Processo: 355/2019
Folha nº_____
Rubrica:_____

EDITAL DE LICITAÇÃO
PREGÃO PRESENCIAL SOB O SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 01/2020
TIPO: MENOR PREÇO.

PROCESSO Nº 355/2019

Objeto: Contratação do serviço de assistência à saúde, na modalidade de contratação coletiva por adesão, com disponibilidade de estrutura hospitalar em âmbito nacional ou municipal, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade de atendimentos aos beneficiários, compreendendo o atendimento laboratorial, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, internações clínico e cirúrgicas, obstétricas e em terapia intensiva ou semi-intensiva e utilização de leitos especiais (nos casos de obesidade mórbida, queimaduras, escaras e outras situações que o exijam) em hospitais e clínicas, sem excluir doenças preexistentes congênitas ou crônicas, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para os empregados da Companhia de Águas e Esgotos de Roraima – CAER; Plano de saúde que, **atenderá os dirigentes, funcionários, servidores cedidos à empresa CONTRATANTE, bem como os ocupantes de cargos em comissão e seus respectivos dependentes;** Os beneficiários farão jus a diárias hospitalares em nível de acomodação individual padrão (apartamento individual com banheiro e direito a um acompanhante) **ou coletivo,** e berçário, tanto em caráter eletivo como emergencial, constantes no anexo I neste edital.

Sr. Fornecedor

Caso deseje receber informações a respeito do andamento desta licitação, fineza preencher os dados abaixo e encaminhá-los pelo endereço de e-mail: cpl@caer.com.br.

PREGÃO PRESENCIAL SRP nº 01/2020	
Razão Social:	
CNPJ:	
Endereço:	
Contato:	
Fone:	Fax:
E-mail:	

Obs.: A não entrega deste comprovante exime esta CPL de eventuais comunicações.

Caso não haja expediente nesta data, serão recebidas no primeiro dia útil subsequente, na mesma hora e local, salvo por motivo de força maior, ou qualquer outro fator ou fato imprevisível.

PREGÃO PRESENCIAL SRP Nº 355/2019

PROCESSO Nº 01/2020

SETOR INTERESSADO: DDP/GEP

TIPO	**MENOR PREÇO.**
BASE LEGAL	Este procedimento licitatório obedecerá, integralmente, a Lei Federal nº. 10.520, de 17 de julho de 2002, Decreto nº 7892 de 23 de janeiro de 2013, pelo Decreto Estadual 4.794-E de 03 de junho de 2002, Decreto Estadual 16.223-E, de 8 de outubro de 2013, Decreto Estadual 17.391-E, de 7 de agosto de 2014, com aplicação subsidiária da Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993, e suas alterações, Lei Complementar 123 de 14 de dezembro de 2006, Lei complementar 147 de 7 de agosto de 2014 de 14 de dezembro de 2006, e Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), observadas as alterações introduzidas nos referidos diplomas legais, bem como pelas condições e exigências contidas neste edital e seus anexos.
OBJETO	**Contratação do serviço de assistência à saúde, na modalidade de contratação coletiva por adesão, com disponibilidade de estrutura hospitalar em âmbito nacional ou municipal, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade de atendimentos aos beneficiários, compreendendo o atendimento laboratorial, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, internações clínico e cirúrgicas, obstétricas e em terapia intensiva ou semi-intensiva e utilização de leitos especiais (nos casos de obesidade mórbida, queimaduras, escaras e outras situações que o exijam) em hospitais e clínicas, sem excluir doenças preexistentes congênitas ou crônicas, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para os empregados da Companhia de Águas e Esgotos de Roraima – CAER; Plano de saúde que, atenderá os dirigentes, funcionários, servidores cedidos à empresa CONTRATANTE, bem como os ocupantes de cargos em comissão e seus respectivos dependentes; Os beneficiários farão jus a diárias hospitalares em nível de acomodação individual padrão (apartamento individual com banheiro e direito a um acompanhante) ou coletivo, e berçário, tanto em caráter eletivo como emergencial,** conforme especificações e quantitativos constantes no anexo I neste edital.
CREDENCIAMENTO, RECEBIMENTO DAS PROPOSTAS E HABILITAÇÃO.	
LOCAL DO CERTAME: Rua Melvin Jones, 219 – São Pedro – Bloco B, Sala B4.	
DIA: 16/01/2020	
HORA: 9h (horário local)	
INÍCIO DA SESSÃO	
DIA: 16/01/2020	
HORA: 9h (horário local)	
FORMALIZAÇÃO DE CONSULTAS E EDITAL **- Telefone: (95) 2121 2212** **- E-mail: cpl@caer.com.br**	

HORÁRIO DE EXPEDIENTE DA CPL/CAER: das 7h e 30min às 13h e 30min (horário local).

EDITAL DO PREGÃO PRESENCIAL – SRP- Nº 01/2020
TIPO: MENOR PREÇO.

A **COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA – CAER** por intermédio de sua Pregoeira, Helionara de Carvalho Ferreira e Equipe de Apoio, no uso de suas atribuições legais, torna público, para o conhecimento dos interessados, que fará realizar licitação na modalidade de **PREGÃO PRESENCIAL SOB O SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇOS** a ser **julgado pelo MENOR VALOR GLOBAL,** observado as especificações deste edital e seus anexos.
Este procedimento licitatório obedecerá, integralmente, a Lei Federal nº. 10.520, de 17 de julho de 2002, pelo Decreto Estadual 4.794-E de 03 de junho de 2002, Decreto Estadual 16.223-E, de 8 de outubro de 2013, Decreto Estadual 17.391-E, de 7 de agosto de 2014, com aplicação subsidiária da Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993, e suas alterações, Lei Complementar 123 de 14 de dezembro de 2006, Lei complementar 147 de 7 de agosto de 2014 de 14 de dezembro de 2006, e Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), observadas as alterações introduzidas nos referidos diplomas legais, bem como pelas condições e exigências contidas neste Edital e seus anexos.

1. DO OBJETO:

1.1. Contratação do serviço de assistência à saúde, na modalidade de contratação coletiva por adesão, com disponibilidade de estrutura hospitalar em âmbito nacional ou municipal, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade de atendimentos aos beneficiários, compreendendo o atendimento laboratorial, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, internações clínico e cirúrgicas, obstétricas e em terapia intensiva ou semi-intensiva e utilização de leitos especiais (nos casos de obesidade mórbida, queimaduras, escaras e outras situações que o exijam) em hospitais e clínicas, sem excluir doenças preexistentes congênitas ou crônicas, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para os empregados da Companhia de Águas e Esgotos de Roraima – CAER; Plano de saúde que, atenderá os dirigentes, funcionários, servidores cedidos à empresa CONTRATANTE, bem como os ocupantes de cargos em comissão e seus respectivos dependentes; Os beneficiários farão jus a diárias hospitalares em nível de acomodação individual padrão (apartamento individual com banheiro e direito a um acompanhante) ou coletivo, e berçário, tanto em caráter eletivo como emergencial, constantes no anexo I neste edital.

2. DA PARTICIPAÇÃO

2.1. Poderão participar desta licitação, pessoas jurídicas que possuam em sua atividade, ramo pertinente ao objeto licitado que atenderem todas as exigências constantes neste edital e seus anexos;
2.2. Não poderão participar da presente licitação:
a) consórcios de empresas, qualquer que seja sua forma de constituição e que não cumpram o disposto no Art. 9º da Lei 8.666/93;
b) empresas ou sociedades estrangeiras;
c) pessoas físicas ou jurídicas que estiverem suspensas de participar em licitação e impedidas de contratar junto à administração;
d) pessoas físicas ou jurídicas que estejam declaradas inidôneas para licitar ou contratar junto à administração pública, enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade;
e) Com falência declarada, em liquidação judicial ou extrajudicial;
f) pessoas físicas ou jurídicas cujo objeto social não seja pertinente e compatível com o objeto desta licitação;
2.3. A participação no certame implica a aceitação de todas as condições estabelecidas neste instrumento convocatório.

3. DO CREDENCIAMENTO

3.1. Apenas a participação presencial, através de representante credenciado, permite aos licitantes a prática dos atos de lance, negociação e recurso;
3.2. O credenciamento do licitante ou de seu representante legal junto a pregoeira implica a responsabilidade legal pelos atos praticados e a presunção de sua capacidade legal para realização das transações inerentes ao pregão presencial;
3.3. Para participação presencial, o sócio, o proprietário, dirigente ou representante da empresa, munido de documento que o habilite, deverá se apresentar para credenciamento junto à pregoeira na data e horário estabelecidos neste edital, devidamente munidos dos seguintes documentos:
a) Original ou fotocópia autenticada do ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado na junta comercial, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

b) Declaração original ou fotocópia autenticada, de que cumpre plenamente os requisitos de habilitação, a teor do art. 4º, inciso VII, da lei Federal nº 10.520/2002, (modelo no anexo do edital III), com assinatura compatível com o documento apresentado na letra "a" deste item, ou assinada por quem detenha poderes de representação;
c) A não apresentação das declarações exigidas no credenciamento, não será motivo para exclusão da licitante, podendo a mesma ser preenchida na fase de credenciamento, devendo ser assinada por quem detenha os poderes de representação (sócio ou procurador);
d) Declaração de pleno conhecimento e aceitação do edital e seus anexos (modelo no anexo IV do edital);
3.3.1. A aceitação de documentação por cópia simples ficará condicionada à apresentação do original à pregoeira, para a devida autenticação;
3.4. Procuração, por instrumento público ou particular, ou documento legal (modelo no anexo II do edital) que comprove seus poderes para apresentar proposta, formular lances e praticar todos os atos admitidos e pertinentes ao certame, em nome do licitante;
3.5. Original e fotocópia do documento de identidade com foto do representante legal na sessão;
3.6. O representante a ser credenciado deverá ser distinto e único para cada licitante e comparecerá à sessão munida de fotocópia e original do documento de identidade com foto e procuração, conforme item 3.4 deste Edital;
3.7. Caso o credenciado seja sócio ou dirigente do licitante, é indispensável que se comprove, na ocasião, ser detentor de poderes que o habilitem a formular lances e praticar os demais atos inerentes ao certame, em nome do proponente, salvo se expressamente comprovados no documento apresentado na letra "a" do item 3.3;
3.8. Os documentos relacionados na letra "a" do item 3.3, deverão ser apresentados obrigatoriamente, sob pena de exclusão do certame;
3.9. Em caso de ausência ou incongruência apenas dos documentos exigidos nos itens **3.6** e **3.7**, o licitante não será excluído do certame, contudo concorrerá somente com a oferta constante de sua proposta comercial, ficando impedido da prática de atos de lance, negociação e recurso;
3.10. Caso o licitante pretenda utilizar-se dos benefícios concedidos pela Lei Complementar n º 123/2006 para microempresas ou empresas de pequeno porte deverá apresentar os documentos a seguir, juntamente com os exigidos nos itens anteriores;
3.11. Para fins de comprovação da condição de micro ou empresa de pequeno porte, assim definidas aquelas que se enquadram na classificação descrita no Artigo 3º da Lei Complementar 123-2006, as licitantes deverão apresentar declaração de enquadramento da junta comercial e/ou a declaração contida no anexo IX deste edital, com assinatura compatível com o documento apresentado na letra "a", do item **3.3** ou assinada por quem detenha poderes de representação;
3.12. Os documentos para credenciamento NÃO deverão ser entregues dentro dos envelopes de proposta e habilitação;
3.13. A ausência de credenciamento não excluirá o licitante do certame, mas importará a preclusão do direito de formular lances na sessão, na renúncia ao direito de interposição de recursos e a prática dos demais atos inerentes ao certame.

4. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA COMERCIAL E DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

4.1. Os documentos da proposta comercial e de habilitação deverão ser entregues a pregoeira na abertura da sessão pública deste certame, em envelopes distintos, colados e indevassáveis, contendo em sua parte externa as seguintes informações:

Envelope 1

À
PREGOEIRA DA COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA – CAER
PROCESSO LICITATÓRIO Nº XX/XX
PREGÃO PRESENCIAL Nº XX/XX
"PROPOSTA COMERCIAL"
RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

Envelope 2

À
PREGOEIRA DA COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA – CAER
PROCESSO LICITATÓRIO Nº XX/XX
PREGÃO PRESENCIAL Nº XX/XX
"DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO"
RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

5. PROPOSTA COMERCIAL

5.1. A proposta comercial poderá ser apresentada conforme modelo (Anexo V) deste edital, obedecidas às disposições do termo de referência (Anexo I), com assinatura compatível com a do documento apresentado na letra "a" do item 3.3 ou por quem detenha os poderes de representação;
5.1.1. Na proposta comercial deverão constar os seguintes elementos:
a) razão social, CNPJ (que deverá ser o mesmo para a proposta comercial e nota fiscal), endereço completo, número de telefone, e-mail (se houver) e fax, bem como o nome do banco, número da conta e a respectiva agência onde deseja receber seus créditos;
b) Descrição do objeto licitado com as devidas especificações técnicas, marcas e outros elementos exigidos no anexo I, de modo a identificar o produto ofertado e atender ao disposto no art. 31, da Lei nº. 8.078/90 – Código de Defesa do Consumidor;
c) Indicação dos preços unitário e total em moeda corrente do país, em algarismos, com 2 (duas) casas decimais após a vírgula, para todos os itens que compõem a proposta;
5.1.2 O preço total proposto importará na multiplicação dos preços unitários pelos quantitativos estimados para a contratação de cada item;

5.1.3. Ocorrendo divergência entre o preço unitário e o preço total, prevalecerá o valor do preço unitário, do mesmo modo que prevalecerá o valor expresso por extenso sobre o valor numérico;
5.2. O prazo de validade da proposta será de 60 (sessenta) dias, contados da data da sessão pública, prorrogáveis por igual período, a critério da administração, e caso o licitante se omita, presumir-se-á válida pelo prazo acima mencionado;
5.3. Consideram-se incluídas na proposta todas as despesas diretas e indiretas, necessárias à entrega do objeto, como tributos, encargos sociais, frete, seguros, cargas e descargas até o destino e quaisquer outros ônus que porventura possam recair sobre o fornecimento do objeto da presente licitação, os quais ficarão a cargo exclusivamente do licitante vencedor;
5.4. A proposta não poderá impor condições ou conter opções;
5.5. A Administração não se responsabilizará por envelopes que não sejam entregues ao pregoeiro designado, no local, data e horário definidos neste edital;
5.6. Após a abertura das propostas, não será admitido cancelamento, inclusão ou exclusão de documentos, retirada da proposta ou alteração nas suas condições, ficando o licitante sujeito à suspensão ou cancelamento do seu registro, de acordo com as previsões legais, além da inclusão no cadastro de fornecedores impedidos de licitar e contratar com a administração pública estadual;
5.7. Além das especificações contidas no termo de referência, anexo I deste edital, o produto, bem ou serviço deverá estar de acordo com as normas legais e/ou regulamentares aplicáveis ao setor, devendo sua comercialização ser lícita e regular em território nacional;
5.8. Falhas meramente formais poderão, após a análise, serem sanadas pelo pregoeiro, desde que não caracterizem tratamento diferenciado em relação aos demais licitantes;
5.9. É de obrigatoriedade constar na proposta comercial do fornecedor no ato da licitação:
a) Laudo de Atendimento aos Requisitos de Saúde (LARS), em conformidade com os critérios estabelecidos pela NBR 15784/2014;
b) Comprovação de Baixo Risco a Saúde – CBRS, pelo uso do produto químico em tratamento de água para consumo humano, nos moldes da NBR 15784/2014.
c) Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ), nos moldes da NBR 14725-4.

6. DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

6.1. Encerrada a etapa competitiva, a pregoeira procederá à análise da documentação constante do envelope de habilitação da licitante detentora da proposta de menor preço, para a verificação do atendimento às condições fixadas neste edital. Para a habilitação, os licitantes deverão apresentar, sob pena de inabilitação, a seguinte documentação:
6.1.1. Documentos referentes à Habilitação Jurídica, conforme o caso:
a) Para empresário individual: **Registro comercial**;
b) Para sociedades por ações: **Última ata de eleição** de seus diretores registrada na junta comercial e cópia do Estatuto arquivado na junta comercial;
c) Para Sociedades empresárias ou não empresárias: cópia do **contrato social** com a última alteração consolidada, ou com todas as alterações que envolvam a razão social, administração da empresa e dos sócios;
d) CPF e cédula de identidade do proprietário, diretores ou sócios;
e) Os documentos relacionados nas alíneas "a" a "d" deste subitem não precisarão constar no envelope de "Documentos de Habilitação" **se tiverem sido apresentados para o credenciamento deste pregão;**
6.1.2. Documentos referentes à Regularidade Fiscal e Trabalhista :
a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – **CNPJ**;
b) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes, estadual ou municipal, relativo ao domicílio ou sede da licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
c) Prova de regularidade fiscal, tributos federais e à **Dívida Ativa da União**, inclusive contribuições previdenciárias, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil – RFB e pela Procuradoria Geral da Fazenda Federal PGFN, conforme Portaria MF nº 358, de 5 de setembro de 2014;
d) Certificado de regularidade perante o fundo de garantia por tempo de serviço (FGTS), emitido pela Caixa Econômica Federal;
e) Certidão negativa da fazenda estadual;
f) Certidão negativa da fazenda municipal;

g) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (**CNDT**), comprovando a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, conforme Lei Ordinária 12440, de 07 de julho de 2011, e Resolução Administrativa nº 1.470 de 24 de agosto de 2011 do TST.

6.1.3. Documentos referentes à Qualificação Econômico-financeira:

a) Balanço patrimonial constando o termo de **abertura e encerramento** e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, devidamente assinadas pelo contador;

b) As licitantes constituídas no presente exercício, obedecidas às formalidades e exigências da lei, deverão apresentar o balanço patrimonial de abertura;

c) As empresas que permaneceram INATIVAS no último exercício social deverão apresentar Balanço de Abertura do presente exercício, junta,mente com a Declaração Negativa de Informações de Pessoa Jurídica (DIPJ) e/ou Declaração Simplificada de Pessoa Jurídica Inativa (DSPJ), instituída pela IN nº 127/1998/SRF;

d) As empresas sujeitas à apresentação de Escrituração Contábil Digital (ECD) nos termos do art. 2º do Decreto Federal nº 6.022/2007, com a utilização do Sistema Público de Escrituração Digital (SPED), deverão apresentar em documentos impressos extraídos do livro digital o Balanço Patrimonial e a Demonstração de Resultado, todos emitidos pelo Programa Validador e Autenticador (PVA) e acompanhados do respectivo recibo de entrega e Termo de Abertura e Encerramento.

e) Certidão negativa de **falência ou concordata**, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa Jurídica, consoante inciso II, do art. 31, da Lei nº 8.666/93;

6.1.4. Declarações e Documentos Complementares:

a) Declaração de cumprimento ao disposto no art. 7º, inciso XXXIII da Constituição da República, modelo anexo VI deste edital;

b) Declaração de que os sócios da proponente não são servidores ou dirigentes da Companhia de águas e Esgotos de Roraima – CAER, ou responsável pela licitação, conforme disposto no art. 9º, da lei Federal 8.666/93. (modelo anexo VII do edital);

c) Declaração de que não existem **fatos supervenientes** que impeçam sua habilitação e contratação neste processo licitatório, bem como de que não está sofrendo nenhuma sanção promovida por órgão ou entidade pública. (modelo anexo VIII do edital);

d) Declaração de **elaboração independente de proposta**, de que trata a Instrução Normativa n° 2, de 16 de setembro de 2009 (anexo X).

