez do mês de subsequente, juntamente com relatórios/planilhas previstas no item 3.3.16 alínea 'b'.

6.2 - 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) Efetuar os pagamentos na data avençada.

=====

> **Anexo 1 - Termo de Referência** <

e) Para fins de assinatura do contrato decorrente desta licitação, DEVERÁ apresentar a Contratada, no prazo de 05 dias antes da data de assinatura do contrato, a **RELAÇÃO NOMINAL DOS BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES**, acompanhada da documentação da cumprimentos dos requisitos e exigências da condição de dependente, bem como dados pessoais necessários a correta identificação destes.

7- Dos Prazos

O prazo de vigência deste instrumento contratual será de 12 meses, contados da data de assinatura.

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

8 - Do Reajuste do Preço

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

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

8.2 - Será permitida a repactuação dos valores do contrato, desde que seja observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses contados a partir da data de vigência do contrato, devendo ser apresentada a demonstração analítica da variação dos componentes dos custos, devidamente justificada/comprovada por um Atuário devidamente registrado, para análise e manifestação do CONTRATANTE, para fins de reequilíbrio.

9 - 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 para o mesmo objeto deste edital*, dividindo-o pelo número de vidas (647) beneficiárias da prestação de serviço, **fixamos em R\$: 114,65** (cento e catorze reais e sessenta e cinco centavos) o valor máximo a ser pago por vida/pessoa (beneficiário titular e dependentes) definindo esse como ticket médio por vida;

10 - 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

11 - Da modalidade sugerida:

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

Tenente Portela, 10 de maio de 2018.

Adriane Cristina Schossler Moraes
Secretária Municipal de Administração e Planejamento

=====

> Anexo 1 - Termo de Referência <

MINUTA DO CONTRATO

Contrato Administrativo de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar completa com obstetrícia, laboratorial, auxiliar e internação incluindo serviços de urgência e de emergência, para os servidores públicos ativos (estatutários e celetistas) 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 para as coberturas mínimas especificadas no Anexo 1 e 1.1 deste edital..

O MUNICÍPIO DE TENENTE PORTELA/RS, pessoa jurídica de direito público inscrito no CNPJ sob o nº. 87.613.089/0001-40, com sede na Praça Tenente Portela, nº 23, na cidade de Tenente Portela/RS, neste ato representado _____, _____, portador da cédula de identidade nº. _____, e do CPF nº. _____ neste ato designado como CONTRATANTE e de outro lado _____, pessoa jurídica de direito _____ inscrita no CNPJ nº _____, inscrição Estadual sob nº _____, com sede na Rua/Av. _____, no Município de _____, Estado____, neste ato representado pelo seu(ua) _____, Sr(a). _____, portador da cédula de identidade nº. _____, e do CPF nº. _____ neste ato designada como CONTRATADA, firmam o presente CONTRATO ADMINISTRATIVO, com fundamento e vínculo jurídico ao Processo de Licitação Pregão Presencial n. 52/2018, e na Lei Municipal n. 1.037/2003 com suas posteriores alterações e ou legislação que vier a substituí-la, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

=====

> Anexo 1 - Termo de Referência <

1. Prestação de serviços de assistência médico-hospitalar completa com obstetrícia, laboratorial, auxiliar e internação incluindo serviços de urgência e de emergência, para os servidores públicos ativos (estatutários e celetistas) 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 para as coberturas mínimas especificadas no Anexo 1 e 1.1 deste edital.

1.1 Poderá haver adesão ao serviço de assistência a 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.

CLÁUSULA SEGUNDA: DA DESCRIÇÃO PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

A Contratada obriga-se prestar os serviços de conformidade com o objeto licitado e que lhe foi adjudicado e homologado no processo licitatório, modalidade Pregão Presencial, conforme especialidades e procedimentos constante no item 3 e sub itens do Termo de Referência Anexo I do Edital, abaixo transcrito, bem como para todos os serviços, procedimentos, consultas e exames constantes na relação do Anexo I.1:

3. Definição das características, coberturas, especificações e escopo operacional dos serviços.

3.1 - Serviços de assistência médico-hospitalar completa com obstetrícia, laboratorial, ambulatorial, auxiliar e internação com acomodação semi - privativa, incluindo serviços de urgência e de emergência em qualquer local do País. Esses serviços, para doenças pré-existentes ou adquiridas, devem contemplar no mínimo as especialidades médicas e de profissionais de saúde, bem como procedimentos clínicos, ambulatoriais, hospitalares/cirúrgicos, exames, diagnósticos definidos na relação anexa (Anexo 1.1).

3.1.1 – Ambulatorialmente deve ser garantida no mínimo a cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

I – Hemodiálise e diálise peritonal;

II – Quimioterapia oncológica ambulatorial;

III – Procedimentos de radioterapia ambulatorial, no padrão/característica do procedimento listado no anexo do rol de procedimentos para o plano de saúde Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinados pela ANS;

IV – Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares, e no padrão/característica dos procedimentos listados no anexo do rol de procedimentos para o plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinados pela ANS;

V – Hemoterapia ambulatorial;

VI – Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais no padrão/característica do procedimento listado no anexo do rol de procedimentos para o plano de saúde Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinados pela ANS.

Parágrafo único. Para fins do disposto no inciso II deste item, entende-se como quimioterapia oncológica ambulatorial aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) 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.

3.1.2 – Nas liberações de coberturas de despesas de materiais de próteses, órteses e implantes, deve ser observado o seguinte:

=====
> **Anexo 1 - Termo de Referência** <

I – É prerrogativa do médico assistente determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais necessários a execução dos procedimentos previstos neste contrato;

II – O médico assistente solicitante deve, quando 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; e

III – Em caso de divergência entre o médico assistente solicitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com despesas arcadas pela CONTRATADA.

3.2 - Carências para a utilização da prestação de serviço: os prazos concedidos para a utilização dos serviços de saúde para beneficiários.

3.2.1 - 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, que já tenham cumprido todas as carências exigidas, na data de assinatura do contrato, decorrente da presente licitação.

3.2.2 – Novos titulares e seus dependentes que ingressarem no plano de saúde durante a vigência do contrato, decorrente desta licitação, deverão cumprir com as seguintes carências:

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

II. 90 (noventa) dias para consultas médicas;

III. 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, estando isento inclusive do cumprimento de carência dos procedimentos incluídos por esta licitação.

3.2.3 – Os titulares e seus dependentes que ingressarem no 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.

3.2.4 - 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.

3.2.5 - Para os beneficiários que já possuem plano o atendimento de emergência deverá ser prestada vinte e quatro horas e em todos os dias da semana na cidade com médico plantonista. Nos casos de urgências comprovadas com encaminhamento por médico credenciado, quando em trânsito e mediante autorização prévia da supervisão médica, quando da limitação técnica ou inexistência do serviço na área de atuação, o usuário poderá ser atendido fora da área atuação, sendo que a CONTRATADA efetuará o reembolso integral das despesas referentes à assistência à saúde do usuário.

3.2.6 - Em casos de urgências e emergências em localidades em que inexista 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 (alterado e incluso pelo adendo 01) da data de apresentação da documentação para a CONTRATADA, por meio de crédito em conta-corrente do titular do plano de saúde.

=====

> **Anexo 1 - Termo de Referência** <

3.3) 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.

3.3.1 – 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.

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

3.3.2 – Os profissionais credenciados devem atender no mínimo consultas médicas, atendimento hospitalar, tratamentos clínicos e cirúrgicos nas seguintes especialidades, bem como do rol especificado no anexo 1.1:

- 1 - Anatomia Patológica;
 - 2 - Acupuntura
 - 3 - Alergiologia e Imunologia;
 - 4 - Anestesiologia;
 - 5 - Angiologia;
 - 6 - Cardiologia;
 - 7 - Cancerologia;
 - 8 - Cirurgia Gastroenterológica
 - 9 - Cirurgia Geral;
 - 10 - Cirurgia Laparoscópica;
 - 11 - Cirurgia Oftalmológica;
 - 12 - Cirurgia Pediátrica;
 - 13 - Cirurgia Plástica Reparadora e/ou restauração não estética;
 - 14 - Cirurgia Vasculær periférica;
 - 15 - Cirurgia cardiovascular (inclusive implante de marcapasso)
- Cirurgia Torácica;
- 16 - Cirurgia Urológica;
 - 17 - Cirurgia refrativa;
 - 18 - Clínica Geral;
 - 19 - Clínica Médica;
 - 20 - Citologia;
 - 21 - Dermatologia;
 - 22 - Endocrinologia e metabolismo;
 - 23 - Fisiatria e Foniatria,
 - 24 - Gastroenterologia;
 - 25 - Geriatria;
 - 26 - Ginecologia;
 - 27 - Hematologia;
 - 28 - Hepatologia;
 - 29 - Homeopatia;
 - 30 - Infectologia - Doenças infecciosas e parasitárias de qualquer natureza;
 - 31 - Mastologia;
 - 32 - Medicina Interna;
 - 33 - Medicina Nuclear;
 - 34 - Microcirurgia reconstrutiva;

=====

> **Anexo 1 - Termo de Referência** <

35 - Neurologia (inclusive a pediátrica);

36 - Nefrologia;

37 - Obstetrícia;

38 - Oncologia;

39 - Ortopedia;

40 - Otorrinolaringologia;

41 - Patologia Clínica;

42 - Pediatria;

43 - Pneumologia;

44 - Proctologia;

45 - Psiquiatria;

46 - Reumatologia;

47 - Terapia Intensiva

48 - Traumatologia;

49 - Urologia;

50 – Nutricionista;

51 – Psicólogo e terapeuta ocupacional;

51 – Psicoterapia;

3.3.3 - A contratada deverá disponibilizar aos beneficiários, e nos termos do Edital, os seguintes exames complementares, bem como do rol especificado no anexo 1.1:

1 - Análises clínicas;

2 - Anátomo-patológico;

3 - Angiografia;

4 - Arteriografia;

5 - Cicloergometria;

6 - Cineangiocoronariografia;

7 - Densitometria Óssea;

8 - Ecocardiografia;

9 - Ecografia;

10 - Eletrocardiografia;

11 - Eletroencefalografia;

12 - Eletromiografia;

13 - Endoscopia;

14 - Fluoresceinografia;

15 - Fonocardiografia;

16 - Laparoscopia;

17 - Medicina Nuclear – radioisótopos e cintilografia;

18 - Provas de função pulmonar;

19 - Radiológico;

20 - Tomografia computadorizada, limitada a (01) uma por patologia, por ano civil;

21 - Ultrassonografia.

3.3.4 - Deverá disponibilizar, ainda, no mínimo, os seguintes serviços auxiliares, bem como do rol especificado no anexo 1.1:

1 - Quimioterapia;

2 - Radioterapia;

2 - Hemodiálise;

3 - Remoção.

3.3.5 – Deverá ainda assegurar procedimentos de internação bem como os exames complementares e serviços auxiliares em:

a) Procedimentos médicos/serviços auxiliares:

01 - Cirurgias;

02 - Diálises (peritonial);

03 - Hemodiálise;

=====

> Anexo 1 - Termo de Referência <

- 04 - Hemoterapia;
- 05 - Implantes;
- 06 - Internações;
- 07 - Litotripsia;
- 08. remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando, a critério exclusivo do médico assistente, constatar-se a falta de recursos para a continuidade da atenção ao paciente ou, houver necessidade de internação;
- 09. quimioterapia oncológica ambulatorial;
- 10. procedimentos de radioterapia para a segmentação ambulatorial.
- 11 - Transplantes de rins e córnea.
- 11. Outros procedimentos especificado no anexo 1.1
- b) Exames Complementares:
 - 01 - Angiografia;
 - 02 - Angiografia Digital;
 - 03 - Arteriografia;
 - 04 - Audiometria;
 - 05 - Cardiotocografia;
 - 06 - Densitometria Óssea;
 - 07 - Ecocardiografia;
 - 08 - Eletrocardiografia dinâmica (Holter);
 - 09 - Eletrococleografia;
 - 10 - Endoscopias Diagnósticas (Digestivas, Ginecológicas, Respiratórias e Urológicas);
 - 11 - Endoscopias Terapêuticas (Digestivas, Ginecológicas, Respiratórias e Urológicas);
 - 12 - Fluoresceinografia;
 - 13 - Laparoscopia Diagnóstica e Terapêutica;
 - 14 - Medicina Nuclear;
 - 15 - Neurofisiologia Clínica;
 - 16 - Neuroradiologia e Radiologia intervencionista;
 - 17 - Ressonância Nuclear Magnética;
 - 18 - Vídeo-Laparoscopia.
 - 19. Outros exames complementares especificados no anexo 1.1

3.3.6 – Deverá assegurar serviços terapêuticos e de diagnósticos e exames complementares constantes especificados no anexo 1.1, em especial:

- 01 - Análises clínicas;
- 02 - Anatomia patológica;
- 03 - Angiografia;
- 04 - Angioplastia;
- 05 - Arteriografia;
- 06 - Audiometria;
- 07 - Cateterismo cardíaco;
- 08 - Cicloergometria;
- 09 - Cineangioronariografia;
- 10 - Cirurgias laparoscópicas e vídeo-laporoscopias;
- 11 - Cobaltoterapia;
- 12 - Colpocitologia;
- 13 - Doppler;
- 14 - Ecocardiograma;
- 15 - Eletroencefalograma;
- 16 - Eletromiografia;
- 17 - Endoscopia peroral;
- 18 - Embolizações e Radiologia intervencionista;
- 19 - Fonocardiografia;

=====

> Anexo 1 - Termo de Referência <

- 20 - Fluoresceinografia;
- 21 - Hemodiálise e diálise peritonial;
- 22 - Hemodinâmica-procedimento diagnóstico e terapêutico;
- 23 - Hemoterapia;
- 24 - Holter;
- 25 - Inaloterapia;
- 26 - Laparoscopia;
- 27 - Litotripsia extracorpórea;
- 28 - Medicina nuclear;
- 29 - Material de osteossíntese tal como: placas, parafusos e pinos;
- 30 - Neuroradiologia;
- 31 - Nutrição parenteral ou enteral;
- 32 - Provas de função pulmonar;
- 33 - Próteses intra-operatórias;
- 34 - Quimioterapia;
- 35 - Radiologia (inclusive a intervencionista);
- 36 - Tomocargiografia;
- 37 - Tomografia computadorizada;
- 38 - Ultra-sonografia;
- 39 - Xerocardiografia;
- 40 - Radioterapia.