6.2. Os documentos relacionados nos subitens 6.1.1 e 6.1.2 poderão ser substituídos pelos certificados abaixo, em vigor na data da realização do pregão, desde que expressamente indicados no referido cadastro:

a) Certificado de Registro Cadastral - CRC emitido pela Companhia de Águas e Esgotos de Roraima - CAER e/ou certificado emitido por qualquer órgão da administração pública, com exceção do SICAF;

6.3. No caso de não constar, expressamente, nos mencionados cadastros quaisquer documentos exigidos nos subitens 6.1.1 e 6.1.2 ou os mesmos estiverem com os prazos vencidos, o licitante deverá incluí-los no envelope de habilitação;

6.4. Para fins de habilitação, é facultada ao pregoeiro a verificação das informações e o fornecimento de documentos que constem de sítios eletrônicos de órgãos e entidades das esferas municipal, estadual e federal, emissores de certidões, devendo tais documentos serem juntados ao processo;

6.4.1. É facultado a pregoeira consultar a validade possa via internet, desde que, na fase habilitatória, a verificação dos mesmos seja possível;

6.4.2. A possibilidade de consulta prevista no subitem 6.4.1 não constitui direito da licitante e a administração não se responsabilizará pela eventual indisponibilidade dos meios eletrônicos no momento da diligência, hipótese em que, em face do não saneamento das falhas constatadas, o licitante será declarado inabilitado;

6.5. Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente ou por servidor da administração, ou publicação em órgão da imprensa oficial, com exceção dos extraídos pela internet, com vigência plena até a data fixada para abertura do pregão;

6.6. Os documentos encaminhados para habilitação deverão estar em nome da licitante e, preferencialmente, com o número do CNPJ e o respectivo endereço, inclusive para os casos de documentações de estabelecimentos matriz ou filial, exceto aqueles somente emitidos em nome da matriz;

6.7. As ME e EPP deverão apresentar toda a documentação exigida para a habilitação, inclusive os documentos comprobatórios da regularidade fiscal, mesmo que estes apresentem alguma restrição;

6.7.1. Havendo restrição na comprovação da regularidade fiscal das ME e EPP, será assegurado o prazo de 5 (cinco) dias úteis, cujo termo inicial ocorrerá na sessão pública, prorrogáveis por igual período, a critério da Administração, para regularização;

6.7.2. A prorrogação do prazo para a regularização fiscal dependerá de requerimento, devidamente fundamentado, a ser dirigido ao pregoeiro;
6.7.3. Entende-se por tempestivo o requerimento apresentado dentro dos dois dias úteis inicialmente concedidos.
6.7.4. A não regularização da documentação fiscal, no prazo previsto neste item, implicará decadência do direito à contratação, sem prejuízo das sanções cabíveis;
6.8. Todos os documentos deverão ter vigência até o dia previsto para a realização do pregão, sendo que, na hipótese de inexistir nos documentos prazo expresso de sua validade, reputar-se-ão **válidos por 90 (noventa) dias**, contados de sua expedição;
6.9. Se o detentor da melhor proposta desatender às exigências previstas neste título, será inabilitado e o Pregoeiro examinará as ofertas subsequentes e a qualificação da licitante seguinte, na ordem de classificação, até a seleção daquela que atenda ao edital, e cujo ofertante uma vez preenchida as condições de habilitação, será declarado vencedor;
6.10. Verificado o atendimento das exigências fixadas neste edital, o licitante será declarado vencedor;
6.11. O licitante obriga-se a declarar a superveniência de fato impeditiva da habilitação, observadas as penalidades cabíveis;
6.12. A CAER manterá em seu poder, por meio da Comissão Permanente de Licitações–CPL, os envelopes de habilitação dos demais licitantes, pelo prazo de 60 (sessenta) dias, após a homologação da licitação, devendo as licitantes retirá-los após este período, sob pena de inutilização dos mesmos.

7. DA SESSÃO DO PREGÃO E DA FORMULAÇÃO DOS LANCES

7.1. No dia, hora e local estabelecidos neste edital, na presença dos interessados ou seus representantes legais, a pregoeira instaurará a sessão pública, destinada ao credenciamento dos representantes, ao recebimento dos envelopes de propostas de preços e de habilitação, e ainda a realização do procedimento licitatório;
7.1.1. Após o credenciamento dos participantes o pregoeiro declarará aberta a sessão e receberá dos licitantes a declaração dando ciência de que cumprem plenamente os requisitos de habilitação, conforme modelo do anexo III, e os envelopes de proposta comercial e habilitação;
7.1.2. A apresentação da proposta vinculará o seu autor a todas as condições e obrigações inerentes ao certame;
7.1.3. Em seguida, dar-se-á início a abertura dos envelopes de propostas comerciais para classificação;
7.1.4. Declarada aberta a sessão pública, não serão credenciados novos licitantes.
7.2. Da Classificação das Propostas:
7.2.1. Após abertas às propostas, estas serão analisadas verificando-se o atendimento a todas as especificações e condições estabelecidas neste edital e seus anexos, sendo imediatamente desclassificadas aquelas que estiverem em desacordo;
7.2.2. Será declarada classificada, pelo pregoeiro, a proposta do licitante que ofertar o menor preço, conforme critério de julgamento indicado no preâmbulo deste edital;
7.2.3. Dentre as Propostas classificadas no **exame de conformidade**, serão classificadas para a fase de lances verbais, **a Proposta de menor preço e aquelas que tenham os valores sucessivos e superiores em até 10% (dez por cento) da menor proposta apresentada** (inc. VIII art. 4º da lei 10.520/2002);
7.2.4. Não havendo pelo menos três propostas nas condições definidas no item anterior, o pregoeiro classificará as melhores propostas subsequentes, até o máximo de três.
7.3. Dos Lances Verbais:
7.3.1. O pregoeiro convidará os licitantes classificados, individualmente e de forma sequencial, a apresentar lances verbais, a partir do autor da proposta classificada de maior preço e os demais, em ordem decrescente de valor;
7.3.2. Poderão ser ofertados lances intermediários, na hipótese do ofertante declarar impossibilidade de cobrir o menor preço, que ficarão registrados em ata e servirão, inclusive, para definir a ordenação das propostas, depois de concluída a etapa de lances;
7.3.3. A critério da pregoeira poderá ser acordado entre os licitantes participantes da etapa de lances, valor de redução ou percentual mínimo entre os mesmos e tempo máximo para sua formulação;
7.3.4. Dos lances ofertados não caberá retratação;
7.3.5. Caso o sistema informatizado de realização do pregão não defina automaticamente a classificação de propostas iniciais, em caso de preços iguais, será realizado sorteio para determinação da ordem de oferta dos lances;
7.3.6. A desistência em apresentar lance verbal implicará a exclusão do licitante da continuidade da etapa de lances e a manutenção do último preço apresentado, para efeito de posterior ordenação das propostas;

7.3.7. O encerramento da etapa de lances dar-se-á quando, convocados pelo pregoeiro, todos os licitantes manifestarem seu desinteresse em apresentar novos lances;
7.3.8. Se não forem ofertados lances verbais, será verificada a conformidade entre a melhor proposta escrita, ainda que seja a única formulada, e o valor praticado no mercado, podendo o pregoeiro negociar diretamente com o proponente;
7.3.9. Após a fase de lances, se a proposta mais bem classificada não tiver sido ofertada por ME ou EPP e houver proposta apresentada por ME ou EPP **até 5% (cinco por cento)** superior a melhor proposta, estará configurado o empate previsto no art. 44, § 2º, da Lei Complementar nº. 123 de 14.12.2006;
7.3.10. Ocorrendo a hipótese acima, proceder-se-á da forma descrita nos artigos 44 e 45 da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, a pregoeira implicará os critérios para desempate em favor da microempresa ou empresa de pequeno porte;
7.3.11. Caso entenda necessário, o pregoeiro solicitará ao licitante a demonstração detalhada da composição de sua oferta, através de apresentação de planilha, conforme prazo estipulado na própria sessão;
7.3.12. Ocorrendo alteração do valor por lote da proposta escrita, o licitante declarado vencedor deverá reapresentar, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis após encerrada a sessão pública, proposta de preços com os valores readequados.

8. CRITÉRIOS DE JULGAMENTO

8.1. O critério de julgamento será o de **MENOR VALOR GLOBAL;**
8.2. Declarada encerrada a etapa competitiva e ordenadas as ofertas, a pregoeira examinará a aceitabilidade da primeira classificada, quanto ao objeto e valor, de acordo com os critérios estabelecidos neste edital, decidindo motivadamente a respeito;
8.3. A pregoeira poderá recusar propostas cujos valores sejam acentuadamente superiores ao preço estimado;
8.4. Se houver apenas uma oferta e desde que esta atenda a todos os termos do edital e que seu preço seja compatível com o valor estimado da contratação, esta poderá ser aceita;
8.5. Se a proposta não for aceitável ou o licitante não atender as exigências habilitatórias, a Pregoeira examinará a oferta subsequente, verificando a sua aceitabilidade e procedendo à verificação das condições de habilitação do licitante, e assim, sucessivamente, na ordem de classificação, até a apuração de uma proposta ou lance que atenda ao edital, sendo o respectivo licitante declarado vencedor e a ele adjudicado o objeto deste edital, para o qual tenha apresentado proposta;
8.6. Sendo aceitável a oferta de **MENOR VALOR GLOBAL** será aberto o envelope contendo a documentação de habilitação do licitante que tiver formulado para confirmação das suas condições habilitatórias;
8.7. Para efeito de julgamento serão desconsiderados os valores a partir da terceira casa decimal, caso apresentados;
8.8. Não se considerará qualquer oferta de vantagem não prevista no edital;
8.9. A Pregoeira, no julgamento das propostas, poderá desconsiderar evidentes falhas formais que não afetem o conteúdo.
8.10. Apurada a melhor proposta que atenda o edital, a pregoeira poderá negociar com o proponente para que seja obtido o melhor preço;
8.11. Constatando o atendimento pleno às exigências fixadas no edital, o licitante será declarado VENCEDOR, sendo adjudicado o objeto para o qual apresentou proposta;
8.12. Decididos os recursos ou transcorridos *in albis* o prazo para sua interposição, os envelopes de "DOCUMENTAÇÃO" e "HABILITAÇÃO" dos licitantes não vencedores serão colocados à sua disposição na sede administrativa da CAER, situada a Rua Melvin Jones, 219 – Centro, nesta cidade de Boa Vista – RR, para retirada dentro do período de 15 (quinze) dias; findo tal prazo, os envelopes serão destruídos ou encaminhados sem para o endereço dos licitantes.

9. DO RECURSO

9.1. Declarado o vencedor, qualquer licitante poderá manifestar, imediata e motivadamente, a intenção de recorrer, cuja síntese será lavrada em ata, sendo concedido o prazo de 03 (três) dias para apresentação das razões do recurso;
9.1.1. Aos licitantes que manifestarem a intenção de recorrer, será concedido o prazo de 03 (três) dias para apresentação das razões do recurso;
9.1.2. Aos demais licitantes, independentemente de intimação, será concedido igual prazo para apresentação de contra razões, o qual começará a contar a partir do término do prazo concedido ao recorrente;

9.2. O encaminhamento das razões e eventuais contra razões deverá ser feito por escrito e protocolizado na sala da COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO - CPL da Companhia de Águas e Esgotos de Roraima – CAER, das 07h30min às 13h30min, na Rua Melvin Jones nº 219, Bairro São Pedro – Boa Vista/RR ;
9.3. O licitante poderá apresentar as razões do recurso na própria sessão do pregão, as quais serão reduzidas a termo pelo Pregoeiro na respectiva ata;
9.4. Após o término da sessão será assegurada vista imediata dos autos a todos os licitantes;
9.5. Os recursos serão dirigidos ao pregoeiro, que reconsiderando ou não a sua decisão, os encaminhará devidamente informados, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, ao Presidente da CAER;
9.6. A falta de manifestação imediata e motivada do licitante, quanto ao resultado do certame, importará a decadência do direito de interposição de recurso;
9.7. O acolhimento do recurso importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento;
9.8. Decididos os recursos e constatada a regularidade dos atos procedimentais, o presidente da CAER homologará o resultado da licitação.

10. DA ADJUDICAÇÃO E DA HOMOLOGAÇÃO

10.1. Inexistindo manifestação recursal, a pregoeira adjudicará o objeto ao licitante vencedor, competindo à autoridade superior homologar o procedimento licitatório;
10.2. Decididos os recursos porventura interpostos, e constatados a regularidade dos atos procedimentais, a autoridade competente da CAER adjudicará o objeto ao licitante vencedor e homologará o procedimento licitatório;
10.3. Será lavrada ata circunstanciada da sessão pública do pregão com o registro dos licitantes credenciados, das propostas escritas e verbais apresentadas, na ordem de classificação, dos preços ofertados, da análise dos documentos de habilitação e dos recursos interpostos além de outros registros pertinentes.

11. DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

11.1. Homologado o resultado da licitação, respeitadas a ordem de classificação e a quantidade de fornecedores a serem registrados, a CAER convocará os interessados para, no prazo de cinco dias úteis contados da data do recebimento da convocação, assinar a ata de registro de preços;
11.2. Poderá a proposta do licitante ser desclassificada até a assinatura da ata de registro de preços, se tiver a CAER conhecimento de fato ou circunstância superveniente que desabone sua regularidade fiscal, jurídica, qualificação técnica e/ou econômico-financeira. Neste caso, poderá ser procedida nova classificação, efetuando-se a convocação dos licitantes remanescentes, em ordem crescente de preços;
11.3. Após a publicação da ata do registro de preços da Companhia de Águas e Esgotos de Roraima – CAER no jornal de grande circulação e no Diário Oficial do Estado, poderá ser emitida "Autorização de Fornecimento, Obras e Serviços - AFOS" dentro do prazo de validade do registro;
11.4. Poderá utilizar-se da ata de registro de preços qualquer integrante da administração pública que não tenha participado do certame, mediante prévia consulta a CAER, cabendo à empresa detentora do preço registrado a aceitação ou não do fornecimento, desde que o quantitativo não exceda os quantitativos estipulados no Decreto Federal nº 9.488/2018, observando o prazo da validade da ata;
11.5. A ata de registro de preços não obriga a CAER adquirir os produtos nela registrados nem firmar contratações nas quantidades estimadas, podendo realizar licitação específica para aquisição de um ou mais itens, obedecida a legislação pertinente, hipótese em que, em igualdade de condições, o beneficiário do registro terá preferência;
11.5.1. O direito de preferência de que trata o item anterior poderá ser exercido pelo beneficiário do registro, quando a CAER optar pela aquisição do objeto cujo preço está registrado, por outro meio legalmente permitido, que não a ata de registro de preços, e o preço cotado neste, for igual ou superior ao registrado;
11.6. A CAER avaliará o mercado constantemente, promoverá as negociações necessárias ao ajustamento do preço;
11.7. A Ata poderá sofrer revisões e cancelamento dos valores registrados, conforme art. 17 do Decreto nº 7.892, de 23 de janeiro de 2013, observadas as disposições contidas na alínea “d” do inciso II do caput do art. 65 da Lei 8.666/93;
11.8. Da ata constarão, também, as obrigações da CAER e dos fornecedores.

12. DA VIGÊNCIA DA ATA

12.1. O prazo de vigência da Ata de Registro de Preços será de 12 (doze) meses, contados a partir da sua publicação

13. DAS ALTERAÇÕES DOS PREÇOS

13.1. Os preços registrados se manterão fixos e irreajustáveis durante a vigência da ata, ressalvadas as hipóteses contidas no art. 65 da Lei 8.666/93, desde que, devidamente comprovadas mediante planilhamento dos custos e detalhamento dos fatos supervenientes;
13.2. Os valores revisados serão publicados no Diário Oficial do Estado.

14. DA CONTRATAÇÃO

14.1. A administração pública, em regra, escolherá o instrumento contratual mais hábil para contratação. Excepcionalmente, a contratação efetivar-se-á por meio da Autorização de Fornecimento, Obras e Serviços - AFOS, conforme faculta o § 4º do art. 62 da Lei Federal nº. 8666/93, e suas condições gerais serão as constantes do presente edital;
14.2. O objeto da presente licitação poderá sofrer acréscimos ou supressões, conforme previsto no art. 65, §§ 1º e 2º, da Lei nº. 8.666 de 21.06.1993;
14.3. As contratações decorrentes deste registro de preços observarão a ordem de classificação e a capacidade de abastecimento dos fornecedores;
14.4. Se a empresa declarada vencedora não assinar a Autorização de Compra no prazo de 5 (cinco) dias úteis contados da data do recebimento da convocação pela CAER, caducará o seu direito à contratação;
14.5. Ocorrendo a hipótese prevista no item 14.4, poderão ser convocadas as licitantes remanescentes para exame das ofertas subsequentes, observada a ordem de classificação, respeitados as condições de fornecimento, os preços e os prazos da proposta registrada;
14.6. A contratada não poderá, em hipótese alguma, caucionar ou utilizar o instrumento firmado com a CAER para qualquer operação financeira;
14.7. A contratada deverá manter, durante a vigência da ata, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
14.8. A contratação decorrente desta licitação poderá ser rescindida, independentemente de aviso, interpelação ou notificação judicial, nas hipóteses previstas no art. 78 da Lei Federal nº 8.666/93, sem que a contratada, por isso, tenha direito a qualquer reclamação ou indenização, salvo o executado até o momento da rescisão;
14.9. A rescisão contratual provocada pela inadimplência da contratada acarretará aplicação das sanções previstas na Lei Federal nº 8.666/93, sem prejuízo das responsabilidades civil e penal.

15. DA ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO E DA EXECUÇÃO DO OBJETO

15.1. De acordo com o termo de referência, anexo I deste edital.

16. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

16.1. De acordo com o termo de referência, anexo I deste edital.

17. DOS ESCLARECIMENTOS E DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL

17.1. Qualquer pessoa, física ou jurídica, poderá solicitar esclarecimentos providências ou impugnar o presente instrumento convocatório, protocolando o pedido em até 02 (dois) dias úteis antes da data fixada para recebimento das propostas, observando o horário de expediente desta empresa (das 7h30min às 13h30min);
17.2. A apresentação da impugnação contra o presente edital será processada e julgada na forma e prazos previstos no regulamento da licitação na modalidade de pregão, devendo ser encaminhado à pregoeira, na SALA DA CPL/CAER, na Av. Melvin Jones, nº 219 – São Pedro, no horário de expediente **(das 7h30min às 13h30min); 17.3.** No prazo legal, a CPL decidirá sobre a impugnação;
17.4. Os pedidos de esclarecimentos deverão ser encaminhados ao email cpl@caer.com.br e demais informações poderão ser obtidas pelos telefones (95) 2121.2212.

18. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

18.1. O termo de referência e seus anexos farão parte integrante do processo licitatório, em qualquer modalidade eleita, independentemente de transcrição;
18.2. É facultada a CPL/CAER ou autoridade superior, em qualquer fase do processo licitatório, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo;

18.3. Fica assegurada a Companhia de Águas e Esgotos de Roraima o direito de no interesse da administração, anular ou revogar, a qualquer tempo, no todo ou em parte, o processo licitatório, dando ciência aos participantes, na forma da legislação vigente;
18.4. Os proponentes são responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase do processo licitatório;
18.5. Após apresentação da proposta não caberá desistência, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente e aceito pela CPL/CAER;
18.6. Qualquer pedido de esclarecimentos em relação a eventuais dúvidas na interpretação do termo de referência deverá ser encaminhado à CPL/CAER, por escrito, até 02 (dois) dias úteis antes do prazo estipulado para início do certame licitatório;
18.7. São partes integrantes e inseparáveis do presente edital:
- Anexo I – Termo de Referência;
- Anexo II – (modelo) Credenciamento;
- Anexo III – (modelo) Declaração de atendimento às condições de habilitação;
- Anexo IV – (modelo) Declaração de pleno conhecimento e aceitação dos termos do edital e seus anexos;
- Anexo V – (modelo) Proposta comercial;
- Anexo VI – (modelo) Declaração de menor empregado;
- Anexo VII – (modelo) Declaração de que os sócios da proponente não são servidores ou dirigentes da CAER;
- Anexo VIII – (Modelo) Declaração de fato superveniente;
- Anexo IX – (modelo) Declaração de microempresa e/ou empresa de pequeno porte;
- Anexo X – (modelo) Declaração de elaboração independente de proposta;
- Anexo XI – Minuta da ata de registro de preços;
- Anexo XII – Minuta de contrato;

18.8. Cópia deste Edital desta licitação estarão à disposição dos interessados na Rua Melvin Jones, n 219, São Pedro, Boa Vista – RR.
18.9. Fica eleito o foro da Comarca de Boa Vista, Estado de Roraima, para solucionar quaisquer questões oriundas desta licitação.