3.3.7 – O atendimento de urgência e emergência ao beneficiário que estiver cumprindo carência será limitado nas primeiras 24h de vigência do contrato. Transcorrido esse prazo o atendimento será integral.

3.3.7.1 - Cobertura de Ambulância Simples e/ou com UTI móvel com e sem respirador para transporte de paciente de Hospital para hospital ou transporte conforme prescrição médica.

3.3.7.2 Cobertura para hemodiálise e diálises (diagnóstica e terapêutica), com coparticipação com limite de valor de até 34,00 (trinta e quatro reais) por sessão, sem limite de sessões.

3.3.7.3 - Cobertura para quimioterapias e radioterapias, incluindo procedimentos e medicamentos, 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.

3.3.7.4 - Cobertura de órtese, e prótese e materiais especiais (OPME) com coparticipação de 10% do valor pago ao prestador, até o limite do valor de R\$ 1.000,00 (mil reais) por OPME. sobre o valor de aquisição, declarado na nota fiscal de compra do material.

3.3.7.5 - Cobertura para transplante de rins e córneas.

3.3.7.6 - Cobertura de todos os exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, próteses e órteses, conforme solicitação médica, contrastes, anestésicos, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

3.3.7.8 – Cobertura integral para internações hospitalares, com diversidade de opções, sendo indispensável convênio com o Hospital no Município de Tenente Portela, Três Passos e Ijuí, em quarto semi-privativo com banheiro privativo, com fornecimento de alimentação pela unidade hospitalar.

3.3.7.9 - Não Haverá coparticipação do beneficiário após o 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.

3.3.7.10 - Consulta com psiquiatra e internações psiquiátricas e por dependência química;

3.3.7.11 - O início da prestação de todos os serviços deverá ser imediato após assinatura do contrato, com inexistência de prazo de qualquer tipo de carências, já cumpridas, para o grupo existente na data do Início do mesmo.

=====

> Anexo 1 - Termo de Referência <

3.3.7.12 - Absorção de doenças ou lesões preexistentes, com coberturas integrais, no que se refere a patologias comunicadas ou não.

3.3.7.13 - Nos casos de atendimento obstétrico haverá cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, como dependente, isenta do cumprimento de períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou da adoção.

3.3.7.14 – Atendimento a consultas médicas, sem limites de número, com qualquer médico credenciado, à livre escolha dentre os credenciados, a nível municipal e regional, diretamente no consultório médico ou nos pronto-atendimentos credenciados, com co-participação de no máximo R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) para consultas eletivas, R\$ 70,00 (setenta reais) para atendimentos em pronto socorro e R\$ 100,00 (cem reais) para chamado hospitalar, pagável pelo usuário no ato da prestação do serviço.

3.3.7.15 – A coparticipação dos beneficiários será paga diretamente ao prestador;

3.3.8 - 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;

3.3.9 – Haverá taxa de adesão de no máximo R\$ 15,00 (quinze reais) para adesão e/ou inclusão dos beneficiários que não eram titulares ou dependentes no contrato de assistência a saúde dos servidores municipais ate então vigente.

3.3.10 – No ato do atendimento aos usuários dos serviços não serão devidos quaisquer tipos de cobranças para a garantia do procedimento (ex: caução, etc).

3.3.11 – Será devida a cobrança de coparticipação aos titulares/beneficiários nas consultas médicas, próprias e de seus dependentes conforme estipulado neste projeto;

3.3.12 - Servidores inativos (aposentados) poderão optar por permanecer por tempo indeterminado após a aposentadoria, com seu grupo familiar, desde que já estejam inscritos como beneficiários/titulares antes de aposentar e nos casos que a aposentadoria 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.

3.3.13 - Em caso de falecimento do servidor que já era a data do óbito beneficiário/titular(ativo ou inativo) os seus dependentes poderão aderir ao contrato de 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.

3.3.13.1 - Os servidores licenciados e ou cedidos a outros entes, sem remuneração paga pelos cofres municipais poderão optar por permanecer com a adesão ao 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.

3.3.14 - Deve ficar assegurada a cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

a) Caberá remoção quando, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência e emergência, for caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

=====

> Anexo 1 - Termo de Referência <

3.3.15 - Fica a contratada obrigada a implementar procedimentos e ações determinados por meio de normas legais na vigência do presente contrato, sem que isso implique reajustamento de custos.

3.3.16 – 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;
- demais informações relevantes para a manutenção do equilíbrio econômico financeiro do plano.

b) - a CONTRATADA deverá remeter mensalmente, até o dia 20 de cada mês relatório/planilha discriminando os usuários da prestação de serviço com valores individualizados por titular e dependente, e totalizador do grupo familiar. A coparticipação dos beneficiários deverá ser cobrada do mesmo no ato de sua realização, caso seja apurado algum valor posteriormente e que venha a ser cobrado do Município, deverá ser informado, através de relatório específico, de forma discriminada, com a indicação do usuário, do procedimento e do valor ao Município contratante, para viabilizar o ressarcimento do Município face ao beneficiário, através de desconto em folha.

b) 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.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS CONDIÇÕES GERAIS QUE REGULAMENTAM A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO OBJETO DO CONTRATO

As demais condições da prestação de serviço, procedimento de adesão do servidores e seus dependentes, causas de exclusão de beneficiário, condições de perda da qualidade de segurado.

CLÁUSULA QUARTA: DO VALOR

O Município pagará a Contratada o preço fixo, unitário e mensal por vida/pessoa (beneficiário titular e dependentes), definindo esse como ticket médio por vida de R\$ _____. O custo mensal do contrato será a multiplicação do valor unitário/ticket médio pelo número de vidas (beneficiário titulares, cônjuges, filhos etc.) que aderirem ao contrato.

CLÁUSULA QUINTA: DA ENTREGA DO SERVIÇO

A CONTRATADA deverá prestar os serviços de conformidade com as exigências constantes Termo de Referência - Anexo I do Pregão Presencial n. 52/2018, aplicando subsidiária e supletivamente a Lei Municipal n. 1.037/2003 com suas posteriores alterações e ou a legislação que vier a substituí-la. Devendo dar início a prestação de serviço imediatamente a contar da assinatura do contrato.

CLÁUSULA SEXTA: DO PAGAMENTO

O pagamento dos serviços será mensal, realizado através de crédito/transferência/depósito na conta corrente da CONTRATADA, sempre no 10º (décimo) dia do mês subsequente a prestação do serviço, mediante apresentação da nota fiscal e da relação de procedimentos/serviços/consultas/exames utilizados, por beneficiário titular e grupo familiar.

§ 1º - O pagamento é condicionado ao fornecimento de Nota Fiscal/Fatura de prestação de serviços, pela CONTRATADA, até o vigésimo dia de cada mês com vencimento para o dia (10) dez do mês de subsequente, juntamente com relatórios/planilhas descritos no caput, sendo que, em decorrência do atraso da contratada na entrega da fatura, a data de pagamento no

=====

> Anexo 1 - Termo de Referência <

décimo dia poderá ficar comprometida, caso em que não haverá interrupção dos serviços contratados e nem incidência de multas ou penalidades ao contratante.

§2º - O atraso injustificado no pagamento, por prazo superior a 10 (dez) dias do vencimento, implicará na incidência de juros de mora e correção monetária nos mesmos índices e percentuais utilizados para a correção da dívida ativa, na forma prevista no Código Tributário Municipal.

CLÁUSULA SETIMA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

6. Obrigações da contratada:

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

a) Comprometer-se a prestar o serviço, objeto do presente contrato, buscando zelar pelos princípios de excelência no atendimento, ética médica, comprometimento em desenvolver ações de medicina preventiva, acompanhamento gerencial do contrato e sigilo nas informações legalmente confidenciais.

b) Executar o contrato de acordo com as disposições do Edital do Pregão Presencial 52/2018 - Termo de Referência anexo I e Relação mínima de serviços e procedimento anexo I.1, e em conformidade com as cláusulas constantes neste instrumento;

c) Manter, durante toda sua vigência, em compatibilidade com as obrigações aqui assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

d) Iniciar a prestação/execução dos serviços **IMEDIATAMENTE** a contar do início de vigência do Contrato;

e) Comprovar, a qualquer momento, o pagamento dos tributos que incidirem sobre a execução dos serviços prestados.

f) Responsabilizar-se pelos danos causados a contratante ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade à fiscalização ou o acompanhamento pelo Município.

g) Solucionar todos os eventuais problemas pertinentes ou relacionados com a execução do contrato, mesmo que para isso outra solução não prevista neste Edital tenha que ser apresentada para aprovação e implantação, sem ônus adicionais ao Município, desde que de responsabilidade da CONTRATADA.

h) 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;

i) Apresentar comprovação que dispõe a nível municipal e regional, em sua rede referenciada, de todas as especialidades médicas e áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

j) a CONTRATADA fica obrigada a fornecer a Nota Fiscal/Fatura de prestação de serviços até o vigésimo dia de cada mês com vencimento para o dia (10) dez do mês de subsequente, juntamente com relatórios/planilhas de procedimentos/serviços/consultas/exames utilizados, por beneficiário titular e grupo familiar.

6.2 - 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) Efetuar os pagamentos na data avençada.

CLÁUSULA OITAVA: DA VIGÊNCIA E DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

O prazo de vigência deste instrumento contratual será de 12 meses, contados da data de assinatura.

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

=====

> Anexo 1 - Termo de Referência <

II - A fiscalização do contrato ficará a cargo da Secretaria Municipal de Administração, e será realizada pelos servidores _____, conforme Portaria nº _____.

CLÁUSULA NONA: DO REAJUSTE DO PREÇO

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

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

II - Será permitida a repactuação dos valores do contrato, desde que seja observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses contados a partir da data de vigência do contrato, devendo ser apresentada a demonstração analítica da variação dos componentes dos custos, devidamente justificada/comprovada por um Atuarial devidamente registrado, para análise e manifestação do CONTRATANTE, para fins de reequilíbrio.

CLÁUSULA DÉCIMA: RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

Serão utilizados diversos recursos (municipais e federais) conforme lotação de cada servidor. As despesas decorrentes deste contrato correrão às expensas das seguintes Dotações Orçamentárias:

33.90.30.00.00.00.0001 – Outros serviços terceiro pessoa jurídica

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA: NORMAS LEGAIS INCIDENTES SOBRE O CONTRATO

A presente relação jurídica regulamenta-se pela Lei Federal 8.666/93 e alterações posteriores, normas de direito administrativo, aplicando subsidiária e supletivamente a Lei Municipal n. 1.037/2003, com suas posteriores alterações e ou a legislação que vier a substituí-la, aceitas incondicionalmente pelos contratantes como eficaz para os termos deste contrato, a que se sujeitam, bem como para solucionar eventuais dúvidas em relação ao mesmo.

CLÁUSULA DÉCIMA- SEGUNDA: DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

Pela inexecução total ou parcial das obrigações assumidas, garantidas a prévia defesa contraditória, a Administração poderá aplicar à CONTRATADA, as penalidades enunciadas no art. 87 da Lei Federal 8.666/93 com as alterações posteriores as seguintes sanções:

- a) Advertência por escrito, quando a CONTRATADA praticar pequenas irregularidades; sendo que a penalidade de advertência poderá ser cumulada com a penalidade de multa.
- b) Multa no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), caso haja atraso superior a cinco dias na execução do contrato, configurando-se a inexecução parcial do contrato. Em caso de atraso superior a dez dias, configurar-se-á inexecução total.
- c) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, pelo prazo de até 2 (dois) anos, caso haja inexecução parcial do contrato e pelo prazo de 5 (cinco) anos, se houver inexecução total;
- f) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou, até que seja promovida a reabilitação, na forma da lei, perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.
- g) Pela inadequabilidade dos serviços prestados a contratada sujeitar-se-á a multa no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).
- h) Pela inexecução total do contrato ou por infração de qualquer outra cláusula contratual não prevista nos subitens anteriores, será aplicada multa de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), comutável com as demais sanções, inclusive rescisão contratual se for o caso.

§ 1º As multas poderão ser reiteradas, cumuladas e aplicadas em dobro, sempre que se repetir o motivo de forma injustificada.

§ 2º Na aplicação das penalidades o Município considerará, motivadamente, a gravidade da falta, seus efeitos, bem como os antecedentes da CONTRATADA, podendo deixar de aplicá-

=====

> **Anexo 1 - Termo de Referência** <

las, se admitidas as suas justificativas, nos termos do que dispõe o artigo 87, “caput”, da Lei nº 8.666/93, observados os Princípios da Razoabilidade e da Proporcionalidade, por decisão motivada e fundamentada em processo administrativo.

§ 3º As penalidades serão registradas no cadastro da CONTRATADA, quando for o caso.

§ 4º Nenhum pagamento será efetuado enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação financeira que for imposta ao fornecedor em virtude de penalidade ou inadimplência contratual.

§ 5º Para fins do cálculo do valor da multa, os valores serão atualizados, de acordo com o IPCA, ou índice oficial, que venha a substituí-lo.