Boa Vista, 03 de janeiro de 2020.

Helionara de Carvalho Ferreira
Pregoeira/CPL-CAER

PREGÃO PRESENCIAL – SRP Nº 01/2020
ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO

1.1. O presente instrumento tem por objeto contratação do serviço de assistência à saúde, na modalidade de contratação coletiva por adesão, com disponibilidade de estrutura hospitalar em âmbito nacional ou municipal, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade de atendimentos aos beneficiários, compreendendo o atendimento laboratorial, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, internações clínico e cirúrgicas, obstétricas e em terapia intensiva ou semi-intensiva e utilização de leitos especiais (nos casos de obesidade mórbida, queimaduras, escaras e outras situações que o exijam) em hospitais e clínicas, sem excluir doenças preexistentes congênitas ou crônicas, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para os empregados da **Companhia de Águas e Esgotos de Roraima – CAER**, conforme as especificações detalhadas neste Termo de Referência;

1.2. Plano de saúde com as características descritas acima no **item 1.1**, atenderá os dirigentes, funcionários, servidores cedidos à empresa **CONTRATANTE**, bem como os ocupantes de cargos em comissão e seus respectivos dependentes, que poderão aderir mediante condições especificadas no presente termo de referência;

1.3. Os beneficiários farão jus a diárias hospitalares em nível de acomodação individual padrão (apartamento individual com banheiro e direito a um acompanhante) **ou coletivo,** e berçário, tanto em caráter eletivo como emergencial.

2. JUSTIFICATIVA

2.1. Contribuir para o bem-estar físico e mental e para a melhoria das condições sociais dos dirigentes, servidores e seus dependentes, assegurando assistência à saúde eficiente e digna, seja na atividade funcional ou na vida privada, além disso, reduzir ou minimizar os efeitos danosos das doenças sobre a continuidade e qualidade no desempenho das atividades laborais;

2.2. Além disso, a contratação é necessária, por está previsto na cláusula vigésima quarta do acordo coletivo de trabalho **CAER/STIURR 2019/2020;**

2.3. A contratação deve observar as coberturas mínimas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde Divulgados pela ANS, que nessa data encontra-se disciplinado na Resolução Normativa – RN nº 428/2017, de 07 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999;

2.4. Quanto ao tratamento diferenciado a Microempresas (MEs) e Empresas de Pequeno Porte (EPP), indica-se a não aplicação fundamentada no art. 49, III da Lei 123/2006, por não ser vantajoso para a Companhia, uma vez que se trata de empresas especializadas operadoras de plano de saúde e o intuito da Licitação é abranger o máximo de interessado possíveis.

3. DO VALOR ESTIMADO

3.1. O valor estimado mensal é de **R$ 208.952,83 (duzentos e oito mil novecentos e cinquenta e dois reais e oitenta e três centavos)**, totalizando, para no período de 12 (doze) meses, o valor de **R$ 2.507.433,96 (dois milhões, quinhentos e sete mil, quatrocentos e trinta e três reais e noventa e seis centavos)**, com base na cotação de valores realizada pela Divisão de Compras – DCOMP;

3.2. Do valor total acima citado, **R$ 1.990.370,64 (um milhão novecentos e noventa reais, trezentos e setenta reais e sessenta e quatro reais)**, corresponde aos gastos com beneficiários titulares, sendo 60% (sessenta por cento) equivalente a **R$ 1.194.222,38 (um milhão cento e noventa e quatro mil, duzentos e vinte e dois reais e trinta e oito centavos)** custeado pela empresa CONTRATANTE e 40% (quarenta por cento) equivalente a

R$ 796.148,26 (setecentos e noventa e seis reais, cento e quarenta e oito reais, e vinte e seis reais) custeado pelos beneficiários titulares;

3.3. Do valor total citado no subitem 3.1, **R$ 517.063,32 (quinhentos e dezessete mil, sessenta e três reais e trinta e dois centavos)** corresponde aos gastos com beneficiários dependentes, que serão integralmente custeados pelos beneficiários titulares;

3.4. A empresa **CONTRATADA** reconhece a natureza do serviço e a imprevisibilidade da quantidade de beneficiários, sendo o valor indicado meramente estimado, uma vez que depende de adesão espontânea dos servidores, razão pela qual a participação nesta eventual contratação não a autoriza a exigir execução de parcela mínima do valor estimado, nem a postular reequilíbrio econômico-financeiro e/ou alteração dos valores relativos a faixas ou tipos de plano;

3.5. Quando houver alteração do quantitativo, esta se dará sem a necessidade de formalização de Termo Aditivo, e sim de simples Termo de Apostilamento ao Processo;

3.6. Os valores acima estimados da contratação foram baseados na estimativa de adesão de 195 (cento e noventa e cinco) beneficiários titulares, 101 (cento e um) beneficiários dependentes perfazendo um total de 296 (duzentos e noventa e seis) beneficiários.

4. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1. As despesas com a execução do presenta objeto, no exercício de 2020, serão atendidas através programa orçamentário nº **43030.17122010.001000.154.001;**

4.2. As despesas a serem executadas nos exercícios seguintes serão atendidas pelo referido programa orçamentário.

5. DO PRAZO DE VIGÊNCIA

5.1 O prazo de vigência do contrato a ser celebrado com a empresa vencedora será de 12 (doze) meses, podendo ser renovado por igual período a critério da Administração Pública, nos termos do art. 57, II da Lei Federal nº 8.666/93.

6. DO CUSTEIO DOS PLANOS

6.1. O custeio do plano é de responsabilidade da **CONTRANTANTE** e dos beneficiários titulares, através de contribuições mensais, conforme disposto na cláusula vigésima quarta do acordo coletivo de trabalho CAER/STIURR 2018/2019;

6.2. A contribuição da **CONTRATANTE** será de 60% (sessenta por cento) da contraprestação mensal do beneficiário titular e a parcela de 40% (quarenta por cento) será de responsabilidade de o beneficiário titular, através de consignação em folha de pagamento que serão repassados pela empresa **CONTRATANTE** diretamente a **CONTRATADA;**

6.3. O custeio da contraprestação pecuniária dos beneficiários dependentes será assumido integralmente pelo beneficiário titular através de consignação em folha de pagamento, que será repassado pela empresa **CONTRATANTE** diretamente a **CONTRATADA.**

7. DOS TIPOS DE PLANOS

7.1. Para opção dos Beneficiários, deverão ser ofertados os tipos de planos a seguir especificados:

7.1.1 Plano de saúde "A": NACIONAL, com internação hospitalar em apartamento, observada as peculiaridades do padrão de cada estabelecimento credenciado;

7.1.2 Plano de saúde "C": MUNICIPAL, na cidade de Boa Vista-RR, com internação hospitalar em apartamento ou coletivo, observada as peculiaridades do padrão de cada estabelecimento credenciado.

7.2. A opção do titular por um plano obriga os dependentes a fazerem igual opção, relativamente ao item 7.1 do presente termo de referência;

7.3. A empresa **CONTRATADA** não poderá criar em quaisquer hipóteses restrições ao atendimento de beneficiário sob a alegação de doenças ou lesões preexistentes ou congênitas.

8.DAS FAIXAS DE IDADE E QUANTITATIVO ESTIMADO DE USUÁRIOS

8.1. As variações das prestações em razão da idade do usuário e a quantidade estimada dos usuários a serem inscritos no plano, os quais serão executados por demanda, conforme tabela abaixo:

8.1.1 PLANO DE SAÚDE "A": NACIONAL

FAIXA ETÁRIA E QUANTITATIVO

FAIXAS ETÁRIAS	TITULAR	DEPENDENTES	TOTAL	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
De 0 a 18 Anos		24	24	R$ 347,63	R$ 8.343,12
De 19 a 23 Anos	1	4	5	R$ 431,00	R$ 2.155,00
De 24 a 28 Anos	6	3	9	R$ 573,81	R$ 5.164,29
De 29 a 33 Anos	4	-	4	R$ 698,81	R$ 2.795,24
De 34 a 38 Anos	4	1	5	R$ 746,85	R$ 3.734,25
De 39 a 43 Anos	11	1	12	R$ 825,72	R$ 9.908,64
De 44 a 48 Anos	15	-	15	R$ 1.012,06	R$ 15.180,90
De 49 a 53 Anos	14	1	15	R$ 1.156,05	R$ 17.340,75
De 54 a 59 Anos	11	-	11	R$ 1.703,15	R$ 18.734,65
Maior de 60 Anos	12	3	15	R$ 1.969,08	R$ 29.536,20
TOTAL	**78**	**37**	**115**		**R$ 112.893,04**

8.1.2 PLANO DE SAÚDE "B": MUNICIPAL

FAIXA ETÁRIA E QUANTITATIVO

FAIXAS ETÁRIAS	TITULAR	DEPENDENTES	TOTAL	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
De 0 a 18 Anos	-	38	38	R$ 223,96	R$ 8.510,48
De 19 a 23 Anos	1	4	5	R$ 268,78	R$ 1.343,90
De 24 a 28 Anos	4	2	6	R$ 309,12	R$ 1.854,72
De 29 a 33 Anos	17	2	19	R$ 355,48	R$ 6.754,12
De 34 a 38 Anos	14	1	15	R$ 408,77	R$ 6.131,55
De 39 a 43 Anos	10	6	16	R$ 470,10	R$ 7.521,60
De 44 a 48 Anos	13	1	14	R$ 540,59	R$ 7.568,26
De 49 a 53 Anos	14	3	17	R$ 648,73	R$ 11.028,41
De 54 a 59 Anos	18	4	22	R$ 778,48	R$ 17.126,56
Maior de 60 Anos	26	3	29	R$ 973,11	R$ 28.220,19
TOTAL	**117**	**64**	**181**		**R$ 96.059,79**

8.2. Ninguém poderá ser impedido de participar do plano de saúde em razão da idade ou condição de portadora de deficiência.

9. DAS ADESÕES

9.1 A CONTRATANTE fornecerá à **CONTRATADA** a relação dos **BENEFICIÁRIOS**, em cada plano, responsabilizando-se pelas informações sobre **TITULARIDADE** e **DEPENDÊNCIA** dos inscritos, ficando assegurado a exata o direito de solicitar a comprovação, quando julgar necessária:

9.1.1 As inscrições no início da vigência do contrato deverão se possíveis, abranger o quantitativo estimado de **BENEFICIÁRIOS** previstos na negociação com a **CONTRATANTE;**

9.1.2 Para o cônjuge e/ou companheiro (a) mediante apresentação de escritura pública de união estável de o BENEFICIÁRIO TITULAR**,** ficará isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento do casamento ou da declaração de união estável;

9.1.3 Ocorrendo nascimento de filho, o **BENEFICIÁRIO TITULAR** terá o prazo máximo de até 30 (trinta) dias da data de nascimento, para inscrevê-lo como seu dependente neste contrato, sendo dispensado das carências previstas, pagando a mensalidade per capita do mês correspondente ao da inclusão;

9.1.4 Os filhos adotivos menores de 12(doze) anos de idade poderão ser inscritos e aproveitar os períodos de carência já cumprido no contrato pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento da adoção;

9.1.5 Os filhos dependentes, ao atingirem a idade limite ou perderem a condição de solteiros, poderão, caso desejem, celebrar plano de pessoa física, sendo válidas para o novo plano os prazos de carências em andamento ou já cumpridos por ele; **neste caso, ele deverá arcar com o pagamento integral da mensalidade que será equiparada à tabela vigente comercializada pela CONTRATADA;**

9.1.6 Poderão aderir ao plano, sem o cumprimento de prazos de carência, os novos empregados contratados que venham a aderir, incluindo os seus dependentes, desde que manifestem interesse em até 30 (trinta) dias do ato da contratação.

10. DAS EXCLUSÕES

10.1. Constituem motivos para exclusão do plano, respeitando-se os casos dispostos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, os seguintes casos:

10.1.1 Por morte;

10.1.2 Exoneração e demissão;

10.1.3 Destituição de cargo em comissão ou função comissionada, tendo por consectário a não mais emissão de contracheque por esta **CONTRATANTE;**

10.1.4 Quando entrar em gozo de licença para tratar de interesses particulares, sem remuneração;

10.1.5 Decisão administrativa ou judicial;

10.1.6]Fraude ou inadimplência;

10.1.7 Outras situações previstas em Lei;

10.1.8 Os dependentes comuns serão excluídos do Plano de Saúde, nos seguintes casos:

10.1.9 Morte;

10.1.10 Quando o titular ao qual estiver vinculado for excluído;

10.1.11 Quando deixarem de se enquadrar nas definições do rol de Beneficiários, previstas neste Termo;

10.1.12 Quando solicitado pelo titular ao qual estiver vinculado.

10.2. A exclusão a pedido do **BENEFICIÁRIO TITULAR** implicará na exclusão automática de todos os seus dependentes;

10.3. As exclusões terão vigência cadastral e financeira até o ultimo dia do mês da formalização da exclusão, salvo na hipótese de óbito do beneficiário, quando as mensalidades devidas serão cobradas pro rate die até a data do falecimento;

10.4. Os Beneficiários excluídos terão automaticamente a obrigação de devolver seus cartões de identificação a **CONTRATANTE**, que os devolverá à **CONTRATADA**, respondendo a **CONTRATANTE** pela utilização indevida dos mesmos, até o momento da comunicação oficial a **CONTRATADA** da exclusão do **BENEFICIÁRIO TITULAR;**

10.5. A CONTRATANTE não será responsável pela utilização irregular dos serviços assistenciais viabilizados pela **CONTRATADA,** nem por eventuais débitos ocorridos, após ter comunicado o evento que implique na exclusão de qualquer beneficiário, e cumprido o item 10.5;

10.6. O beneficiário titular e seus dependentes deixarão de usufruir dos serviços no 1º dia do mês subsequente à exclusão, independente da data em que ocorra a exclusão;

10.7. É garantida a manutenção de **BENEFICIÁRIOS TITULARES**, pelo período mínimo 06 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses, após sua demissão ou exoneração sem justa causa, do vínculo com a **CONTRATANTE**, desde que assumam integralmente o respectivo custeio das despesas, diretamente com a **CONTRATADA**, de acordo com art. 30 da lei nº 9.656/98 e MP 2177-44/2001;

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

10.9. É de responsabilidade do empregado, solicitar formalmente ao setor responsável, através de pedido de exclusão, a exclusão de seus dependentes;

10.10. As hipóteses abaixo discriminadas constituem exclusões, as quais terão o pagamento da mensalidade efetuado até a data da comunicação dos eventos pelo empregado:

10.10.1 Separação judicial;

10.10.2 Cancelamento da união estável.

10.11. No caso de dependentes legais ou filho, que porventura percam a condição de estudante por ocasião do término da faculdade ou quando completarem 24 anos, a exclusão será efetuada no mês subsequente a data do envio.

11. DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

11.1. Os beneficiários serão atendidos pela rede exclusiva (própria), indicada, credenciada, referenciada, conveniada (ou outro instrumento afim) em todo o país; farão jus à consultas em consultórios particulares, exames complementares, serviços auxiliares, remoções, inclusive aérea, UTI aérea, e internações hospitalares;

11.2. A Contratada deverá proporcionar atendimento ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, incluindo os atendimentos de urgência e emergência, conforme disposto nas Resoluções 13 e 15/99 da CONSU e outras que houver nas Leis 9.656/98 e 9.961/2000; e nas Resoluções Normativas 63/03,195/09 e 211/10, 262/2010 e anexos (I, II e III0, 259/2011 e 279/2012 da Agência Nacional de Saúde (ANS), todas com as respectivas alterações,além de outras que poderão surgir;

11.3. Ainda que o plano possua abrangência nacional, a principal sede de atendimento do plano contratado é o município de Boa Vista/RR, onde deverá ser disponibilizado pela Operadora todo o tipo de atendimentos e procedimentos previstos pela legislação, e aplicáveis aos planos de saúde;

11.4. Não havendo no município de Boa Vista/RR profissional e/ou clínica credenciados, conveniados ou referenciados para atender os procedimentos exigidos pelo plano de saúde, o beneficiário poderá realizá-lo com profissional e/ou clínica particular local, devendo a operadora arcar com o reembolso, na forma estabelecida neste instrumento;

11.5. Não havendo no município de Boa Vista/RR profissional e/ou clínica credenciados, conveniados ou referenciados, nem profissional e ou clínica particular, mas havendo profissionais credenciados, conveniados ou referenciados em outras cidades, a CONTRATADA deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como o seu retorno a localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º da RN 259/1, da ANS ou outro normativo que venha a substituí-la;

11.5.1 Na hipótese do subitem anterior, sendo o usuário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, e aos portadores de necessidades especiais, a operadora deverá arcar, também, com os custos do acompanhante;

11.5.2. Na hipótese do item 11.5, sendo o usuário maior de 18 (dezoito) ou menor de 60 (sessenta) anos, a operadora deverá arcar, também com os custos do acompanhante, desde que a necessidade esteja prescrita no Laudo Médico.

11.1.O **atendimento ambulatorial** compreenderá:

11.1.1 Cobertura de Consultas Médicas em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho de Saúde Suplementar;

11.1.2 Cobertura de Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, sem porte anestésico, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

11.1.3 Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, sem prejuízo de novo rol a ser implementado pela ANS:

a) Hemodiálise e dialise peritoneal;

b) Quimioterapia ambulatorial;

c) Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia, etc.);

d) Hemoterapia Ambulatorial;

e)Cirurgia oftalmológica ambulatoriais, assim caracterizados pela inexistência de porte anestésico, inclusive cirurgia para correção de miopia sob a técnica "Excimer lesar", a partir de 7º conforme definido pela Lei 9.656/98.

11.2. Os **atendimentos hospitalar e hospitalar com obstetrícia** compreenderá os atendimentos em unidade hospitalar, em clínicas básicas e especializadas, englobando os seguintes itens:

11.2.1 Sistema de acomodação com direito a acompanhante, pelo tempo que se fizer necessário;

11.2.2 Cobertura ilimitada de internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva e/ou Semi-lntensiva;

11.2.3 Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

11.2.4 Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnostica fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, conforme prescrição do médico assistente;

11.2.5 Cobertura de taxas, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no Contrato;

11.2.6 Cobertura de despesas de acomodação e alimentação dos acompanhantes de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos;

11.2.7 Cobertura de exames para screening de transplantes de órgãos dos possíveis doadores, caso haja impossibilidade de realização pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

11.3. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

11.3.1 Hemodiálise e dialises peritoneais;

11.3.2 Quimioterapias;

11.3.3 Hemoterapias, Plasmaferese;

11.3.4 Radioterapia em todas as suas modalidades;

11.3.5 Nutrição parental ou enteral;

11.3.6 Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

11.3.7 Embolizações e radiologia intervencionista;

11.3.8 Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

11.3.9 Fisioterapia;

11.3.10 Fornecimentos de próteses, órteses e seus acessórios ligados ao ato cirúrgicos (intraoperatórios), nacionais ou nacionalizados, desde que registrados na ANVISA;

11.3.11 Material de osteossíntese (tal como: placas, parafusos e pinos);

11.3.12 Transplantes de Rins e Córneas, pós-operatório, despesas médico-hospitalares com doadores vivos e medicamentos utilizados durante a internação;

11.3.13 Procedimento obstétrico, inclusive pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido;

11.4. Os exames complementares e de diagnósticos, e os serviços auxiliares, deverão ser prestados conforme disposto nas Resoluções da CONSU; nas Leis 9.656/98 e 9.961/2000; e nas Resoluções Normativas 63/03, 196/09, 11/10, 262/2010 e anexos da Agência Nacional de Saúde (ANS), todas com suas respectivas alterações, e todas as que forem publicadas posteriormente ao contrato, sem prejuízo de futuras normas que venham regulamentar o tema;

11.5. A Contratada deverá manter ao menos uma unidade hospitalar própria ou credenciada em cada um das capitais dos Estados da Federação e no Distrito Federal.