§ 6º Esgotados todos os recursos, depois de notificado a CONTRATADA para o pagamento da multa, fica esta cientificada de que incidirão sobre o débito juros legais de e correção monetária pelo IPCA, nos mesmos índices utilizados para a correção da dívida tributária até a quitação definitiva, sendo que após o prazo de sessenta dias, o valor devido será inscrito como dívida ativa municipal.

CLÁUSULA DÉCIMA – TERCEIRA: RESCISÃO CONTRATUAL

O presente Contrato poderá ser rescindido nas hipóteses e na conformidade dos arts. 77, 78 e 79 da Lei 8.666/93 e em conformidade com o Edital do Pregão 52/2018, bem como nas seguintes hipóteses:

I - Rescinde-se o contrato, de pleno direito, por parte da CONTRATANTE, no caso de haver sonegação dos serviços, de forma contratualmente não prevista ou vedada, por parte da CONTRATADA, desde que a última, notificada extrajudicialmente do fato, não se comprometa a prestá-los, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, indenizando eventuais e comprovados prejuízos.

II - Rescinde-se o contrato, de pleno direito, em favor da CONTRATADA, no caso de fraude devidamente comprovada, omissão dolosa de obrigações contratuais e inadimplemento de valores contratualmente devidos pela CONTRATANTE, por período de 60 (sessenta) dias, por ano de contrato, consecutivos ou não, desde que a última, notificada do fato, até o quinquagésimo dia de inadimplência; não venha a atualizar, completamente, com os acréscimos legais e contratuais, as mensalidades devidas, ou cumprir com as obrigações contratualmente exigíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA – QUARTA: FORO

As partes elegem o Foro de Tenente Portela/RS, para dirimir quaisquer dúvidas emergentes do presente, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, assim, por estarem justos e contratados, assinam o presente contrato em três vias de igual forma e teor, na presença de duas testemunhas, para que produza os efeitos da Lei.

Tenente Portela ____ de ____ de 2018.

MUNICÍPIO DE TENENTE PORTELA
CONTATANTE

XXXXXXXXXXXX
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

- 1.
- 2.

=====

> **Anexo 1 - Termo de Referência** <

ANEXO I

DAS CONDIÇÕES GERAIS QUE REGULAMENTAM A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO OBJETO DO CONTRATO N. XXXXX - PREGÃO PRESENCIAL N. 52/2018

DOS SERVIÇOS, PROCEDIMENTOS, EXAMES, CIRURGIAS NÃO COBERTOS:

CLÁUSULA PRIMEIRA - Não estão cobertos pelo contrato de prestação de serviço os casos de:

- 1.1 – cirurgia plástica de qualquer natureza – correspondente a defeitos congênitos, traumatismo, moléstias ou ocorrências outras, anteriores ao ingresso do usuário no plano;
- 1.2 – investigação diagnóstica em regime de hospitalização (quando necessária, será feita em regime ambulatorial);
- 1.3 - exames e/ou tratamentos pré-operatórios, em ambiente hospitalar salvo em caso de comprovada urgência;
- 1.4 - tratamentos especializados não previstos no contrato;
- 1.5 – transporte de paciente por ambulância ou passagens;
- 1.6 – atos cirúrgicos proibidos pelo código de ética médica;
- 1.7 - tratamentos de moléstias ou acidentes resultantes de: uso de entorpecente, embriaguez, atos ilícitos ou imperícia comprovada a tentativa de suicídio;
- 1.8 - casos de hospitalização: com acompanhante, extraordinários do paciente e produtos de tolete ou medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
- 1.9- tratamento psicoterápicos, doenças profissionais, exames para fins de perícia, exames e tratamento não disponíveis na área ou não incluídos neste contrato, acidentes de trânsito que sejam de responsabilidade de Companhias Seguradoras;
- 1.10– Junta médica solicitada pelo paciente;
- 1.11 – Serviços de médico chamado de outra localidade;
- 1.12 – Tratamentos odontológicos de qualquer natureza;
- 1.13 - Consultas, exames, hospitalizações e tratamentos requisitados e/ou efetuados por médicos não integrantes do quadro da Contratada;
- 1.14 – Medicamentos fora do período de internação hospitalar e/ou importados quando a baixa hospitalar for acoplada com o seguro previdenciário público;
- 1.15 - Diálise peritoneal e hemodiálise crônica;

=====
> Anexo 1 - Termo de Referência <

- 1.16 - Cobertura de aparelhos de prótese, inclusive nos casos de acidentes pessoais, aparelhos ortopédicos, fixadores externos, aparelhos de surdez e válvulas;
1.17 - Cineangiocoronariografia, cintilografia, cobaltoterapia, psicoterapia, radioterapia;
1.18 - Fisioterapia, a nível ambulatorial;
1.19 - Mamoplastias de qualquer natureza, mesmo com repercussão no esqueleto ósseo; 1.20 - Transplantes de qualquer natureza;
1.25 - Cirurgias ou tratamentos esterilizantes de qualquer natureza.”

Cláusula Segunda: Os beneficiários da CONTRATANTE terão direito à cobertura de serviços de assistência médica ambulatorial, hospitalar e obstétrica, para as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitados, os termos e condições deste instrumento.

Cláusula Terceira: Os beneficiários terão direito aos serviços auxiliares de diagnose e terapia, nos termos do contrato, a serem prestados por pessoas físicas e jurídicas credenciadas ou referenciadas pela CONTRATADA, constantes no “Guia Médico e de Serviços”, sempre observadas as limitações, exclusões de cobertura e as carências previstas nas cláusulas do contrato e neste instrumento.

Cláusula Quarta: Os beneficiários da CONTRATANTE terão direito à cobertura dos seguintes procedimentos ambulatoriais:

- I. consultas médicas;
- II. serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, desde que não se caracterize como internação hospitalar;
- III. medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial, contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS),
- IV. atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme art. 35-C, da Lei nº 9.656 de 1998 e sua regulamentação, através da Resolução Consu nº 13, de 03 de novembro de 1998;
- V. remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando, a critério exclusivo do médico assistente, constatar-se a falta de recursos para a continuidade da atenção ao paciente ou, houver necessidade de internação;
- VI. hemodiálise e diálise peritoneal;
- VII. quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados, dentro de estabelecimento de Saúde; sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde
- VIII. procedimentos de radioterapia para a segmentação ambulatorial, nos limites do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, conforme regulamenta a ANS e
- IX. hemoterapia ambulatorial.

Cláusula Quinta: Observadas as limitações e exclusões, bem como o procedimento de obtenção da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), todos previstos neste instrumento e no contrato, o atendimento a ser realizado pelo médico assistente da CONTRATADA, nas hipóteses de internação hospitalar, terá cobertura nos seguintes termos:

- I. acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- II. assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;
- III. atendimentos dos casos de planejamento familiar, nos termos e limites deste contrato;
- IV. atendimento por profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, desde que indicados pelo médico assistente;

=====

> Anexo 1 - Termo de Referência <

V. despesas relativas a um acompanhante, que incluem:

- a) acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos; e
- b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, e pessoas portadoras de deficiências.