12. DOS SERVIÇOS ASSEGURADOS

12.1. Fica assegurada a prestação de todos os procedimentos constantes do **ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE**, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que pode ser consultado pelas partes e interessados no sítio **www.ans.gov.br**, e que representa a listagem obrigatória de exames, consultas, cirurgias e demais procedimentos que as operadoras de planos de saúde devem oferecer;

12.2. Assistência à Saúde, prestada por médicos e outros profissionais da área de saúde em Hospitais, Clínicas, Centros Médicos ou Consultórios, nas seguintes áreas e especialidades, sem prejuízo de novo rol a ser implementado pela ANS:

12.2.1 Acupuntura ambulatorial;

12.2.2 Alergia e imunologia;

12.2.3 Anestesiologia, em todos os portes;

12.2.4 Angiologia;

12.2.5 Cancerologia;

12.2.6 Cardiologia;

12.2.7 Cirurgia Cardiovascular;

12.2.8 Cirurgia da Mão;

12.2.9 Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Cirurgia e Traumatologia de face;

12.2.10 Cirurgia Gastroenterológica;

12.2.11 Cirurgia Geral;

12.2.12 Cirurgia ortopédica;

12.2.13 Cirurgia Pediátrica;

12.2.14 Cirurgia Plástica reparadora, quando efetuada exclusivamente para restauração de funções em órgãos, membros e regiões, e restauradora não estética (incluindo mamoplastia);

12.2.15 Cirurgia Proctológica;

12.2.16 Cirurgia Torácica;

12.2.17 Cirurgia Urológica;

12.2.18 Cirurgia Vascular Periférica;

12.2.19 Citopatologia;

12.2.20 Clínica Médica;

12.2.21 Dermatologia;

12.2.22 Doenças infectocontagiosas e parasitárias (incluindo AIDS);

12.2.23 Enfermagem durante o período de internação;

12.2.24 Endocrinologia e Metabologia;

12.2.25 Endoscopia Digestiva;
12.2.26 Fisiatria;
12.2.27 Fisioterapia;
12.2.28 Fonoaudiologia, conforme indicação do médico assistente;
12.2.29 Gastroenterologia;
12.2.30 Geriatria e Gerontologia;
12.2.31 Ginecologia/Obstetrícia;
12.2.32 Hematologia/Hemoterapia;
12.2.33 Homeopatia ambulatorial;
12.2.34 Infectologia;
12.2.35 Mastologia;
12.2.36 Medicina Intensiva;
12.2.37 Nefrologia Pediátrica;
12.2.38 Nefrologia;
12.2.39 Neonatologia;
12.2.40 Neurocirurgia;
12.2.41 Neurologia;
12.2.42 Neurologia pediátrica;
12.2.43 Nutrição, conforme indicação do médico assistente;
12.2.44 Nutrologia;
12.2.45 Obstetrícia;
12.2.46 Oftalmologia, incluindo as cirurgias corretivas (miopia, catarata, facectomia com implantes de lentes intraocular);
12.2.47 Oncologia;
12.2.48 Ortopedia e Traumatologia;
12.2.49 Otorrinolaringologia;
12.2.50 Pediatria e suas áreas de atuação;
12.2.51 Pneumologia;
12.2.52 Proctologia;
12.2.53 Psiquiatria;
12.2.54 Psicoterapia;
12.2.55 Radiologia Diagnóstica e intervencionista;
12.2.56 Radioterapia;
12.2.57 Reumatologia;
12.2.58 Terapia ocupacional;
12.2.59 Urologia;
12.2.60 Cirurgia por Videolaparoscopia;

12.3. Atendimentos a áreas de atuações devidamente reconhecidas pelo CFM deverão ser realizadas mediante encaminhamento médico de médico especialista, conforme determina a Resolução do CFM nº 2.149/2016;

12.4. Internações eletivas e emergenciais incluindo:

12.4.1 Assistência hospitalar ao portador da HIV/AIDS, compreendido a cobertura de todas as suas despesas;

12.4.2 Assistência Médica, nas especialidades Clínicas, Cirúrgicas, e Traumas;

12.4.3 Coberturas de despesas de beneficiários, inclusive de acompanhante no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) e maiores de 60 (sessenta) anos, bem como os acompanhantes de pessoas com necessidades especiais, em qualquer idade, com exceção a gastos pessoais de acompanhantes (telefones, refrigerantes, lavagem de roupas pessoais, aluguel de aparelho de televisão e tudo o mais que não se

refira especificamente à causa de internação);
12.4.4 Diárias de maternidade e berçário;
12.4.5 Diárias hospitalares e de UTI e/ou semi-UTI sem limite (conforme orientação médica), bem como todas as taxas de sala (neonatal, criança e adulto);
12.4.6 Materiais e aparelhos ortopédicos, gesso, órteses, próteses e respectivos acessórios devendo obedecer claramente às especificações do cirurgião, marcapasso provisório e definitivo e lente intraocular, de procedência nacional ou nacionalizada, devidamente registrada na ANVISA;
12.4.7 Material de sala;
12.4.8 Partos;
12.4.9 Serviços dietéticos;
12.4.10 Serviços gerais de enfermagem em hospital e fisioterapia;
12.4.11 Todo material/medicamento necessário durante a internação (incluindo oxigênio, transfusão de sangue e de seus derivados);
12.4.12 Todos os exames e tratamentos complementares para controle de patologia do paciente durante a internação;
12.4.13 Tratamento cirúrgico de Epilepsia;
12.4.14 Tratamento pré-natal das hidrocefalias e cistos cerebrais;
12.4.15 Transplantes autólogos de medula óssea.

12.5. Fica assegurada, ainda, a remoção aérea e/ou terrestre, inter-hospitalar, com recursos necessários a garantir a manutenção da vida, inclusive de UTI, desde que atestada à necessidade pelo médico cooperado/credenciado da operadora que assista o paciente, seja possível o traslado segundo autorização da equipe médica da remoção, ocorra dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato e, ainda, sejam respeitados os critérios estabelecidos pela ANAC;
12.6. Remoção inter-hospitalar do beneficiário (do hospital de origem para o hospital de destino);
12.7. Atendimento de emergência e urgência, 24 (vinte e quatro) horas, todos os dias da semana, em regime de plantão ou sobreaviso, por equipe médica constituída de, no mínimo os seguintes profissionais: Pediatria, Clínica Médica, Traumato-Ortopedia, Cirurgia Geral, Anestesiologia, Oftalmologia, Obstetrícia e Ginecologia, Neurocirurgia, Cardiologia e Trauma de Face, para todas as patologias agudas e crônicas;
12.8. Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, nas áreas e especialidades indicadas no item 12.2, inclusive para o internado, sem limite de qualquer espécie, em situações eletivas e/ou emergenciais e, no que couber:
12.8.1 Amniocentese/Corioncentese;
12.8.2 Análises Clínicas incluindo: Exames Sorológicos, Hematológicos, Bioquímicos, Imunofluorescência, RIE (Rádio Imunoensaio), Culturas;
12.8.3 Anatomia Patológica;
12.8.4 Angiografia;
12.8.5 Arteriografia;
12.8.6 Cineangiocoronariografia;
12.8.7 Cintilografia;
12.8.8 Colocação de gesso e similares;
12.8.9 Densitometria óssea;
12.8.10 Diálise peritonal e Hemodiálise;
12.8.11 Ecocardiografia uni e bidimensional com doppler sem cor e colorido;
12.8.12 Eletrocardiograma;
12.8.13 Eletrocardiografia;
12.8.14 Eletroencefalograma;
12.8.15 Eletromiografia;
12.8.16 Eletroneuromiografia;

12.8.17 Ergometria (esteira e bicicleta);
12.8.18 Estudo citológico e patológico de porções/órgãos variados;
12.8.19 Estudo radiológico completo das diversas partes do corpo, estudo simples e com uso de contrastes, através das variadas incidências existentes;
12.8.20 Estudos eletroencefalográficos e mapeamento cerebral;
12.8.21 Estudos hemodinâmicos, incluindo cineangiocoronariografia;
12.8.22 Exames anatomopatológicos, citopatológicos, imuno-histoquimicos;
12.8.23 Exames e testes alergológicos;
12.8.24 Exames e testes oftalmológicos;
12.8.25 Exames e testes otorrinolaringológicos, incluindo Audiometria e Impedanciometria;
12.8.26 Exames endoscópicos diversos e Terapia Endoscópica;
12.8.27 Exames invasivos da Cardiologia (estudo eletrofisiológico para diagnóstico e tratamento);
12.8.28 Exames radiológicos;
12.8.29 Fisioterapia, inclusive respiratória, sem limite de uso;
12.8.30 Fluoresceinografia;
12.8.31 Gasoterapía;
12.8.32 Hemoterapia;
12.8.33 *Holter* de 12 (doze) e 24 (vinte e quatro) horas e Monitorização com mapeamento ambulatorial de pressão arterial – MAPA de 24 (vinte e quatro) horas;
12.8.34 Inaloterapia em atendimento de urgência realizado em unidade hospitalar;
12.8.35 Laserterapia (foto eletrocoagulação de retina a laser) para beneficiários que possuam, no mínimo, grau 5;
12.8.36 Litotripsia;
12.8.37 Mamografia;
12.8.38 Mamotamia: biópsia da mama a vácuo, com corte menor;
12.8.39 Medicina Nuclear (para diagnóstico e tratamento) - Radioisótopos e Cintilografias inclusive;
12.8.40 Oxigenoterapia Hiperbárica;
12.8.41 Provas de função pulmonar;
12.8.42 Quimioterapia Oncológica;
12.8.43 Radioterapia Oncológica;
12.8.44 Ressonância magnética das diversas regiões do corpo;
12.8.45 Teste ergométrico;
12.8.46 Tomografia simples ou computadorizada das diversas partes do corpo;
12.8.47 Tratamento de varizes, bem como tratamento cirúrgico unilateral e bilateral;
12.8.48 Ultrassonografia, das diversas partes do corpo e pelas diferentes vias de acesso (abdominal, pélvica, prostática, transvaginal), sem limite de utilização, com participação do radiologista intervencionista, se necessário;
12.8.49 Videolaparoscopia exploratória e terapêutica.

12.9. Incluem-se também os seguintes procedimentos de cirurgia cardíaca e hemodinâmica:

12.9.1 Valvopatia:

a) Comissurotomia sem CEC e com CEC;
b) Troca valvar múltipla;
c) Troca valvar única – valvoplastia.

12.9.2 Coronariopatia:

a) Aneurismectomia de ventrículo esquerdo;
b) Ponte de safena aortocoronária anastomose mamária-coronária;
c) Revascularização do miocárdio com e sem extracorpórea;

d) Revascularização do miocárdio e outros procedimentos: carótida, valvas, aneurisma e etc.

12.9.3 Defeitos Congênitos:

a) Canal arterial persistente – correção cirúrgica;
b) Cirurgia em criança com baixo peso com CEC;
c) Cirurgias paliativas (anamastose sistemicos, bandagem, ampliação CIA);
d) Coarctação da aorta – correção cirúrgica;
e) Correção com CEC;
f)Valvotomia com e sem CEC.

12.9.4 Outros Procedimentos:

a) Aneurisma aorto torácica – correção cirúrgica;
b) Aneurisma torácica-abdominal – correção cirúrgica;
c) Biopsia do miocárdio;
d) Cardiotomia (ferimento, corpo estranho, exploração);
e) Colocação de balão intra-aórtico;
f) Drenagem do pericárdio;
g) Pericardiectomia;
h) Pericardiocentese;
i) Remoção de pigmentos de lente intraocular com Yag Laser (este procedimento evita que se faça uma nova cirurgia somente para a remoção dos pigmentos após a operação de catarata).

12.9.5 Marca-passo:

a) Instalação do aparelho (endocárpio, epicárpio).

12.9.6 Serviços Básicos Necessários:

a) Perfusionista.

12.9.7 Hemodinâmica:

a) Cateterismo cardíaco direito com ou sem oximetria;
b) Cateterismo cardíaco esquerdo com ou sem oximetria;
c) Cateterismo cardíaco esquerdo e direito com ou sem oximetria;
d) Cateterismo direito + esquerdo + cineangiocardia;
e) Cateterismo direito + esquerdo + cineangiocoronariografia;
f) Cineangiocardiogafia com Rashking;
g) Cineangiocardiografia;
h) Cinecoronariografia com aortografia completa;
i) Cinecoronariografia com carotidoangiografia bilateral;
j) Cinecoronariografia;
k) Coronariografia com angioplastia (trombolise e ou colocação de stents);
l) Estudo da função do nó sinoastrial e do sistema de condução com provas farmacológicas;
m) Estudo da função do nó sinoastrial e do sistema de condução;
n) Valvoplastia com catéter (pulmonar, aórtica ou mitral).

12.10. A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando decorrentes de acidentes pessoais (que é o evento decorrente de causas externas, ocorridos em data específica, de maneira súbita e involuntária e causador de lesão física que torne necessário o tratamento médico) e será efetuada exclusivamente para restauração de funções em órgãos, membros e regiões;

12.11. As próteses cardíacas autorizadas serão aquelas nacionais ou nacionalizadas, registradas na ANVISA, de natureza biológica e que melhor se adaptarem ao caso e deverão obedecer claramente às especificações do cirurgião, não podendo haver indicação de marca ou fabricante;

12.12. A implantação de marca-passo artificial cardíaco permanente será oferecida de acordo com os critérios preconizados pelo Departamento de Estimulação Cardíaca Artificial (DECA), da Sociedade de Cirurgia

Cardiovascular e do Departamento de Arritmias e Eletrofisiologia de Cardiologia (DECA/DAEC – 1990), sem ônus tanto da implantação, como do marca-passo artificial para o beneficiário e para a **CONTRATANTE;**

12.13. Fica assegurado ao beneficiário deste programa, a garantia de assistência em quaisquer outras especialidades reconhecidas ou que vierem a ser reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina e pela Agência Nacional de Saúde (ANS), e em Procedimentos Clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais de patologias relacionados na Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados com a saúde da Organização Mundial de Saúde;

12.14. Ocorrendo alteração ou a revogação da resolução que contempla o rol de procedimentos, seja pela **Agência Nacional de Saúde (ANS)** ou por qualquer outro órgão competente, que venha a excluir algum procedimento ou evento previsto na cobertura mínima obrigatória, ficam asseguradas todas as coberturas previstas neste instrumento; havendo inclusões no rol de procedimentos e eventos em saúde (que constitui a referência básica de cobertura), ficam as coberturas previstas neste instrumento mantidas e automaticamente acrescidas das eventuais novas coberturas, independente de transcrição e dispensando-se a assinatura de termo aditivo ao futuro instrumento contratual.

13. DAS DESPESAS GERAIS COBERTAS

13.1. As despesas médicas e das demais áreas contempladas neste instrumento, a nível hospitalar, decorrentes de consultas, exames laboratoriais, atendimento ambulatorial, urgências clínicas e cirúrgicas, assistência médica e em regime de internação hospitalar e serviços médicos complementares oriundos de consultas médicas para diagnóstico e controle de doenças, estão cobertas por este instrumento, assim discriminados:

13.1.1 Atendimento ambulatorial, que compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório:

a) Cobertura de consultas médicas, e das demais áreas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelos respectivos Conselhos Federais, exceto nos Hospitais de Alto Custo, salvo as exceções legais;

b) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

c) Medicamentos e materiais cirúrgicos utilizados no transcorrer do atendimento do procedimento ambulatorial;

d) Exames complementares;

e) Serviços auxiliares de diagnóstico;

f) Tratamento psiquiátrico, na forma e nos limites previstos na legislação vigente;

g) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

h) Sessões de fisioterapia a critério médico assistente, sem limite de quantidade.

13.1.2 Internação hospitalar:

a) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes regulamentados pela ANS;

b) Alimentação, inclusive dietética, quando indicada pelo médico assistente até a alta hospitalar;

c) Analgesia em parto normal;

d) Anestésicos;

e)Atendimentos obstétricos que se relacionem à gestação e aos partos normais, cesarianas e complicações no processo gestacional, bem como, abortamentos determinados exclusivamente em razão do risco de morte da gestante, desde que observados os princípios da deontologia médica, além de despesas de mercado;

f) Cobertura de cirurgia bucomaxilofacial, que necessitem de ambiente hospitalar;

g) Cobertura de despesas de acomodação e alimentação do acompanhante, nos casos de menores

de 18 (dezoito) anos e acima de 60 (sessenta) anos de idade;

h) Cobertura de internações hospitalares em unidade de terapia intensiva ou semi-intensiva (conforme orientação médica), vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente, bem como, internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em todas as clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelos Conselhos Federais, a critério do profissional assistente;

i) Cobertura de cirurgias plásticas estéticas e não estéticas, quando efetuadas exclusivamente para recuperação ou restauração de funções de órgãos, membros e regiões, a exemplo, abdomem, mamoplastia;

j) Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados e curativos, assim como da remoção aérea ou terrestre, interhospitalar, conforme critério do médico responsável pelo paciente ou da equipe médica responsável pelo translado, dentro da abrangência geográfica prevista e respeitados os critérios aeromédicos vigentes;

k) Despesas com materiais e aparelhos ortopédicos, gesso, órteses, próteses e respectivos acessórios, devendo obedecer claramente às prescrições do cirurgião, marca-passo (provisório e definitivo) e lente intraocular, de procedência nacional ou nacionalizada devidamente registrada na ANVISA;

l) Embolizações e radiologia intervencionista;

m) Exames complementares para diagnóstico e tratamento da doença que tenha motivado a internação;

n) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

o) Fisioterapia;

p) Fonoaudiologia e foniatria para paciente em UTI neonatal e pacientes traqueostomizados, em casos indicados pelo médico assistente;

q) Gases medicinais;

r) Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

s) Hemoterapia;

t) Internação em quarto com banheiro privativo incluindo acomodação para acompanhante, ou na falta deste, em acomodação em nível superior sem ônus adicional;

u) Leitos especiais (nos casos de obesidade mórbida, queimaduras, escaras e outras situações que exijam), leitos de UTI, inclusive Neonatal, nas localidades em que houver, de terapia semi-intensiva e leitos de recuperação pós-anestésica, monitores e todas as aparelhagens e materiais indispensáveis ao tratamento;

v) Materiais e medicamentos;

w) Medicina física e reabilitação, sem finalidade estética, e sessões de fisioterapia a critério do médico assistente, sem limite de quantidade;

x) Nutrição parenteral ou enteral;

y) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

z) Próteses, órteses e seus acessórios, desde que ligados ao ato cirúrgico;

aa) Quimioterapia;

ab) Radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

ac) Sala de cirurgia;

ad) Sala de parto;

ae) Serviços gerais de enfermagem, durante a internação;

af) Transfusões sanguíneas e seus derivados, durante o período de internação;

ag) Tratamento psiquiátrico, na forma e nos limites determinados pela legislação em vigor;

ah) Caso a rede própria ou credenciada da contratada não disponha, no local, de serviço ou

procedimento necessário à assistência ao beneficiário, será assegurada a remoção deste ao estabelecimento hospitalar onde houver, ficando a cargo da contratada as despesas com a remoção e com a assistência prestada no novo local.