VI. hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização nos termos do parágrafo abaixo;

VII. internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente da CONTRATADA;

VIII. número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;

IX. os seguintes procedimentos, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar, observado os limites do contrato:

a) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados neste contrato, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

b) embolizações;

c) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

d) hemodiálise e diálise peritonial;

e) hemoterapia;

f) nutrição parenteral ou enteral;

g) procedimentos de reeducação e reabilitação física (fisioterapia); e

h) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

i) quimioterapia oncológica ambulatorial;

j) radioterapia;

k) radiologia intervencionista;

X. procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério; e

XI. próteses, órteses, "stents", fixadores ortopédicos e demais materiais, todos nacionais, se não houver nacionalizados, que o beneficiário venha a necessitar durante o atendimento hospitalar, desde que diretamente ligados ao ato cirúrgico e fornecidos diretamente pela CONTRATADA ou por quem ela indicar.

§ 1º: Entende-se por "Hospital-dia para transtornos mentais" o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em substituição de internação convencional, proporcionando ao beneficiário a mesma cobertura oferecida na internação hospitalar.

§ 2º: A cobertura para próteses, órteses, "stents", fixadores ortopédicos e demais materiais resta condicionada aos seguintes requisitos técnicos:

a) cabe ao médico assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais necessários à execução do procedimento requerido;

b) o profissional requisitante deve, quando solicitado pela CONTRATADA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

c) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a Contratada, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela CONTRATADA.

§3º: As órteses e próteses cirúrgicas seguirão um critério técnico próprio para sua liberação, sendo que essas normas estarão sujeitas aos protocolos da boa prática médica admitidos pela ANVISA e ANS quanto às suas indicações de uso, lastreados nos trabalhos da Medicina baseada em evidências cientificamente comprovadas.

§4º: Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela CONTRATADA, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação em nível superior.

=====

> Anexo 1 - Termo de Referência <

Cláusula Sexta: O contrato de prestação de serviço regido suplementarmente por este instrumento fornece cobertura exclusivamente aos transplantes de rim, de córnea, o autólogo de medula óssea (observado o disposto na cláusula subsequente) e o alogênico de medula óssea (observado o disposto nas cláusulas 8º e 9ª deste), compreendendo a cobertura:

I. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, excluindo-se os medicamentos de manutenção;

II. despesas assistenciais da internação;

III. despesas de captação, transporte e preservação de órgãos, no território nacional, por ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS);

IV. despesas médico-hospitalares com doadores vivos; e

V. medicamentos utilizados durante a internação.

Parágrafo único: é condição indispensável, para efetivação da cobertura, na doação de órgão de pessoa morta, a inscrição prévia e por conta própria do beneficiário em uma Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos da Administração Pública, com inteira sujeição aos critérios legais de fila única de espera e de seleção.

Cláusula Sétima: O transplante autólogo de medula óssea é coberto para receptores com idade igual ou inferior a setenta e cinco anos, portadores de uma das seguintes patologias:

I. doença de Hodgkin quimiossensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual;

II. leucemia mielóide aguda em primeira ou segunda remissão;

III. linfoma não Hodgkin de graus intermediário e alto, indolente transformado, quimiossensível, como terapia de salvamento após a primeira recidiva;

IV. mieloma múltiplo;

V. neuroblastoma em estágio IV e/ou alto risco (estádio II, III e IVS com nMyc amplificado e idade igual ou maior do que 6 (seis) meses, desde que bom respondedor à quimioterapia (remissão completa ou resposta parcial), em primeira terapia.

VI. tumor de célula germinativa recidivado, quimiossensível, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual; e

Cláusula Oitava: Os transplante alogênico de medula óssea terão cobertura obrigatória preenchidos os seguintes critérios:

I. com mieloablação, receptores com idade igual ou inferior a 65 (sessenta e cinco) anos, portadores de uma das seguintes patologias:

a) anemia aplástica grave adquirida ou constitucional;

b) imunodeficiência celular primária;

c) leucemia linfóide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;

d) leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;

e) leucemia mielóide aguda com falha na primeira indução;

f) leucemia mielóide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica;

g) leucemia mielóide aguda em segunda ou terceira remissão;

h) leucemia mielóide crônica em fase crônica ou acelerada (de transformação);

i) mielofibrose primária em fase evolutiva;

j) síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica

crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil; ou

k) talassemia major, em caso de pacientes com menos de 15 (quinze) anos de idade, com hepatomegalia até 2 (dois) centímetros do rebordo costal, sem fibrose hepática e tratados adequadamente com quelante de ferro.

II. sem mieloablação, receptores com idade igual ou inferior a setenta anos, portadores de uma das seguintes patologias:

a) doença de Hodgkin quimiossensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual;

b) leucemia linfóide crônica;

c) linfoma não Hodgkin indolente;

=====

> **Anexo 1 - Termo de Referência** <

d) mieloma múltiplo; ou

e) qualquer das listadas no item anterior, em pacientes com doença associada (co-morbidade).

Cláusula Nona: O transplante alogênico de medula óssea, compreendendo o transplante de célula tronco hematopoéticas-TCTH de medula óssea em que o receptor e o doador não são consangüíneos, somente terá cobertura quando o receptor tiver idade igual ou inferior a 60 (sessenta) anos e apresentar uma das seguintes patologias:

I. anemia aplástica grave adquirida ou constitucional;

II. imunodeficiência celular primária;

III. leucemia mielóide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica;

IV. leucemia mielóide aguda em segunda ou terceira remissão;

V. leucemia linfóide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;

VI. leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;

VII. leucemia mielóide crônica em fase crônica ou acelerada (de transformação);

VIII. mielofibrose primária em fase evolutiva;

IX. osteopetrose; ou

X. síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil.

Cláusula 10: O contrato regido supletivamente por este instrumento somente fornece cobertura para “*Pet-Scan*” oncológico nos seguintes casos:

I. beneficiários portadores de câncer pulmonar de células não pequenas, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

a) caracterização das lesões;

b) estadiamento do comprometimento mediastinal e à distância; e

c) detecção de recorrências.

II. usuários portadores de linfoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

a) estadiamento primário;

b) avaliação da resposta terapêutica; e

c) monitoramento da recidiva da doença nos linfomas Hodgkin e não-Hodgkin.

Parágrafo único: Em face da natureza sofisticada deste exame, que não é corriqueiramente oferecido em todas as localidades, ele será disponibilizado em localidade indicada pela CONTRATANTE, arcando o beneficiário com as despesas de transporte ou remoção.

Cláusula 11: Estão expressamente excluídos deste contrato, não gerando direito a qualquer tipo de cobertura:

I. acidentes pessoais decorrentes de cataclismos, comoções internas do país e guerras, declarados pela autoridade competente;

II. atendimento fora da rede credenciada ou referenciada (área de abrangência), salvo casos de urgência e emergência dentro da área de abrangência, quando não for possível a utilização da rede credenciada;

III. consultas e atendimentos domiciliares;

IV. fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC);

V. internação nos hospitais Associação Educadora São Carlos - AESC (Hospital Mãe de Deus) e Associação Hospitalar Moinhos de Vento, em Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul;

VI. internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

VII. inseminação artificial;

VIII. laserterapia e microcirurgia para tratamento de varizes;

IX. medicamentos, materiais, próteses e órteses estrangeiras, que não estejam nacionalizados, ou que possuam similar nacional, e sem registro vigente na ANVISA;

X. medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo;

XI. procedimentos ambulatoriais, clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses, próteses e materiais especiais para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração

=====

> Anexo 1 - Termo de Referência <

parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

XII. procedimentos de diagnósticos de qualquer natureza, sem intuito de recuperação da saúde, com finalidade meramente especulativa;

XIII. procedimentos não previsto no rol de procedimentos da ANS.

XIV. próteses, órteses, “stents”, marca-passos, geradores, válvulas, acessórios e outros, não ligados ao ato cirúrgico, em qualquer hipótese;

XV. provas de paternidade;

XVI. qualquer procedimento odontológico realizado por odontologistas;

XVII. qualquer serviço ambulatorial exclusivo para aplicação de medicamento no domicílio do beneficiário;

XVIII. qualquer tipo de terapêutica na especialidade de Hemodinâmica que não esteja expressamente previsto no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

XIX. quimioterapia oncológica intra-tectal e intra-arterial;

XX. radiomoldagens e radioimplantes, em qualquer hipótese;

XXI. remoções terrestres, que não estejam previstas neste contrato;

XXII. sonoterapia;

XXIII. todo e qualquer tipo de medicamento, material, equipamento e enfermagem para tratamento fora do regime de internação hospitalar;

XXIV. transplantes e despesas decorrentes de transplantes à exceção de transplante de córnea, de rim; autólogo e alogênico de medula óssea;

XXVII. tratamento ambulatorial, clínico ou cirúrgico experimental

XXVI. tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética;

XXVII. tratamento em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais; clínicas para acolhimento de idosos;

XXVIII. tratamentos e estadias em “spa's, clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas para acolhimento de idosos;

XXIX. tratamentos ilícitos ou antiéticos; e

XXX. vacinas.

§ 1º: Inseminação artificial é a técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas; transferência intrafalopiana de gameta; doação de oócitos; indução da ovulação; concepção póstuma; recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto e técnicas similares com vistas ao mesmo objetivo.

§ 2º: Medicamentos e produtos para a saúde importados e não nacionalizados são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA.

§ 3º: Materiais não ligados ao ato cirúrgico são aqueles cuja colocação ou remoção não requeira a realização de ato cirúrgico.

§ 4º: Órtese é qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido.

§ 5º: Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

§ 6º: Prótese é qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

§ 7º: Tratamentos experimentais são todos aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país. ou são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), ou ainda cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (uso “off-label”).

Cláusula 12: A segmentação assistencial para este contrato é: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

=====

> **Anexo 1 - Termo de Referência** <

Cláusula 13: O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano é coletivo (quarto semiprivativo).

DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Cláusula 14: São beneficiários titulares os inscritos pela CONTRATANTE, nos termos da lista anexa.

Cláusula 15: São beneficiários dependentes os inscritos pela CONTRATANTE, como dependentes econômicos de seus beneficiários titulares, desde que estes últimos sejam igualmente incluídos no contrato, de acordo com a seguinte relação:

- I. a(o) esposa(o) e a(o) companheira(o) da união estável;
- II. os(as) filhos(as) solteiros(as) menores de 18 (dezoito) anos e os inválidos(as), equiparando-se o(a) adotado(a), o(a) enteado(a), o(a) menor cuja guarda seja designada por determinação judicial e o(a) menor tutelado(a); e
- III. os(as) filhos(as) estudantes, até 24 (vinte e quatro) anos, desde que não tenham nenhuma renda própria.

Cláusula 16: Compete à CONTRATANTE, quando do fornecimento da lista de beneficiários titulares e dependentes que integrarão o presente contrato, bem como quando da inclusão de novos beneficiários e beneficiários dependentes, justificar o vínculo de dependência, comprovando-o quando necessário ou por solicitação da CONTRATADA, a qualquer tempo, por todos os meios de prova judicialmente admissíveis para o caso, não implicando, a aceitação inicial, concordância com inclusão fora da lista prevista no contrato.

§ 1º: A CONTRATANTE responde pela veracidade dos dados fornecidos, ficando sujeita ao pagamento de indenização à CONTRATADA, por perdas e danos, na hipótese de falsidade daqueles, sem prejuízo de outras sanções cabíveis e ajustadas neste instrumento;

§ 2º: o recém-nascido, cuja mãe natural haja se valido da cobertura do presente contrato para o parto a termo, terá direito às coberturas contratuais, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto e estará isento de carência, contanto que incluído no presente contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu nascimento, mediante manifestação expressa de vontade da CONTRATANTE.

§ 3º: o filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, poderá ser inscrito no plano, situação em que serão aproveitadas as carências já cumpridas pelo beneficiário titular adotante.

DAS CARÊNCIAS E DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES

Cláusula 17: Os serviços previstos no contrato serão prestados aos beneficiários regularmente incluídos, após o cumprimento dos seguintes prazos de carências:

- I. 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência;
- II. 90 (noventa) dias para consultas médicas;
- III. 180 (cento e oitenta) dias para todos os demais casos; e
- IV. 300 (trezentos) dias para partos a termo.

§ 1º- 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 contrato, regulamentado supletivamente por este instrumento.

§ 2º – Novos titulares e seus dependentes que aderirem ao contrato de prestação de serviço de assistência à saúde durante a vigência do contrato, regulamentado supletivamente por este instrumento, deverão cumprir com as seguintes carências descritas nos incisos I a IV do caput.

§ 3º: O contrato regulamentado supletivamente por este instrumento 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.

=====

> Anexo 1 - Termo de Referência <

§ 4º: 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, estando isento inclusive do cumprimento de carência dos procedimentos incluídos por esta licitação.

§ 5º: Os titulares e seus dependentes que aderirem ao contrato de prestação de serviço de assistência à saúde durante a vigência do contrato e que possuam qualquer outro plano de saúde, com duração mínima de (doze) meses, estão isentos de cumprimento de quaisquer carências.

e do titular do plano de saúde.

Cláusula 18: 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.

Cláusula 19: Entende-se por cobertura parcial temporária (CPT), a suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data de ingresso do beneficiário, titular ou dependente, no presente contrato, da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas.

§ único: O contrato regulamentado pelo presente instrumento, não interrompe o cumprimento da CPT para os beneficiários 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 na assinatura deste estava cumprindo o prazo de CPT no contrato, continuará a cumpri-la, respeitado o limite de 24 (vinte e quatro) meses.

DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cláusula 20: Emergência, para os fins deste contrato, ocorre exclusivamente quando o beneficiário encontra-se precisando de atendimento em função de risco imediato de sua vida ou de lesões irreparáveis para si próprio, conforme for, justificadamente, caracterizado pelo médico assistente.