13.1.3 O presente termo também contempla atendimentos:

a) Às lesões decorrentes de tentativa de suicídio, já que expressam transtornos psíquicos;

b) A portadores de doenças mentais, em estado de crise;

c) Aos transplantes autorizados e regulamentados pela ANS, inclusive despesas com os doadores;

d) De emergência, como tais definidos os que implicarem risco à vida ou de lesões irreparáveis para o paciente;

e) De urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções;

f) De remoção de UTI aérea, nos termos o disposto no item 12.3.

13.1.4 Nos casos de transplantes de rim e córnea, o presente Contrato cobre as despesas com procedimentos vinculados, necessários à realização do transplante, incluindo:

a) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

b) As despesas assistenciais com doadores vivos;

c) Os medicamentos utilizados durante a internação.

13.1.5 Transplantes de Órgãos e Tecidos:

a) Todas as despesas com procedimentos vinculados, necessários à realização de transplantes;

b) Despesas assistenciais com doadores;

c) Medicamentos utilizados durante a internação;

d) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

e) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

13.1.6 Procedimentos para anticoncepção:

a) Inserção de DIU, hormonal ou não, incluindo o dispositivo, inclusive internação para implantação do dispositivo, caso seja necessário, seguindo orientação do médico solicitante;

b) Vasectomia, conforme critérios estabelecidos nas portarias do Ministério da Saúde e nas resoluções do Conselho Federal de Medicina;

c) Ligadura tubária, conforme critérios estabelecidos nas portarias do Ministério da Saúde e nas resoluções do Conselho Federal de Medicina.

13.1.7 Procedimentos cirúrgicos e invasivos:

a) Procedimentos cirúrgicos por videolaparoscopia;

b) Dermolipectomia para correção de abdome em avental após tratamento de obesidade mórbida;

c) Remoção de pigmentos de lente intraocular com Yag Laser;

d) Mamotomia: Biopsia de mama a vácuo, com um corte menor;

e) Tratamento cirúrgico da Epilepsia;

f) Tratamento pré-natal das hidrocefalias e cistos cerebrais; e

g) Transplantes de todos os órgãos determinados como obrigatórios pela ANS, quais sejam, Rim e Córnea e transplantes autólogos de medula óssea. 3.9.1.8

13.1.8 Exames laboratoriais de todas as espécies e sem limite de quantidade, especialmente os seguintes:

a) Análise de DNA para diversas doenças genéticas;

b) Fator V Leiden, Análise de mutação;

c) Hepatite B: Teste quantitativo;

d) Hepatite C: Teste quantitativo, Genotipagem;

e) HIV: Teste quantitativo, Genotipagem;

f) Dímero D;

g) Mamografia digital.

13.1.9 Os tratamentos psiquiátricos observarão os limites estabelecidos nas Leis 9.656/98 e 9.961/00, Resoluções e Regulamentações Complementares vigentes e com suas atualizações;

13.1.10 Psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 sessões por ano, não cumulativas;

13.1.11 Custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

13.1.12 Custeio integral de 180 (cento e oitenta) dias de internação, por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, no caso dos diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID 10;

13.1.13 Atendimento aos Portadores de Quadros de Intoxicação ou Abstinência:

a) Custeio integral de, no mínimo 15 (quinze) dias de internação, por ano, em hospital especializado ou em unidade ou enfermaria especializada para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

14. DAS CONDIÇÕES/SERVIÇOS NÃO COBERTOS

14.1.A CONTRATADA não se responsabilizará pela prestação dos seguintes serviços médicos:

14.1.1 Aluguel de equipamentos hospitalares ou similares e despesas extraordinárias do beneficiário e/ou acompanhante, não relacionadas com o tratamento;

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

14.1.3 Aviamento de óculos e lente;

14.1.4 Cirurgias para mudança de sexo;

14.1.5 Exames admissionais, demissionais, periódicos, de retomo ao trabalho, bem como consultas e exames a eles relacionados;

14.1.6 Fornecimento de materiais e medicamentos importados não nacionalizados;

14.1.7 Fornecimento de medicamentos para o tratamento domiciliar;

14.1.8 Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como aqueles não registrados na ANVISA;

14.1.9 Inseminação artificial e cirurgias para a promoção ou correção de esterilidade;

14.1.10 Permanência hospitalar após a alta médica ou enfermagem em caráter particular; procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

14.1.11 Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais de patologias não relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças, e Problemas Relacionados com a saúde, da Organização Mundial da Saúde;

14.1.12 Procedimentos e exames realizados durante internação sem cobertura contratual;

14.1.13 Remoção após alta hospitalar ou por simples vontade da **CONTRATANTE**, sem imperativo de ordem médica;

14.1.14 Remoção de pacientes fora da área geográfica da cobertura contratual;

14.1.15 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

14.1.16 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética (exceto para tratamento da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento

de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

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

14.1.18 Vacinas, salvo nos casos de internação ou utilizadas no atendimento de urgência/emergência;

14.1.19 Ficam excluídos expressamente da cobertura quaisquer atendimentos realizados com médicos, clínicas, hospitais que utilizem tabelas próprias, diversos daqueles utilizados pelo serviço contratado, ou ainda, nos chamados "alto custo" e que, portanto, não estejam incluídos na rede básica de assistência da operadora;

14.1.20 Remoção a pedido exclusivo do **beneficiário, do** local do **sinistro** até o hospital, da residência para o hospital e do hospital para a residência;

14.1.21 Atendimento domiciliar;

14.1.22 *Home care*, que representa a instalação, manutenção e/ou fornecimento, em domicílio ou equivalente, de materiais, medicamentos e atendimento médico e/ou multidisciplinar (enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas etc.) necessários à preservação da vida do paciente.

15. DAS CONDIÇÕES GERAIS DE ATENDIMENTO

15.1. O atendimento do beneficiário pela rede própria, credenciada, ou afim, se dará mediante a apresentação da Carteira de Beneficiário e documento oficial de identificação com foto;

15.2. A primeira carteira será fornecida gratuitamente pela CONTRATADÁ e, em caso de extravio, por qualquer motivo, será fornecida uma segunda via ao custo de R$ 5,00 (cinco reais);

15.2.1 O atendimento previsto neste termo de referência será estendido aos beneficiários, sem qualquer restrição ou discriminação por parte dos profissionais ou estabelecimentos da rede credenciada;

15.2.2 Haverá majoração de mensalidade do beneficiário quando da mudança de grupo de faixa etária no mês subseqüente ao do efetivo implemento da idade;

15.2.3 O beneficiário titular deve comunicar ao Departamento de Recursos Humanos quando os dependentes, por qualquer hipótese perderem essa condição;

15.2.4 Para a utilização da assistência à saúde de que trata este instrumento, os beneficiários poderão se dirigir diretamente à rede própria ou credenciada da CONTRATADA, postando a carteira de identificação e documento de identificação oficial, sem necessidade de guia previamente autorizada, salvo nos casos de internação eletiva e de exames especiais, assim considerados aqueles de maior complexidade técnica e custo elevado, salvo nos casos de intercâmbio;A autorização para a realização de exames especiais deverá ser fornecida por telefone, fac-símile ou outro meio eletrônico equivalente, no prazo estabelecido pela ANS

15.2.5 Em qualquer hipótese, fica vedada a exigência de caução aos beneficiários, por parte dos estabelecimentos próprios ou credenciados da Contratada, para a realização de qualquer atendimento, exame, procedimento ou internação hospitalar, devendo a Contratada orientar seus prestadores de serviço a não fazê-lo e, quando for o caso, fornecer as devidas autorizações imediatamente aos prestadores de serviços, sob pena de descumprimento das condições do contrato;

15.2.6 Eventuais autorizações realizadas pela CONTRATADA deverão obedecer às coberturas mínimas estabelecidas no rol de procedimentos editados pela ANS, bem como, especialmente, as diretrizes médicas/clínicas de cada procedimento, conforme estabelecido naquele mesmo rol.

16. DOS BENEFÍCIOS

16.1. São considerados **BENEFICIÁRIOS** para efeito deste contrato, os dirigentes, funcionários, servidores cedidos à **CONTRATANTE,** os ocupantes de cargos em comissão, e seus respectivos dependentes, devidamente inscrito de acordo com as disposições ora contratadas;

16.2. Beneficiários Titulares: São considerados Beneficiários Titulares dos serviços, para fins do presente Termo de Referência:

16.2.1. Os dirigentes;

16.2.2. Os funcionários;

16.2.3. Os servidores cedidos;

16.2.4. Os ocupantes de cargos comissionados.

16.3. Beneficiário Dependente: São considerados Beneficiários Dependentes os que mantenham com o Beneficiário Titular uma das seguintes relações:

16.3.1. Cônjuge;

16.3.2. Filhos solteiros até 18 (dezoito) anos, podendo ser ampliado para 24 (vinte e quatro) anos, se matriculado em instituição de ensino superior;

16.3.3. Filhos inválidos solteiros, com comprovação médica;

16.3.4. Dependentes especiais em relação exaustiva: menores tutelados com guarda provisória;

16.3.5. Equipara-se ao cônjuge a companheira que comprove união estável como entidade familiar, conforme lei civil;

16.3.6. Equiparam-se aos filhos legítimos os filhos adotivos.

a) Os Beneficiários Dependentes não farão jus ao custeio parcial das mensalidades previstas no Acordo Coletivo de Trabalho 2019/2020-CAER, mesmo os cônjuges, companheiros e genitores, ainda que constem como dependentes na declaração de imposto de renda do titular.

16.4. Os nascidos durante a vigência do contrato a ser firmado com a empresa contratada, filhos naturais ou adotivos dos beneficiários, ou de seus dependentes terão atendimento neonatal e cobertura assistencial, durante os 30 (trinta) dias após o parto. Os cônjuges recém-casados, bem como os filhos, legítimos ou adotados terão aproveitadas as carências do beneficiário titular, desde que sejam incluídos até 30 (trinta) dias da data do evento;

16.5. Os valores ofertados a cada faixa etária deverá ser o mesmo (único), independentemente se for com ou sem obstetrícia, bem como para titulares, dependentes legais e dependentes especiais.

17. DAS CARÊNCIAS

17.1. O prazo de carência não será exigido para início dos atendimentos, para as adesões que ocorrerem dentro dos 30 (trinta) dias, da data de assinatura do contrato, nem para os que aderirem ao plano em até 30 (trinta) dias da data de admissão na CAER;

17.2. Todos os demais inscritos após o prazo dos 30 (trinta) dias da adesão obedecerão aos seguintes prazos:

17.1.1 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência (são os casos de acidentes pessoais, que é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico);

17.1.2 30 (trinta) dias para consultas, exames de diagnóstico, serviços auxiliares, bem como os casos de urgência e emergência devidamente comprovados;

17.1.3 300 (trezentos) dias para partos a termo;

17.1.4 24 (vinte e quatro) meses para internações e tratamentos de doenças e/ou lesões pré-existentes;

17.1.5 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos, especialmente para a remoção aeromédica hospitalar.

17.3. Aos beneficiários que tenham sido exonerados, demitidos ou aposentados, é assegurada sua manutenção e de seus familiares no plano de saúde ora contratado, observando-se os requisitos de permanência, prazos e condições previstos na Resolução Normativa n.° 279/11 – ANS;

17.4. Reporta-se ao item anterior: O beneficiário passará a arcar com o pagamento integral das mensalidades próprias e de seus familiares, caso estejam inscritos.

18. DO REEMBOLSO

18.1. Fica assegurado aos beneficiários o reembolso das despesas efetuadas com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência devidamente caracterizada pelo médico assistente, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela operadora, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da seguinte documentação:

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

18.1.2 Recibos de pagamento dos honorários profissionais;

18.1.3 Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital.

18.2. O reembolso fica limitado aos valores praticados pela CONTRATADA com sua rede própria ou credenciada, notadamente as tabelas médicas editadas pela Associação Médica Brasileira (AMB), especialmente a CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS (CBHPM);

18.3. Para fins de reembolso, o beneficiário titular deverá apresentar à empresa CONTRATADA a documentação adequada no prazo máximo de até 3 (três) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

19. DAS CONDIÇÕES DA PROPOSTA

19.1. A proposta deverá ser apresentada de forma legível, sem alternativas, emendas, ressalvas, rasuras ou entrelinhas, suas folhas devem estar rubricadas e a última assinada pelo seu representante legal;

19.2. O preço dos serviços deverá ser expresso em moeda corrente nacional, em algarismos e ou por extenso, e apresentar inclusos os impostos, inclusive encargos sociais e trabalhistas, impostos, taxas, frentes, enfim, quaisquer outras despesas necessárias à execução dos serviços, bem, assim, deduzidos quaisquer descontos que venha a ser concedidos;

19.3.A proposta apresentada e levada em consideração para efeito de julgamento será de exclusiva e total responsabilidade da licitante;

19.4.Não se admitirá preço por faixa etária superior aos valores de referência;

19.5.A proposta deverá ser apresentada conforme estabelecido no Edital e seus anexos.

20. GARANTIA DE EXECUÇÃO DO CONTRATO

20.1. A CONTRATADA deverá apresentar à Administração, por meio da FISCALIZAÇÃO, no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contados da data de assinatura do contrato, comprovante de prestação de garantia correspondente ao percentual de 3% (três por cento) do valor anual atualizado do contrato, podendo optar por caução em dinheiro ou títulos da dívida pública, seguro-garantia ou fiança bancária;

20.2. A garantia, caso ocorra por fiança bancária, deverá possuir validade durante o mesmo período da vigência contratual, devendo ser renovada a cada prorrogação do contrato, sendo que nas demais modalidades de garantia deverá possuir vigência de 90 (noventa) dias após o término do contrato.

21. DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

21.1. A **Companhia de Águas e Esgotos de Roraima – CAER** obriga-se a:

21.1.1 Investir-se nos poderes de representação dos beneficiários do serviço de saúde perante a CONTRATADA;

21.1.2 Entregar à CONTRATADA, quando da assinatura do contrato, relação dos beneficiários com todos os dados necessários, para fins de cadastramento;

21.1.3 Notificar, por escrito à contratada, toda e qualquer irregularidade constatada na execução dos serviços.
21.1.4 Informar via sistema on-line, disponibilizado pela CONTRATADA, todas as inclusões, exclusões e alterações;
21.1.5 Informar à CONTRATADA via sistema on-line, beneficiários para fins de cadastro, seguidos de documentos necessários, para registro de inclusões, exclusões e alterações, até a data que o Departamento de Recursos Humanos determinar, dentro do mês do evento;
21.1.6 Comunicar imediatamente à CONTRATADA, via sistema on-line, o extravio de Carteira de Beneficiário, para fins de obtenção de 2ª (segunda) via, cuja emissão implicará na cobrança do unitário de R$ 5,00 (cinco reais);
21.1.7 Promover, a seu critério, avaliações da capacidade operacional da contratada, em especial de suas reais condições de execução dos serviços objeto deste Termo de Referência, bem como o acompanhamento e fiscalização dos serviços sob os aspectos quantitativo e qualitativo;
21.1.8 Efetuar o pagamento à CONTRATADA, de acordo com a forma e os prazos estabelecidos no Contrato;
21.1.9 Adotar as medidas necessárias quanto à atualização e adaptação dos serviços ora contratados à legislação superveniente ou quando se fizer necessário;
21.1.10 Especificar o vínculo de dependência dos dependentes legais e especiais, comprovando, quando necessário, por todos os meios de provas, judicialmente admissíveis para o caso;
21.1.11 Comunicar à CONTRATADA por escrito ou através de sistema informatizado, os casos em que o beneficiário, por qualquer motivo, perder o direito de atendimento, nas condições exigidas na forma do instrumento de contrato;
21.1.12 Recolher a carteira de identificação do beneficiário nos ternos do item anterior;
21.1.13 O ex-beneficiário responderá, por todo e qualquer atendimento realizado após a exclusão. Salvo, o atendimento se dê por erro do sistema, que não processou a exclusão, não caberá ao ex-beneficiário qualquer pagamento à CONTRATADA.

22. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

22.1. Caberá à CONTRATADA, sem prejuízo das obrigações provenientes de lei, edital e Contrato:
22.1.1 Iniciar os serviços contratados a partir da data prevista para o início do contrato;
22.1.2 Assegurar aos beneficiários da **CONTRATANTE** os serviços, de acordo com o estabelecido neste Termo de Referência;
22.1.3 Fornecer, de maneira informatizada (on-line) ou impressa, ou a que mais se adequar, a critério dia CONTRATADA, guia profissional estadual constando endereço e telefone dos profissionais e estabelecimentos que executam os serviços contratados, bem como, encaminhar as alterações que porventura houver;
22.1.4 Por a disposição do CONTRATANTE um sistema informatizado (on line) que possibilite o encaminhamento da movimentação mensal dos beneficiários, quais sejam, inclusões, exclusões ou alteração de planos;
22.1.5 Garantir a continuidade dos serviços que vinham sendo prestados pela anterior contratada, aos beneficiários internados ou em tratamento hospitalar quando da assinatura do Contrato, cuja interrupção venha a prejudicar sua recuperação, observando as seguintes hipóteses:
a) Pacientes passíveis de remoção (com base em parecer do profissional especialista): serão transferidos para estabelecimentos credenciados à nova contratada;
b) Pacientes com impossibilidade de remoção: caberá à nova contratada o custeio integral em unidade credenciada até o final do tratamento ou até que seja possível a transferência do usuário para um hospital credenciado;

c) Pacientes em tratamento de patologias graves, incluindo neoplasia maligna e outros que a mudança do profissional assistente importe grave dano ao paciente: haverá o custeio integral do tratamento pela nova Contratada em rede credencia da até o encerramento inclusive quanto aos honorários.

22.1.6 Fornecer aos beneficiários cartões magnéticos de identificação, no prazo de até 10(dez) dias úteis contados da inclusão, constando seus nomes e tipo de plano que pertencem, cuja apresentação, deverá ser acompanhada de documento de identidade, que assegurará aos beneficiários o direito à utilização dos benefícios. No caso de extravio, emitir 2ª via no prazo de 10 (dez) dias, sendo cobrado do beneficiário titular através de desconto em folha de pagamento, o valor praticado pela CONTRATADA na data do evento;

22.1.7 Enquanto não for emitido o cartão magnético de beneficiário ou sua 2ª via, nos casos do item anterior, a CONTRATADA deverá expedir, no prazo máximo de 48 horas, documento provisório que possibilite o atendimento imediato, podendo ser disponibilizado via sistema on-line;

22.1.8 Manter ao longo da vigência da prestação de serviços, prestador hospitalar compatível com a cobertura contratada, sendo facultada a substituição, desde que por outro equivalente ou superior e mediante comunicação a **CONTRATANTE** 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;

22.1.9 Na hipótese da substituição acima ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, a mesma obriga-se a manter a internação e ainda pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério profissional, ressalvando os casos da substituição do estabelecimento ocorrer por infração às normas sanitárias em vigor durante período de internação quando arcará a contratada com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a assistência, sem ônus adicional para a **CONTRATANTE;**

22.1.10 Assegurar aos beneficiários da **CONTRATANTE**, sempre que houver indisponibilidade de leito nos hospitais ou clínicas próprios ou credenciados da contratada, acomodação em outro estabelecimento de qualidade igual ou superior, responsabilizando-se pela locomoção/transporte do paciente até o estabelecimento.

22.2. Assegurar aos colaboradores beneficiários, atendimento nos seguinte prazos máximo:

22.2.1 Consulta básica em pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia em até 07 (sete) dias úteis;

22.2.2 Consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;

22.2.3 Consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

22.2.4 Consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;

22.2.5 Consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

22.2.6 Consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;

22.2.7 Consulta/sessão com fisioterapia: em até 10 (dez) dias úteis;

22.2.8 Consulta e procedimentos realizados em consultório/clinica com cirurgião-dentista em até 7 (sete) dias úteis;

22.2.9 Serviços de diagnósticos por laboratório de análises clínica em regime ambulatorial em até 3 (três) dias úteis;

22.2.10 Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;

22.2.11 Procedimentos de alta complexidade – PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;

22.2.12 Atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;

22.2.13 Atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis;

22.2.14 Urgência e emergência: imediato.

22.2.15 Manter, durante toda a vigência do contrato, as condições de habilitarão legalmente exigidas, sob pena de sanções previstas no item 23 deste Termo de Referência.