Cláusula 21: Urgência, para os efeitos deste contrato, acontece exclusivamente nos casos em que o beneficiário precisa de atendimento em face de danos a si próprio resultantes de acidentes pessoais, ou de complicações no processo gestacional, devidamente comprovados os danos e justificadamente caracterizadas, pelo médico assistente, as complicações.

Cláusula 22: O beneficiário, nos casos de emergência e urgência, apenas não terá assistência da sua admissão até a sua alta, mas terá assistência parcial, como prevista nos parágrafos desta cláusula, nas seguintes hipóteses, excluindo delas os casos de acidente pessoal:

I. atendimento decorrente de doença ou lesão preexistente quando em cobertura parcial temporária e que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade estritamente relacionados às doenças e lesões preexistentes;

II. atendimento de beneficiário que ainda está cumprindo carência; e

III. necessidade de assistência médica hospitalar para parto a termo quando a beneficiária ainda está cumprindo carência para tal procedimento;

§ 1º A cobertura, nas hipóteses previstas em I, II e III desta cláusula será limitada às primeiras doze horas de assistência, ou até que ocorra a necessidade de internação, a que ocorrer primeiro,

cessando, a partir daí, mas garantindo esta a remoção para o SUS (conforme item "Remoção para o SUS"); e

§ 2º Se a necessidade de atendimento persistir, sendo necessária a remoção para local em que haja cobertura do Sistema Único de Saúde, a remoção correrá por conta da CONTRATADA.

DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

=====

> **Anexo 1 - Termo de Referência** <

Cláusula 23: A CONTRATADA assegurará aos beneficiários inscritos a prestação dos serviços ambulatoriais e hospitalares previstos no contrato, contanto que solicitados através dos médicos assistentes, relacionados conforme “*Guia Médico e de Serviços*” pertencente a área de abrangência e rol de serviços e procedimentos contratados, entregue no ato de sua inscrição.

§ único: O beneficiário poderá ter acesso às atualizações do “*Guia Médico e de Serviços*” na sede da CONTRATADA, através do serviço de tele-atendimento ou por meio da WEB (internet).

Cláusula 24: As consultas terão cobertura caso realizadas no consultório do médico escolhido pelo beneficiário, dentre a rede oferecida pela CONTRATADA.

Cláusula 25: Os exames complementares e os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia serão cobertos pela CONTRATADA, contanto que realizados através da rede constante no “*Guia Médico e de Serviços*”, mediante solicitação do médico assistente.

Cláusula 26: O beneficiário, no caso de internações que não sejam de emergência ou urgência, deve procurar a CONTRATADA, antes de se dirigir à rede credenciada, apresentando o pedido de internação pelo médico assistente, no qual sejam justificadas as razões da internação; indicado o diagnóstico da doença; apontado o tratamento prescrito e estimada a duração prevista para a internação, recebendo, da CONTRATADA, guia de internação com prazo previamente estabelecido, prorrogável mediante solicitação do médico assistente.

§ único: O beneficiário, ou quem o represente, nos casos de emergência ou urgência, comunicará à CONTRATADA, no prazo de dois dias úteis, a internação.

Cláusula 27: Na hipótese da rede de médicos e serviços disponibilizada pela CONTRATADA não atender à integralidade da solicitação do beneficiário, nos limites dos procedimentos médicos cobertos por este contrato, a cobertura será subordinada ao atendimento da seguinte sequência de ações:

I. atendimento dentro da área de atuação do contrato, em serviço ou prestador integrante da rede

de atendimento prevista no “*Guia Médico e de Serviços*”;

II. atendimento dentro da área de atuação do contrato em serviço não integrante da rede de atendimento prevista no “*Guia Médico e de Serviços*”, com prévia e expressa autorização da CONTRATADA, efetivando esta o pagamento direto ao prestador, do valor da contraprestação econômica;

III. atendimento dentro da área de atuação do contrato, em serviço ou prestador integrante da rede de atendimento prevista no “*Guia Médico e de Serviços*”, em município limítrofe ao demandado;

IV. atendimento em prestador contratado ou credenciado da CONTRATADA, em município pertencente à mesma região de saúde do qual faz parte o município demandado;

V. atendimento em prestador referenciado pela CONTRATADA, em qualquer localidade por esta previamente indicado e

VI. excepcionalmente, desde que a CONTRATADA, comprovadamente, não tenha disponibilizado as hipóteses previstas nos incisos acima, o beneficiário poderá fazer uso de serviço que livremente escolher, com posterior reembolso das despesas daí decorrentes.

§ 1º: na hipótese do inciso V desta cláusula, a CONTRATADA responderá pelo transporte do beneficiário, de ida e volta, através de meio por ela previamente escolhido.

§ 2º: na hipótese do inciso VI desta cláusula, a CONTRATADA não reembolsará qualquer despesa de atendimento, caso o beneficiário não tenha, antes, passado pelas etapas previstas nos incisos anteriores.

§ 3º: na hipótese do inciso VI desta cláusula, será deduzido do reembolso pago ao beneficiário, o valor de co-participação contratualmente previsto.

§ 4º Entende-se por área de atuação do contrato: Municípios ou Estados de cobertura e operação do Plano, indicados pela operadora de acordo com a Área Geográfica de Abrangência;

=====

> **Anexo 1 - Termo de Referência** <

§ 5º Entende-se por região geográfica do contrato: área em que contratada fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios;

§ 6º Entende-se por região de saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Cláusula 28: A CONTRATADA reserva-se ao direito de rescindir o contrato com qualquer componente da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, desde que:

I. a substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e 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;

II. nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência; e

III. na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA, durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato.

DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Cláusula 29: As condições para a perda da qualidade de beneficiário, são as seguintes:

I. exclusão do beneficiário titular;

II. morte do beneficiário titular ou dependente;

III. casamento de filho(a) ou enteado(a), menor de 18 (dezoito) anos;

IV. filho(a) ou enteado(a) ao completar 18 (dezoito) anos;

V. filho(a) ou enteado(a), com idade entre 18 (dezoito) e 24 (vinte e quatro) anos, ao perder a condição de estudante;

VI. filho(a) ou enteado(a), estudante, ao completar 24 (vinte e quatro) anos;

VII. filho(a) ou enteado(a), estudante, maior de 18 anos, quando exigido não conseguirem comprovar o vínculo de dependência econômica.

VIII. extinção da relação de união estável ou de sociedade conjugal;

§ único: A CONTRATADA, na hipótese de exclusão dos usuários, deverá notificar expressamente a CONTRATANTE para dar ciência ao titular e ou dependente de sua exclusão, cumprindo a Contratada adotar medidas para que sua rede credenciada rejeite eventuais solicitações de atendimento pelo beneficiário excluído;

Tenente Portela ____ de ____ de 2018.

MUNICÍPIO DE TENENTE PORTELA
CONTATANTE

XXXXXXXXXXXX
CONTRATADA

MMMMMMMMMMMM

=====

> Anexo 1 - Termo de Referência <