22.3. Não dar o contrato como garantia, nem utilizar os direitos de crédito, a serem auferidos em função dos serviços prestados, em quaisquer operações de desconto bancário, sem prévia autorização da **CONTRATANTE**;
22.4. Informar, por ocasião do início do contrato, para fins de reembolso, tabela CBHPM - Classificação Brasileira de Procedimentos Hierarquizados Médicos, vigente, para despesas de procedimentos profissionais;
22.5. Assegurar aos beneficiários, no prazo de até 30 (trinta) dias, o reembolso das despesas efetuadas, com consultas, exames, procedimentos e honorários médicos, bem como, com serviços hospitalares, medicamentos e materiais utilizados, durante o período de internação e com as demais taxas hospitalares, quando não for possível utilização dos serviços próprios ou credenciados, bem como, pelo descumprimento da Resolução Normativa/ANS nº 259/2011, com apresentação obrigatória da nota fiscal ou recibo original;
22.6. Assegurar aos beneficiários, no prazo de até 30 (trinta) dias, o reembolso correspondentes despesas com a assistência à saúde durante o período de internação (incluindo serviços e taxas hospitalares, medicamentos e materiais utilizados), de acordo com a relação de preços praticados pela sua rede para tais casos, tudo na forma dos artigos 1.°, § 1.°, I, c/c 12, VI, ambos da Lei n.° 9.656/98, inclusive em caso de urgência e emergência. O beneficiário deverá apresentar Nota fiscal de serviço ou recibo original;
22.7. Apresentar, até o dia 5 (cinco) do mês subsequente ao serviço prestado, a Nota Fiscal/Fatura correspondente ao valor total das mensalidades dos beneficiários inscritos, pela **CONTRATANTE, referente ao mês imediatamente anterior**;
22.8. Apresentar bimestralmente, ao fiscal da empresa CONTRATANTE, relatórios informando os valores com os custos totais mensais dos serviços prestados aos beneficiários, no respectivo período, por meio eletrônico, bem como, demais documentos relativos ao custo do contrato necessários ao acompanhamento da sinistralidade;
22.9. Manter Preposto, aceito pela CONTRATANTE, durante o período de vigência do contrato, para representá-la administrativamente sempre que for necessário, o qual deverá ser indicado mediante declaração onde deverá constar o nome completo, nº do CPF e do documento de identidade, além dos dados relacionados à sua qualificação profissional;
22.10. O Preposto deverá estar apto a esclarecer as questões relacionadas as faturas e outras questões referentes ao objeto;
22.11. A CONTRATADA deverá disponibilizar endereço eletrônico, para comunicação entre as partes;
22.12. Providenciar a imediata correção das deficiências apontadas pela **CONTRATANTE** na execução dos serviços;
22.13. A CONTRATADA se compromete a atender os eventuais questionamentos da CONTRATANTE, no prazo máximo de 03 (três) dias úteis, e em caso de impossibilidade de responder em tempo hábil, caberá solicitação de prorrogação.

23.DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

23.1. O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas caracterizará a inadimplência da Adjudicatário-Contratada, sujeitando-a as seguintes penalidades:

23.1.1 Advertência, por escrito, quando praticar irregularidades de pequena monta assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos significativos;

23.1.2 Multas, nos seguintes percentuais:

a) 0,5% (meio por cento) ao dia do valor do faturamento do respectivo mês, até o limite de 10 (dez) dias, totalizando 5% (cinco por cento) do valor do respectivo mês da ocorrência;

b) 1,0% (um por cento) sobre o valor do faturamento, caso a inadimplência ultrapasse o 10º (décimo) dia, o que poderá ensejar a rescisão unilateral do contrato;

c) 3,0% (três por cento) sobre o valor do Contrato por inexecução total das obrigações;

d) 5,0% (cinco por cento) sobre o valor da Nota Fiscal referente ao mês do inadimplemento, por inexecução parcial das obrigações nas hipóteses em que o descumprimento implique em risco de morte ou de lesão irreparável para o beneficiário.

23.1.3 Suspensão temporária do direito de licitar e contratar com a **CONTRATANTE**, conforme disposto no inciso III do art. 87 da Lei nº 8.666/93;

23.1.4 Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, nos termos do inciso IV do art. 87 da Lei nº 8.666/93.

23.2. Entende-se por inexecução parcial, qualquer descumprimento de obrigação contratual, bem como os atrasos na execução do serviço superiores a 30 (trinta) dias;

23.3. A recusa da adjudicatária em assinar o Contrato ou em aceitar o instrumento equivalente dentro do prazo estipulado, de 05 (cinco) dias caracteriza o descumprimento total da obrigação assumida, sujeitando-a a multa de 3% (três por cento) sobre o valor total da proposta, em observância ao que preceitua a legislação vigente;

23.4. A penalidade de advertência será aplicada pelo ordenador de despesa, da **CONTRATANTE**, mediante proposta do responsável pelo acompanhamento da execução do contrato;

23.5. As multas serão aplicadas pelo ordenador de despesa, da **CONTRATANTE** mediante a apuração e relatório do responsável pelo acompanhamento do contrato;

23.6. As penalidades de suspensão temporária, de impedimento de licitar e contratar e de declaração de inidoneidade serão aplicadas pelo Presidente da **CONTRATANTE;**

23.7. Na aplicação da penalidade será sempre garantido o direito de ampla defesa prévia no respectivo processo administrativo;

23.8. As multas são independentes entre si, podendo ser aplicadas em conjunto ou separadamente com as demais penalidades previstas neste item, após a análise do caso concreto e não exime a **CONTRATADA** da plena execução do objeto contratado.

24. DAS CONDIÇÕES DE FATURAMENTO E PAGAMENTO

24.1. A CONTRATADA deverá emitir a nota fiscal conforme legislação vigente de devendo, obrigatoriamente, discriminar a prestação dos serviços realizados, o período da execução e as retenções legais;

24.2.O pagamento será efetuado mensalmente, através de ordem Bancária a ser creditado em conta bancária indicada pela **CONTRATADA,** em até 25 (vinte e cinco) dias após o recebimento e atesto da(s) Nota(s) Fiscal (is) pelo Fiscal da **CONTRATANTE**, acompanhada(s) das certidões de regularidade de débitos, especificadas no item 26.10, referente aos serviços prestados;

24.3. Serão feitas todas as retenções previstas na legislação aplicável;

24.4. Na decorrência de necessidade de providência complementar por parte da **CONTRATADA**, ou inexatidão de dados que impossibilite seu atesto, o decurso do prazo de pagamento será interrompido, reiniciando sua contagem a partir da data em que estas forem cumpridas, caso em que não será devida atualização financeira e, em hipótese alguma servirá de motivo para que a **CONTRATADA** suspenda ou atrase a execução dos serviços objeto do contrato.

25. DAS EXIGÊNCIAS PARA FINS DE CONTRATAÇÃO

25.1. Prova de Registro na ANS da licitante, mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro;

25.2. Apresentação de Atestado, emitido por entidade pública ou privada, comprovando que a licitante prestou ou presta serviços pertinentes e compatíveis de planos de assistência à saúde;

25.2.1 O atestado de capacidade técnica deverá conter, obrigatoriamente, a especificação do serviço, a identificação da empresa ou entidade que forneceu o atestado, assinatura e o telefone, para diligência, se for o caso.

25.3. Declaração se comprometendo a disponibilizar a todos os beneficiários, rede credenciada de atendimento ao plano, ao qual o empregado tenha aderido para prestar os serviços assistências descrito neste instrumento;

25.4. Declaração de ser possuidor de representação em Boa Vista/RR, dotada de infraestrutura técnica e operacional adequada, com recursos humanos qualificados, necessários e suficientes para a prestação dos serviços.

26. DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO

26.1. O acompanhamento e a fiscalização da execução do Contrato consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do contrato, devendo ser observado o disposto no art. 58, inciso III, 66, 67 e 73 da Lei nº 8.666/1993;

26.2. A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por meio de instrumentos de controle, que compreendam a mensuração dos seguintes aspectos:

26.2.1 Os resultados alcançados em relação aos serviços, com a verificação dos prazos de execução e da qualidade demandada;

26.2.2 Os recursos humanos empregados, em função da qualidade e disponibilidade exigidas;

26.2.3 A adequação dos serviços prestados à rotina de execução estabelecida;

26.2.4 Verificar o cumprimento das demais obrigações decorrentes do Contrato;

26.2.5 Consultar a regularidade fiscal da **CONTRATADA**.

26.3. A fiscalização não exclui nem reduz a responsabilidade da credenciada, inclusive perante terceiros por qualquer irregularidade, ou ainda, resultante de imperfeições técnicas ou emprego de materiais inadequados ou de qualidade inferior e, na ocorrência desta, não implica em corresponsabilidade da **CONTRATANTE** ou de seus agentes e prepostos, em conformidade com o artigo 70 da Lei nº 8.666/93;

26.4. A fiscalização acima mencionada será obrigatoriamente exercida pelo Fiscal do Contrato, ou por outros agentes especialmente designados pelo Presidente da **CONTRATANTE**, em caso em que será previamente notificada a **CONTRATADA**, por escrito;

26.5. O exercício da fiscalização pela **CONTRATANTE** não aumenta e nem diminui as responsabilidades da **CONTRATADA;**

26.6. A **CONTRATANTE** comunicará por escrito à **CONTRATADA**, deficiências porventura verificadas pela fiscalização, que serão imediatamente corrigidas, sem prejuízo da aplicação das penalidades previstas;

26.7. Ao Fiscal do Contrato incumbirá acompanhar a execução dos serviços, determinando à **CONTRATADA** as providências necessárias ao regular e efetivo cumprimento do contrato, bem como anotar e enquadrar as infrações constatadas, comunicando as mesmas ao seu superior hierárquico;

26.8. Solicitar à **CONTRATADA**, sempre que necessário, a apresentação de Relatórios, dados em arquivo magnético ou documentos pertinentes aos quantitativos de utilização dos serviços, discriminação do perfil e do custo dos serviços utilizados e maiores utilizadores, para subsidiar a conferencia das Notas Fiscais;

26.9. Quando julgá-los corretos, atestar a(s) nota(s) fiscal (is) e vistar os demais documentos apresentados pela **CONTRATADA**, apondo o seu "aceite";

26.10. A **CONTRATADA** deverá apresentar juntamente com a Nota Fiscal/Fatura, os documentos relacionados abaixo para conferencia e posterior atesto:

26.10.1 Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União;

26.10.2 Certidão Negativa de Débitos da Fazenda Estadual e Municipal de seu domicílio ou sede;

26.10.3 Certidão de Regularidade do FGTS-CRF;

26.10.4 Regularidade Trabalhista, constatada através de consulta ao site da Justiça do Trabalho (TST);

26.10.5 Certidão Negativa de Falência e Concordata.

26.11. As decisões e providências que ultrapassarem a competência do fiscal deverão ser solicitadas à autoridade superior, em tempo hábil, para a adoção das medidas convenientes.

27. DO REAJUSTE E DA REVISÃO

27.1. No caso de prorrogação, os preços poderão ser reajustados mediante negociação entre as partes, momento no qual, será apreciada a possibilidade da aplicação da variação do IPCA, item "Saúde e Cuidados Pessoais", subitem "Plano de Saúde", no período entre o mês básico da apresentação da proposta e o mês anterior ao reajuste, observando o interregno mínimo de 1 (um) ano, para compensar as perdas decorrentes de inflação nos preços de serviços de saúde;
27.2. Todas as mensalidades previstas neste contrato, fixadas em moeda corrente do País, poderão sofrer reajuste financeiro anualmente, de conformidade com a variação do IPCA, item "Saúde e Cuidados Pessoais", subitem "Plano de Saúde" caso a sinistralidade calculada para o período seja maior ou igual a 75% (setenta e cinco por cento);
27.3. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (Setenta e cinco por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário;
27.4. O cálculo da sinistralidade no período observado irá considerar os meses os quais a severidade final já esteja formada, de fato ou através de estimativa, por data de realização do procedimento pelo usuário e será realizado da seguinte maneira:

$$\frac{\text{Sinistros realizados no período (S1 + S2 + S3 + S4)}}{\text{Total recebido no período}}$$

Em que: *S1: Despesas assistenciais (honorários médicos + Diagnósticos + terapêuticos);*
S2: Despesas hospitalares (Taxas + Diárias);
S3: Despesas de Materiais + Medicamentos + Órteses + Próteses;
S4: Despesas com reembolso.

27.5. O reequilíbrio-contratual será aplicado sem prejuízo da aplicação do reajuste que tiver sido ou esteja em vias de ser aplicado.
27.6. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado, independente da vontade da Contratante;
27.7. A alteração de valor por mudança de faixa etária dos Beneficiários deverá ser efetuada tendo como base os preços contratados para a respectiva faixa etária, e os reajustes e as revisões que porventura tenham ocorrido entre o período da contratação e o da efetiva mudança de faixa etária, incidindo no mês seguinte àquele em que o Beneficiário mudou de faixa etária;
27.8. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única;
27.9. Se o CONTRATANTE possuir menos de 30 (trinta) beneficiários, por regra da RN 330/2013, a empresa deverá ser incluída no rol de empresas submetidas ao reajuste único por agrupamento de contratos;
27.10. Na hipótese do reagrupamento de contratos, fica estabelecido percentual de reajuste aplicado será de acordo com o índice estabelecido pela ANS. Fica acordado, nos termos do artigo 10º da Resolução Normativa (RN) – ANS n.º 309/2013 que o reajuste será aplicado na data de aniversário de cada contrato agregado ao agrupamento, que visa adequar a forma de cálculo e reajuste imposta pela norma, anotando, por prudência, que conforme determinação contida no art. 12, § 3º da RN 309/213;
27.11. O Reajuste Anual não se confunde com o Reajuste por Mudança de Faixa Etária, podendo ambos serem aplicados conjuntamente no caso de coincidência de datas;
27.12. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato;

27.13. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

28. DO AMPARO LEGAL

28.1. A legislação que ampara a matéria está disposta nas Resoluções 13 e 15/99 da CONSU e outras que virem a ser publicadas; nas Leis 8.666/93, 9.656/98 (ANS) e 9.961/2000 (PLANO DE SAÚDE); e nas Resoluções Normativas 63/03, 195/09 e 211/10 da Agência Nacional de Saúde (ANS), todas com suas respectivas alterações e novas publicações, além de outros dispositivos legais fixados pela Agência Nacional de Saúde.

29. RESPONSÁVEL PELO TERMO DE REFERÊNCIA

29.1. Este termo de referência foi elaborado pela servidora abaixo assinado, no uso de suas atribuições legais e profissionais, estando em consonância com as disposições legais e normativas aplicáveis. Os casos omissos ou dúvidas que surgirem, quanto ao fornecimento do objeto, serão resolvidos pela DIVISÃO DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS – DDP.

Boa Vista-RR, 27 de dezembro de 2019.

CAMILA CRISTINA S. DOS SANTOS COELHO
Divisão de Desenvolvimento de Pessoas - DDP

FRANCISCA DAS CHAGAS R. PERES
Gerente de Pessoas Substituta – GEP

Aprovo, nos termos do Art. 8º, inciso II, do Decreto nº 3.555/00.

THIAGO FERNANDES AMORIM
Diretor Administrativo e Financeiro - DAF

PREGÃO PRESENCIAL SRP Nº 01/2020
ANEXO II – (MODELO) CREDENCIAMENTO

Pelo presente instrumento, credenciamos o(a) Sr.(a) ....., portador(a) da Cédula de Identidade n.º ..... e CPF n.º ....., como representante da empresa....., CNPJ nº ....., para participar das reuniões relativas ao processo licitatório acima referenciado, o qual está autorizado a requerer vistas de documentos e propostas, manifestar-se em nome da empresa, desistir e interpor recursos, assinar propostas comerciais, rubricar documentos, assinar atas e praticar todos os atos necessários ao procedimento licitatório, a que tudo daremos por firme e valioso.

....., ... de ..... de 2020.

_____
Assinatura do responsável pela empresa
Nome do responsável pela empresa
(Com firma reconhecida em cartório)

Obs.: Caso o contrato social ou o estatuto determinem que mais de uma pessoa deva assinar o credenciamento, a falta de qualquer uma delas invalida o documento para os fins deste procedimento licitatório.

PREGÃO PRESENCIAL SRP Nº 01/2020

ANEXO III – (MODELO) DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO ÀS CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO

_____ (nome da empresa) _____, inscrito n CNPJ n. _____ sediada_____ (endereço completo) por intermédio de seu representante legal o(a) Sr. (a) _____, portador da Carteira de Identidade nº_____ e do CPF nº _____, declara, sob as penas da lei, que **cumpre plenamente os requisitos de habilitação** do processo licitatório em epígrafe, em atenção ao art.4º, inciso VII, da Lei Federal nº 10.520, de 17/07/2002**.**

....., ... de ..... de 2020.

Assinatura do responsável pela empresa
Nome do responsável pela empresa

Obs: Identificar o signatário e utilizar carimbo padronizado da empresa, ou papel timbrado contendo todos os dados da empresa.

Processo: 355/2019
Folha nº_____
Rubrica:_____

PREGÃO PRESENCIAL SRP Nº 01/2020
ANEXO IV – (MODELO) DECLARAÇÃO DE PLENO CONHECIMENTO E ACEITAÇÃO DOS TERMOS DO EDITAL E SEUS ANEXOS

A empresa_____ (razão social) _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____ sediada_____ (endereço completo) por intermédio de seu representante legal o(a) Sr. (a) _____, portador da Carteira de Identidade nº_____ e do CPF nº _____, declara para os devidos fins, que tem total conhecimento do Edital e seus anexos, bem como, todas as informações e condições necessárias para o cumprimento das obrigações objeto deste **Pregão Presencial – SRP nº 01/2020** e que está de pleno acordo com o mesmo.

E por ser verdade, assina a presente declaração sob as penas da lei.

....., ... de ..... de 2020.

Assinatura do responsável pela empresa
Nome do responsável pela empresa

PREGÃO PRESENCIAL SRP Nº 01/2020
ANEXO V – (MODELO) PROPOSTA COMERCIAL

Objeto: Contratação do serviço de assistência à saúde, na modalidade de contratação coletiva por adesão, com disponibilidade de estrutura hospitalar em âmbito nacional ou municipal, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade de atendimentos aos beneficiários, compreendendo o atendimento laboratorial, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, internações clínico e cirúrgicas, obstétricas e em terapia intensiva ou semi-intensiva e utilização de leitos especiais (nos casos de obesidade mórbida, queimaduras, escaras e outras situações que o exijam) em hospitais e clínicas, sem excluir doenças preexistentes congênitas ou crônicas, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para os empregados da Companhia de Águas e Esgotos de Roraima – CAER; Plano de saúde que, atenderá os dirigentes, funcionários, servidores cedidos à empresa CONTRATANTE, bem como os ocupantes de cargos em comissão e seus respectivos dependentes; Os beneficiários farão jus a diárias hospitalares em nível de acomodação individual padrão (apartamento individual com banheiro e direito a um acompanhante) **ou coletivo,** e berçário, tanto em caráter eletivo como emergencial, constantes no anexo I neste edital.

Razão Social:				
CNPJ:				
Endereço:	Nº	Bairro:	Cidade:	CEP:
Telefone:		Fax:	E-mail:	
Banco:		Nome e nº da agência:		Conta Bancária:

ITEM	Descrição	TITULAR	DEPENDENTES	TOTAL	Valor unitário (R$)	Valor total (R$)

	DESCREVER DE ACORDO COM O TERMO DE REFERÊNCIA, ANEXO I DO EDITAL.					
VALOR TOTAL (R$) …….. (POR EXTENSO)						

- Todas as despesas e providências decorrentes do transporte, seguro, diferença de ICMS bem como quaisquer outras que se fizerem necessárias, serão de exclusiva responsabilidade da empresa vencedora.

Local, data

Assinatura/nome do responsável pela empresa

PREGÃO PRESENCIAL SRP Nº 01/2020
ANEXO VI – (MODELO) DECLARAÇÃO DE MENOR EMPREGADO

(Inciso XXXIII do Artigo 7º da Constituição Federal)

Ref.: Pregão 01/2020.

(nome da empresa), CPF/CNPJ nº _____, por intermédio de seu representante legal o (a) Sr (a). (nome do representante), portador (a) da Carteira de Identidade nº_____, DECLARA, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

_____, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do responsável pela empresa
Nome do responsável pela empresa

PREGÃO PRESENCIAL SRP Nº 01/2020

ANEXO VII – (MODELO) DE DECLARAÇÃO QUE OS SÓCIOS NÃO FAZEM PARTE DO QUADRO DA CAER

Declaro sob as penas da Lei que a empresa_____, CNPJ nº _____, na qualidade de proponente do procedimento licitatório supracitado, não possui em seu quadro societário, servidores ou dirigentes da Companhia de Águas e Esgotos de Roraima – CAER, ou responsável pela licitação, conforme disposto no art. 9º, da lei Federal 8.666/93.

Local e data.

_____
Responsável pela empresa
CPF/RG.

PREGÃO PRESENCIAL SRP Nº 01/2020

ANEXO VIII - (MODELO) DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE

_____(nome da empresa), CNPJ nº _____, sediada em _____(endereço completo), por intermédio de seu representante legal, infra assinado, declara, sob as penas da Lei, que até a presente data, inexistem fatos impeditivos para a sua habilitação no presente processo licitatório: Pregão Presencial – SRP nº 01/2020, estando ciente da obrigatoriedade de declara ocorrências posteriores.

Por ser verdade, firmamos o presente.

_____, _____,de _____de 2020.

_____
Representante Legal

Assinatura/Nome/RG

PREGÃO PRESENCIAL SRP Nº 01/2020

ANEXO IX – (MODELO) DE DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA E/OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE

DECLARAÇÃO PARA MICRO E PEQUENA EMPRESA

_____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, por intermédio de seu representante legal o (a) Sr (a)_____, portador da Carteira de Identidade nº _____, e do CPF _____, DECLARA, para fins legais, ser microempresa/empresa de pequeno porte, nos termos da Lei complementar nº 123/06.

( ) Microempresa ou
( ) Empresa de Pequeno Porte

Obs: assinalar a opção acima.

_____,____ de _____de _____.

REPRESENTANTE LEGAL

Obs:
a) Identificar o signatário e utilizar carimbo padronizado da empresa ou papel timbrado contendo todos os dados da empresa.

PREGÃO PRESENCIAL SRP Nº 01/2020
ANEXO X – (MODELO) DE DECLARAÇÃO DE ELABORAÇÃO INDEPENDENTE DE PROPOSTA

_____(razão social da empresa)_____, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas sob o nº _____, por seu representante legal abaixo assinado, DECLARA, em conformidade com o disposto no Edital de Pregão Presencial SRP nº 01/2020, sob as penas da Lei, em especial o artigo nº 299 do Código Penal Brasileiro, especificamente para participação no certame em epigrafe, que:

a) A proposta apresentada para participar da licitação acima mencionada foi elaborada de maneira independente por esta licitante, e o conteúdo da proposta não foi, no todo ou em parte, direta ou indiretamente, informado, discutido ou recebido de qualquer outro participante potencial ou de fato da licitação acima mencionada, por qualquer meio ou por qualquer pessoa;

b) A intenção de apresentar a proposta elaborada para participar da licitação acima mencionada não foi informada, discutida ou recebida de qualquer outro participante potencial ou de fato da licitação acima mencionada, por qualquer meio ou por qualquer pessoa;

c) Que não tentou, por qualquer meio ou por qualquer pessoa, influir na decisão de qualquer outro participante potencial ou de fato da licitação acima mencionada quanto a participar ou não da referida licitação;

d) Que o conteúdo da proposta apresentada para participar da licitação acima mencionada não será, no todo ou em parte, direta ou indiretamente, comunicado ou discutido com qualquer outro participante potencial ou de fato da licitação acima mencionada antes da adjudicação do objeto da referida licitação;

e) Que o conteúdo da proposta apresentada para participar da licitação acima mencionada não foi, no todo ou em parte, direta ou indiretamente, informado, discutido ou recebido de qualquer integrante da CAER antes da abertura oficial das propostas; e

f) Que está plenamente ciente do teor e da extensão desta declaração e que detém plenos poderes e informações para firmá-la.

Local e data

_____
Assinatura e carimbo do representante legal
CPF nº _____
RG nº _____

PREGÃO PRESENCIAL SRP Nº 01/2020
ANEXO XI – MINUTA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

ATA Nº **/2020
PROCESSO n.º 355/2019
LICITAÇÃO nº. 01/2020 – Pregão Presencial – SRP
VALIDADE: até ____/____/____

Aos dias do mês de de 2020, **A COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA - CAER**, com sede na Rua Melvin Jones, nº 219, Bairro São Pedro, CEP 69.306-610, em Boa Vista - RR, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 05.939.467/0001-15, nos termos do estabelecido pela Lei Federal nº. 10.520, de 17 de julho de 2002, Decreto Estadual nº 4.794-E/2002, Decreto Estadual 16.223-E/2013 e, subsidiariamente, pela Lei Federal n° 8.666, de 21 de junho de 1993, e suas alterações, além das demais disposições legais aplicáveis e do disposto no Edital, neste ato representado por seu Presidente **JAMES DA SILVA SERRADOR**, CPF: 376.027.482-04 doravante denominada simplesmente **ÓRGÃO GERENCIADOR**, resolve registrar os preços das empresas abaixo identificadas, a seguir denominadas simplesmente **FORNECEDOR**, observadas as disposições do Edital e as cláusulas deste instrumento.

FORNECEDOR:
LOTE 1,....., com sede em....., em ....., inscrita no CNPJ/MF sob o n.º. ....., neste ato representada pelo Sr(a). ....., portador do RG n.º ....., CPF n.º .....

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO E DOS PREÇOS

1.1. Contratação do serviço de assistência à saúde, na modalidade de contratação coletiva por adesão, com disponibilidade de estrutura hospitalar em âmbito nacional ou municipal, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade de atendimentos aos beneficiários, compreendendo o atendimento laboratorial, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, internações clínico e cirúrgicas, obstétricas e em terapia intensiva ou semi-intensiva e utilização de leitos especiais (nos casos de obesidade mórbida, queimaduras, escaras e outras situações que o exijam) em hospitais e clínicas, sem excluir doenças preexistentes congênitas ou crônicas, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para os empregados da **Companhia de Águas e Esgotos de Roraima – CAER**, conforme as especificações detalhadas neste instrumento;

1.2. Plano de saúde com as características descritas acima no **item 1.1**, atenderá os dirigentes, funcionários, servidores cedidos à empresa **CONTRATANTE**, bem como os ocupantes de cargos em comissão e seus respectivos dependentes, que poderão aderir mediante condições especificadas neste instrumento;
1.3. Os beneficiários farão jus a diárias hospitalares em nível de acomodação individual padrão (apartamento individual com banheiro e direito a um acompanhante) **ou coletivo,** e berçário, tanto em caráter eletivo como emergencial, apresentada à Licitação nº.**01/2020** – Pregão Presencial SRP, abaixo especificado:

1.4 Especificações:

PLANO DE SAÚDE "A": NACIONAL

FAIXAS ETÁRIAS	TITULAR	DEPENDENTES	TOTAL	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
De 0 a 18 Anos		24	24		
De 19 a 23 Anos	1	4	5		
De 24 a 28 Anos	6	3	9		
De 29 a 33 Anos	4	-	4		
De 34 a 38 Anos	4	1	5		
De 39 a 43 Anos	11	1	12		
De 44 a 48 Anos	15	-	15		
De 49 a 53 Anos	14	1	15		
De 54 a 59 Anos	11	-	11		
Maior de 60 Anos	12	3	15		
TOTAL	**78**	**37**	**115**		

PLANO DE SAÚDE "B": MUNICIPAL

FAIXAS ETÁRIAS	TITULAR	DEPENDENTES	TOTAL	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
De 0 a 18 Anos	-	38	38		
De 19 a 23 Anos	1	4	5		
De 24 a 28 Anos	4	2	6		
De 29 a 33 Anos	17	2	19		
De 34 a 38 Anos	14	1	15		
De 39 a 43 Anos	10	6	16		
De 44 a 48 Anos	13	1	14		
De 49 a 53 Anos	14	3	17		
De 54 a 59 Anos	18	4	22		
Maior de 60 Anos	26	3	29		
TOTAL	**117**	**64**	**181**		

1.5. Este instrumento não obriga a CAER a adquirir os produtos nele registrados e nem firmar contratações nas quantidades estimadas, podendo realizar licitação específica para aquisição de um ou mais itens, obedecida a legislação pertinente, hipótese em que, em igualdade de condições, o beneficiário do registro terá preferência.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

2.1. O prazo de vigência da Ata de Registro de Preços será de 12 (doze) meses, contados a partir da sua publicação no Diário Oficial.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS CUSTEIOS DO PLANO

3.1. O custeio do plano é de responsabilidade da **CONTRANTANTE** e dos beneficiários titulares, através de contribuições mensais, conforme disposto na cláusula vigésima quarta do acordo coletivo de trabalho CAER/STIURR 2018/2019;
3.2. A contribuição da **CONTRATANTE** será de 60% (sessenta por cento) da contraprestação mensal do beneficiário titular e a parcela de 40% (quarenta por cento) será de responsabilidade de o beneficiário titular, através de consignação em folha de pagamento que serão repassados pela empresa **CONTRATANTE** diretamente a **CONTRATADA;**
3.3. O custeio da contraprestação pecuniária dos beneficiários dependentes será assumido integralmente pelo beneficiário titular através de consignação em folha de pagamento, que será repassado pela empresa **CONTRATANTE** diretamente a **CONTRATADA.**

CLÁUSULA QUARTA – DOS TIPOS DE PLANO
4.1. Para opção dos Beneficiários, deverão ser ofertados os tipos de planos a seguir especificados:
4.1.1. Plano de saúde "A": NACIONAL, com internação hospitalar em apartamento, observada as peculiaridades do padrão de cada estabelecimento credenciado;
4.1.2. Plano de saúde "C": MUNICIPAL, na cidade de Boa Vista-RR, com internação hospitalar em apartamento ou coletivo, observada as peculiaridades do padrão de cada estabelecimento credenciado.
4.2. A opção do titular por um plano obriga os dependentes a fazerem igual opção, relativamente ao item 7.1 do presente termo de referência;
4.3. A empresa **CONTRATADA** não poderá criar em quaisquer hipóteses restrições ao atendimento de beneficiário sob a alegação de doenças ou lesões preexistentes ou congênitas.

CLÁUSULA QUINTA – DAS FAIXAS DE IDADE E QUANTITATIVOS ESTIMADO DE USUÁRIOS
5.1. As variações das prestações em razão da idade do usuário e a quantidade estimada dos usuários a serem inscritos no plano, os quais serão executados por demanda, conforme tabela abaixo:
5.1.1. PLANO DE SAÚDE "A": NACIONAL

FAIXA ETÁRIA E QUANTITATIVO

FAIXAS ETÁRIAS	TITULAR	DEPENDENTES	TOTAL	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
De 0 a 18 Anos	-	24	24	R$ 347,63	R$ 8.343,12
De 19 a 23 Anos	1	4	5	R$ 431,00	R$ 2.155,00
De 24 a 28 Anos	6	3	9	R$ 573,81	R$ 5.164,29
De 29 a 33 Anos	4	-	4	R$ 698,81	R$ 2.795,24
De 34 a 38 Anos	4	1	5	R$ 746,85	R$ 3.734,25
De 39 a 43 Anos	11	1	12	R$ 825,72	R$ 9.908,64
De 44 a 48 Anos	15	-	15	R$ 1.012,06	R$ 15.180,90
De 49 a 53 Anos	14	1	15	R$ 1.156,05	R$ 17.340,75
De 54 a 59 Anos	11	-	11	R$ 1.703,15	R$ 18.734,65
Maior de 60 Anos	12	3	15	R$ 1.969,08	R$ 29.536,20
TOTAL	**78**	**37**	**115**		**R$ 112.893,04**

5.1.2. PLANO DE SAÚDE "B": MUNICIPAL

FAIXA ETÁRIA E QUANTITATIVO

FAIXAS ETÁRIAS	TITULAR	DEPENDENTES	TOTAL	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
De 0 a 18 Anos	-	38	38	R$ 223,96	R$ 8.510,48
De 19 a 23 Anos	1	4	5	R$ 268,78	R$ 1.343,90
De 24 a 28 Anos	4	2	6	R$ 309,12	R$ 1.854,72
De 29 a 33 Anos	17	2	19	R$ 355,48	R$ 6.754,12
De 34 a 38 Anos	14	1	15	R$ 408,77	R$ 6.131,55
De 39 a 43 Anos	10	6	16	R$ 470,10	R$ 7.521,60
De 44 a 48 Anos	13	1	14	R$ 540,59	R$ 7.568,26

De 49 a 53 Anos	14	3	17	R$ 648,73	R$ 11.028,41
De 54 a 59 Anos	18	4	22	R$ 778,48	R$ 17.126,56
Maior de 60 Anos	26	3	29	R$ 973,11	R$ 28.220,19
TOTAL	**117**	**64**	**181**		**R$ 96.059,79**

5.2. Ninguém poderá ser impedido de participar do plano de saúde em razão da idade ou condição de portador de deficiência.

CLÁUSULA SEXTA – DAS ADESÕES

6.1. A CONTRATANTE fornecerá à **CONTRATADA** a relação dos **BENEFICIÁRIOS**, em cada plano, responsabilizando-se pelas informações sobre **TITULARIDADE** e **DEPENDÊNCIA** dos inscritos, ficando assegurado a exata o direito de solicitar a comprovação, quando julgar necessária:

6.1.1. As inscrições no início da vigência do contrato deverão se possíveis, abranger o quantitativo estimado de **BENEFICIÁRIOS** previstos na negociação com a **CONTRATANTE;**

6.1.2. Para o cônjuge e/ou companheiro (a) mediante apresentação de escritura pública de união estável de o BENEFICIÁRIO TITULAR**,** ficará isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento do casamento ou da declaração de união estável;

6.1.3. Ocorrendo nascimento de filho, o **BENEFICIÁRIO TITULAR** terá o prazo máximo de até 30 (trinta) dias da data de nascimento, para inscrevê-lo como seu dependente neste contrato, sendo dispensado das carências previstas, pagando a mensalidade per capita do mês correspondente ao da inclusão;

6.1.4. Os filhos adotivos menores de 12(doze) anos de idade poderão ser inscritos e aproveitar os períodos de carência já cumprido no contrato pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento da adoção;

6.1.5. Os filhos dependentes, ao atingirem a idade limite ou perderem a condição de solteiros, poderão, caso desejem, celebrar plano de pessoa física, sendo válidas para o novo plano os prazos de carências em andamento ou já cumpridos por ele; **neste caso, ele deverá arcar com o pagamento integral da mensalidade que será equiparada à tabela vigente comercializada pela CONTRATADA;**

6.1.6. Poderão aderir ao plano, sem o cumprimento de prazos de carência, os novos empregados contratados que venham a aderir, incluindo os seus dependentes, desde que manifestem interesse em até 30 (trinta) dias do ato da contratação.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS EXCLUSÕES

7.1. Constituem motivos para exclusão do plano, respeitando-se os casos dispostos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, os seguintes casos:

7.1.1. Por morte;

7.1.2. Exoneração e demissão;

7.1.3. Destituição de cargo em comissão ou função comissionada, tendo por consectário a não mais emissão de contracheque por esta **CONTRATANTE;**

7.1.4. Quando entrar em gozo de licença para tratar de interesses particulares, sem remuneração;

7.1.5. Decisão administrativa ou judicial;

7.1.6. Fraude ou inadimplência;

7.1.7. Outras situações previstas em Lei.

7.2. Os dependentes comuns serão excluídos do Plano de Saúde, nos seguintes casos:

7.2.1. Morte;

7.2.2. Quando o titular ao qual estiver vinculado for excluído;

7.2.3. Quando deixarem de se enquadrar nas definições do rol de Beneficiários, previstas neste Termo;

7.2.4. Quando solicitado pelo titular ao qual estiver vinculado.

7.3. A exclusão a pedido do **BENEFICIÁRIO TITULAR** implicará na exclusão automática de todos os seus dependentes;

7.4. As exclusões terão vigência cadastral e financeira até o ultimo dia do mês da formalização da exclusão, salvo na hipótese de óbito do beneficiário, quando as mensalidades devidas serão cobradas pro rate die até a data do falecimento;

7.5. Os Beneficiários excluídos terão automaticamente a obrigação de devolver seus cartões de identificação a **CONTRATANTE**, que os devolverá à **CONTRATADA**, respondendo a **CONTRATANTE** pela utilização indevida dos mesmos, até o momento da comunicação oficial a **CONTRATADA** da exclusão do **BENEFICIÁRIO TITULAR;**

7.6. A CONTRATANTE não será responsável pela utilização irregular dos serviços assistenciais viabilizados pela **CONTRATADA,** nem por eventuais débitos ocorridos, após ter comunicado o evento que implique na exclusão de qualquer beneficiário, e cumprido o item 7.5;
7.7. O beneficiário titular e seus dependentes deixarão de usufruir dos serviços no 1º dia do mês subsequente à exclusão, independente da data em que ocorra a exclusão;
7.8. É garantida a manutenção de **BENEFICIÁRIOS TITULARES**, pelo período mínimo 06 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses, após sua demissão ou exoneração sem justa causa, do vínculo com a **CONTRATANTE**, desde que assumam integralmente o respectivo custeio das despesas, diretamente com a **CONTRATADA**, de acordo com art. 30 da lei nº 9.656/98 e MP 2177-44/2001;
7.9. A exclusão do empregado implicará na exclusão de todos os seus dependentes;
7.10. É de responsabilidade do empregado, solicitar formalmente ao setor responsável, através de pedido de exclusão, a exclusão de seus dependentes;
7.11. As hipóteses abaixo discriminadas constituem exclusões, as quais terão o pagamento da mensalidade efetuado até a data da comunicação dos eventos pelo empregado:
7.11.1. Separação judicial;
7.11.2. Cancelamento da união estável.
7.12. No caso de dependentes legais ou filho, que porventura percam a condição de estudante por ocasião do término da faculdade ou quando completarem 24 anos, a exclusão será efetuada no mês subsequente a data do envio.

CLÁUSULA OITAVA – DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
8.1. Os beneficiários serão atendidos pela rede exclusiva (própria), indicada, credenciada, referenciada, conveniada (ou outro instrumento afim) em todo o país; farão jus à consultas em consultórios particulares, exames complementares, serviços auxiliares, remoções, inclusive aérea, UTI aérea, e internações hospitalares;
8.2. A Contratada deverá proporcionar atendimento ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, incluindo os atendimentos de urgência e emergência, conforme disposto nas Resoluções 13 e 15/99 da CONSU e outras que houver nas Leis 9.656/98 e 9.961/2000; e nas Resoluções Normativas 63/03,195/09 e 211/10, 262/2010 e anexos (I, II e III0, 259/2011 e 279/2012 da Agência Nacional de Saúde (ANS), todas com as respectivas alterações,além de outras que poderão surgir;
8.3. Ainda que o plano possua abrangência nacional, a principal sede de atendimento do plano contratado é o município de Boa Vista/RR, onde deverá ser disponibilizado pela Operadora todo o tipo de atendimentos e procedimentos previstos pela legislação, e aplicáveis aos planos de saúde;
8.4. Não havendo no município de Boa Vista/RR profissional e/ou clínica credenciados, conveniados ou referenciados para atender os procedimentos exigidos pelo plano de saúde, o beneficiário poderá realizá-lo com profissional e/ou clínica particular local, devendo a operadora arcar com o reembolso, na forma estabelecida neste instrumento;
8.5. Não havendo no município de Boa Vista/RR profissional e/ou clínica credenciados, conveniados ou referenciados, nem profissional e ou clínica particular, mas havendo profissionais credenciados, conveniados ou referenciados em outras cidades, a CONTRATADA deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como o seu retorno a localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º da RN 259/1, da ANS ou outro normativo que venha a substituí-la;
8.5.1. Na hipótese do subitem anterior, sendo o usuário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, e aos portadores de necessidades especiais, a operadora deverá arcar, também, com os custos do acompanhante;
8.5.2. Na hipótese do item 8.5, sendo o usuário maior de 18 (dezoito) ou menor de 60 (sessenta) anos, a operadora deverá arcar, também com os custos do acompanhante, desde que a necessidade esteja prescrita no Laudo Médico.
8.6. O **atendimento ambulatorial** compreenderá:
8.6.1. Cobertura de Consultas Médicas em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho de Saúde Suplementar;
8.6.2. Cobertura de Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, sem porte anestésico, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.
8.6.3. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, sem prejuízo de novo rol a ser implementado pela ANS:
a) Hemodiálise e dialise peritoneal;
b) Quimioterapia ambulatorial;
c) Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia, etc.);

d) Hemoterapia Ambulatorial;
c) Cirurgia oftalmológica ambulatoriais, assim caracterizados pela inexistência de porte anestésico, inclusive cirurgia para correção de miopia sob a técnica "Excimer lesar", a partir de 7º conforme definido pela Lei 9.656/98.
8.7. Os **atendimentos hospitalar e hospitalar com obstetrícia** compreenderá os atendimentos em unidade hospitalar, em clínicas básicas e especializadas, englobando os seguintes itens:
8.7.1. Sistema de acomodação com direito a acompanhante, pelo tempo que se fizer necessário;
8.7.2. Cobertura ilimitada de internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva e/ou Semi-Intensiva;
8.7.3. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
8.7.4. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnostica fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, conforme prescrição do médico assistente;
8.7.5. Cobertura de taxas, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no Contrato;
8.7.6. Cobertura de despesas de acomodação e alimentação dos acompanhantes de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos;
8.7.7. Cobertura de exames para screening de transplantes de órgãos dos possíveis doadores, caso haja impossibilidade de realização pelo Sistema Único de Saúde (SUS).
8.8. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
8.8.1. Hemodiálise e dialises peritoneais;
8.8.2. Quimioterapias;
8.8.3. Hemoterapias, Plasmaferese;
8.8.4. Radioterapia em todas as suas modalidades;
8.8.5. Nutrição parental ou enteral;
8.8.6. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
8.8.7. Embolizações e radiologia intervencionista;
8.8.8. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
8.8.9. Fisioterapia;
8.8.10. Fornecimentos de próteses, órteses e seus acessórios ligados ao ato cirúrgicos (intraoperatórios), nacionais ou nacionalizados, desde que registrados na ANVISA;
8.8.11. Material de osteossíntese (tal como: placas, parafusos e pinos);
8.8.12. Transplantes de Rins e Córneas, pós-operatório, despesas médico-hospitalares com doadores vivos e medicamentos utilizados durante a internação;
8.8.13. Procedimento obstétrico, inclusive pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido.
8.9. Os exames complementares e de diagnósticos, e os serviços auxiliares, deverão ser prestados conforme disposto nas Resoluções da CONSU; nas Leis 9.656/98 e 9.961/2000; e nas Resoluções Normativas 63/03, 196/09, 11/10, 262/2010 e anexos da Agência Nacional de Saúde (ANS), todas com suas respectivas alterações, e todas as que forem publicadas posteriormente ao contrato, sem prejuízo de futuras normas que venham regulamentar o tema;
8.10. A Contratada deverá manter ao menos uma unidade hospitalar própria ou credenciada em cada um das capitais dos Estados da Federação e no Distrito Federal.

CLÁUSULA NONA – DOS SERVIÇOS ASSEGURADOS

9.1. Fica assegurada a prestação de todos os procedimentos constantes do **ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE**, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que pode ser consultado pelas partes e interessados no sítio **www.ans.gov.br**, e que representa a listagem obrigatória de exames, consultas, cirurgias e demais procedimentos que as operadoras de planos de saúde devem oferecer;
9.2. Assistência à Saúde, prestada por médicos e outros profissionais da área de saúde em Hospitais, Clínicas, Centros Médicos ou Consultórios, nas seguintes áreas e especialidades, sem prejuízo de novo rol a ser implementado pela ANS:
9.2.1. Acupuntura ambulatorial;
9.2.2. Alergia e imunologia;
9.2.3. Anestesiologia, em todos os portes;
9.2.4. Angiologia;
9.2.5. Cancerologia;

9.2.6. Cardiologia;
9.2.7. Cirurgia Cardiovascular;
9.2.8. Cirurgia da Mão;
9.2.9. Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Cirurgia e Traumatologia de face;
9.2.10. Cirurgia Gastroenterológica;
9.2.11. Cirurgia Geral;
9.2.12. Cirurgia ortopédica;
9.2.13. Cirurgia Pediátrica;
9.2.14. Cirurgia Plástica reparadora, quando efetuada exclusivamente para restauração de funções em órgãos, membros e regiões, e restauradora não estética (incluindo mamoplastia);
9.2.15. Cirurgia Proctológica;
9.2.16. Cirurgia Torácica;
9.2.17. Cirurgia Urológica;
9.2.18. Cirurgia Vascular Periférica;
9.2.19. Citopatologia;
9.2.20. Clínica Médica;
9.2.21. Dermatologia;
9.2.22. Doenças infectocontagiosas e parasitárias (incluindo AIDS);
9.2.23. Enfermagem durante o período de internação;
9.2.24. Endocrinologia e Metabologia;
9.2.25. Endoscopia Digestiva;
9.2.26. Fisiatria;
9.2.27. Fisioterapia;
9.2.28. Fonoaudiologia, conforme indicação do médico assistente;
9.2.29. Gastroenterologia;
9.2.30. Geriatria e Gerontologia;
9.2.31. Ginecologia/Obstetrícia;
9.2.32. Hematologia/Hemoterapia;
9.2.33. Homeopatia ambulatorial;
9.2.34. Infectologia;
9.2.35. Mastologia;
9.2.36. Medicina Intensiva;
9.2.37. Nefrologia Pediátrica;
9.2.38. Nefrologia;
9.2.39. Neonatologia;
9.2.40. Neurocirurgia;
9.2.41. Neurologia;
9.2.42. Neurologia pediátrica;
9.2.43. Nutrição, conforme indicação do médico assistente;
9.2.44. Nutrologia;
9.2.45. Obstetrícia;
9.2.46. Oftalmologia, incluindo as cirurgias corretivas (miopia, catarata, facectomia com implantes de lentes intraocular);
9.2.47. Oncologia;
9.2.48. Ortopedia e Traumatologia;
9.2.49. Otorrinolaringologia;
9.2.50. Pediatria e suas áreas de atuação;
9.2.51. Pneumologia;
9.2.52. Proctologia;
9.2.53. Psiquiatria;
9.2.54. Psicoterapia;
9.2.55. Radiologia Diagnóstica e intervencionista;
9.2.56. Radioterapia;
9.2.57. Reumatologia;

9.2.58. Terapia ocupacional;
9.2.59. Urologia;
9.2.60. Cirurgia por Videolaparoscopia;
9.3. Atendimentos a áreas de atuações devidamente reconhecidas pelo CFM deverão ser realizadas mediante encaminhamento médico de médico especialista, conforme determina a Resolução do CFM nº 2.149/2016.
9.4. Internações eletivas e emergenciais incluindo:
9.4. 1. Assistência hospitalar ao portador da HIV/AIDS, compreendido a cobertura de todas as suas despesas;
9.4.2. Assistência Médica, nas especialidades Clínicas, Cirúrgicas, e Traumas;
9.4.3. Coberturas de despesas de beneficiários, inclusive de acompanhante no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) e maiores de 60 (sessenta) anos, bem como os acompanhantes de pessoas com necessidades especiais, em qualquer idade, com exceção a gastos pessoais de acompanhantes (telefones, refrigerantes, lavagem de roupas pessoais, aluguel de aparelho de televisão e tudo o mais que não se refira especificamente à causa de internação);
9.4.4. Diárias de maternidade e berçário;
9.4.5. Diárias hospitalares e de UTI e/ou semi-UTI sem limite (conforme orientação médica), bem como todas as taxas de sala (neonatal, criança e adulto);
9.4.6. Materiais e aparelhos ortopédicos, gesso, órteses, próteses e respectivos acessórios devendo obedecer claramente às especificações do cirurgião, marcapasso provisório e definitivo e lente intraocular, de procedência nacional ou nacionalizada, devidamente registrada na ANVISA;
9.4.7. Material de sala;
9.4.8. Partos;
9.4.9. Serviços dietéticos;
9.4.10. Serviços gerais de enfermagem em hospital e fisioterapia;
9.4.11. Todo material/medicamento necessário durante a internação (incluindo oxigênio, transfusão de sangue e de seus derivados);
9.4.12. Todos os exames e tratamentos complementares para controle de patologia do paciente durante a internação;
9.4.13. Tratamento cirúrgico de Epilepsia;
9.4.14. Tratamento pré-natal das hidrocefalias e cistos cerebrais;
9.4.15. Transplantes autólogos de medula óssea.
9.5. Fica assegurada, ainda, a remoção aérea e/ou terrestre, inter-hospitalar, com recursos necessários a garantir a manutenção da vida, inclusive de UTI, desde que atestada à necessidade pelo médico cooperado/credenciado da operadora que assista o paciente, seja possível o traslado segundo autorização da equipe médica da remoção, ocorra dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato e, ainda, sejam respeitados os critérios estabelecidos pela ANAC;
9.6. Remoção inter-hospitalar do beneficiário (do hospital de origem para o hospital de destino);
9.7. Atendimento de emergência e urgência, 24 (vinte e quatro) horas, todos os dias da semana, em regime de plantão ou sobreaviso, por equipe médica constituída de, no mínimo os seguintes profissionais: Pediatria, Clínica Médica, Traumato-Ortopedia, Cirurgia Geral, Anestesiologia, Oftalmologia, Obstetrícia e Ginecologia, Neurocirurgia, Cardiologia e Trauma de Face, para todas as patologias agudas e crônicas;
9.8. Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, nas áreas e especialidades indicadas no item 9.2, inclusive para o internado, sem limite de qualquer espécie, em situações eletivas e/ou emergenciais e, no que couber:
9.8.1. Amniocentese/Corioncentese;
9.8.2. Análises Clínicas incluindo: Exames Sorológicos, Hematológicos, Bioquímicos, Imunofluorescência, RIE (Rádio Imunoensaio), Culturas;
9.8.3. Anatomia Patológica;
9.8.4. Angiografia;
9.8.5. Arteriografia;
9.8.6. Cineangiocoronariografia;
9.8.7. Cintilografia;
9.8.8. Colocação de gesso e similares;
9.8.9. Densitometria óssea;
9.8.10. Diálise peritonal e Hemodiálise;
9.8.11. Ecocardiografia uni e bidimensional com doppler sem cor e colorido;
9.8.12. Eletrocardiograma;
9.8.13. Eletrocardiografia;

9.8.14. Eletroencefalograma;
9.8.15. Eletromiografia;
9.8.16. Eletroneuromiografia;
9.8.17. Ergometria (esteira e bicicleta);
9.8.18. Estudo citológico e patológico de porções/órgãos variados;
9.8.19. Estudo radiológico completo das diversas partes do corpo, estudo simples e com uso de contrastes, através das variadas incidências existentes;
9.8.20. Estudos eletroencefalográficos e mapeamento cerebral;
9.8.21. Estudos hemodinâmicos, incluindo cineangiocoronariografia;
9.8.22. Exames anatomopatológicos, citopatológicos, imuno-histoquimicos;
9.8.23. Exames e testes alergológicos;
9.8.24. Exames e testes oftalmológicos;
9.8.25. Exames e testes otorrinolaringológicos, incluindo Audiometria e Impedanciometria;
9.8.26. Exames endoscópicos diversos e Terapia Endoscópica;
9.8.27. Exames invasivos da Cardiologia (estudo eletrofisiológico para diagnóstico e tratamento);
9.8.28. Exames radiológicos;
9.8.29. Fisioterapia, inclusive respiratória, sem limite de uso;
9.8.30. Fluoresceinografia;
9.8.31. Gasoterapía;
9.8.32. Hemoterapia;
9.8.33. *Holter* de 12 (doze) e 24 (vinte e quatro) horas e Monitorização com mapeamento ambulatorial de pressão arterial – MAPA de 24 (vinte e quatro) horas;
9.8.34. Inaloterapia em atendimento de urgência realizado em unidade hospitalar;
9.8.35. Laserterapia (foto eletrocoagulação de retina a laser) para beneficiários que possuam, no mínimo, grau 5;
9.8.36. Litotripsia;
9.8.37. Mamografia;
9.8.38. Mamotamia: biópsia da mama a vácuo, com corte menor;
9.8.39. Medicina Nuclear (para diagnóstico e tratamento) - Radioisótopos e Cintilografias inclusive;
9.8.40. Oxigenoterapia Hiperbárica;
9.8.41. Provas de função pulmonar;
9.8.42. Quimioterapia Oncológica;
9.8.43. Radioterapia Oncológica;
9.8.44. Ressonância magnética das diversas regiões do corpo;
9.8.45. Teste ergométrico;
9.8.46. Tomografia simples ou computadorizada das diversas partes do corpo;
9.8.47. Tratamento de varizes, bem como tratamento cirúrgico unilateral e bilateral;
9.8.48. Ultrassonografia, das diversas partes do corpo e pelas diferentes vias de acesso (abdominal, pélvica, prostática, transvaginal), sem limite de utilização, com participação do radiologista intervencionista, se necessário;
9.8.49. Videolaparoscopia exploratória e terapêutica.
9.9. Incluem-se também os seguintes procedimentos de cirurgia cardíaca e hemodinâmica:
9.9.1. Valvopatia:
a) Comissurotomia sem CEC e com CEC;
b) Troca valvar múltipla;
c) Troca valvar única – valvoplastia.
9.9.2. Coronariopatia:
a) Aneurismectomia de ventrículo esquerdo;
b) Ponte de safena aortocoronária anastomose mamária-coronária;
c) Revascularização do miocárdio com e sem extracorpórea;
d) Revascularização do miocárdio e outros procedimentos: carótida, valvas, aneurisma e etc.
9.9.3. Defeitos Congênitos:
a) Canal arterial persistente – correção cirúrgica;
b) Cirurgia em criança com baixo peso com CEC;
c) Cirurgias paliativas (anamastose sistemicos, bandagem, ampliação CIA);

d) Coarctação da aorta – correção cirúrgica;
e) Correção com CEC;
f) Valvotomia com e sem CEC.
9.9.4. Outros Procedimentos:
a) Aneurisma aorto torácica – correção cirúrgica;
b) Aneurisma torácica-abdominal – correção cirúrgica;
c) Biopsia do miocárdio;
d) Cardiotomia (ferimento, corpo estranho, exploração);
e) Colocação de balão intra-aórtico;
f) Drenagem do pericárdio;
g) Pericardiectomia;
h) Pericardiocentese;
i) Remoção de pigmentos de lente intraocular com Yag Laser (este procedimento evita que se faça uma nova cirurgia somente para a remoção dos pigmentos após a operação de catarata).
9.9.5. Marca-passo:
a) Instalação do aparelho (endocárpio, epicárpio).
9.9.6. Serviços Básicos Necessários:
a) Perfusionista.
9.9.7. Hemodinâmica:
a) Cateterismo cardíaco direito com ou sem oximetria;
b) Cateterismo cardíaco esquerdo com ou sem oximetria;
c) Cateterismo cardíaco esquerdo e direito com ou sem oximetria;
d) Cateterismo direito + esquerdo + cineangiocardia;
e) Cateterismo direito + esquerdo + cineangiocoronariografia;
f) Cineangiocardiogafia com Rashking;
g) Cineangiocardiografia;
h) Cinecoronariografia com aortografia completa;
i) Cinecoronariografia com carotidoangiografia bilateral;
j) Cinecoronariografia;
k) Coronariografia com angioplastia (trombolise e ou colocação de stents);
l) Estudo da função do nó sinoastrial e do sistema de condução com provas farmacológicas;
m) Estudo da função do nó sinoastrial e do sistema de condução;
n) Valvoplastia com catéter (pulmonar, aórtica ou mitral).
9.10. A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando decorrentes de acidentes pessoais (que é o evento decorrente de causas externas, ocorridos em data específica, de maneira súbita e involuntária e causador de lesão física que torne necessário o tratamento médico) e será efetuada exclusivamente para restauração de funções em órgãos, membros e regiões;
9.11. As próteses cardíacas autorizadas serão aquelas nacionais ou nacionalizadas, registradas na ANVISA, de natureza biológica e que melhor se adaptarem ao caso e deverão obedecer claramente às especificações do cirurgião, não podendo haver indicação de marca ou fabricante;
9.12. A implantação de marca-passo artificial cardíaco permanente será oferecida de acordo com os critérios preconizados pelo Departamento de Estimulação Cardíaca Artificial (DECA), da Sociedade de Cirurgia Cardiovascular e do Departamento de Arritmias e Eletrofisiologia de Cardiologia (DECA/DAEC - 1990), sem ônus tanto da implantação, como do marca-passo artificial para o beneficiário e para a **CONTRATANTE;**
9.13. Fica assegurado ao beneficiário deste programa, a garantia de assistência em quaisquer outras especialidades reconhecidas ou que vierem a ser reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina e pela Agência Nacional de Saúde (ANS), e em Procedimentos Clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais de patologias relacionados na Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados com a saúde da Organização Mundial de Saúde;
9.14. Ocorrendo alteração ou a revogação da resolução que contempla o rol de procedimentos, seja pela **Agência Nacional de Saúde (ANS)** ou por qualquer outro órgão competente, que venha a excluir algum procedimento ou evento previsto na cobertura mínima obrigatória, ficam asseguradas todas as coberturas previstas neste instrumento; havendo inclusões no rol de procedimentos e eventos em saúde (que constitui a referência básica de cobertura), ficam as coberturas previstas neste instrumento mantidas e automaticamente acrescidas das eventuais novas coberturas, independente de transcrição e

dispensando-se a assinatura de termo aditivo ao futuro instrumento contratual.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS DESPESAS GERAIS COBERTAS

10.1. As despesas médicas e das demais áreas contempladas neste instrumento, a nível hospitalar, decorrentes de consultas, exames laboratoriais, atendimento ambulatorial, urgências clínicas e cirúrgicas, assistência médica e em regime de internação hospitalar e serviços médicos complementares oriundos de consultas médicas para diagnóstico e controle de doenças, estão cobertas por este instrumento, assim discriminados:

10.1.1 Atendimento ambulatorial, que compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório:

a) Cobertura de consultas médicas, e das demais áreas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelos respectivos Conselhos Federais, exceto nos Hospitais de Alto Custo, salvo as exceções legais;

b) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

c) Medicamentos e materiais cirúrgicos utilizados no transcorrer do atendimento do procedimento ambulatorial;

d) Exames complementares;

e) Serviços auxiliares de diagnóstico;

f) Tratamento psiquiátrico, na forma e nos limites previstos na legislação vigente;

g) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

h) Sessões de fisioterapia a critério médico assistente, sem limite de quantidade.

10.1.2 Internação hospitalar:

a) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes regulamentados pela ANS;

b) Alimentação, inclusive dietética, quando indicada pelo médico assistente até a alta hospitalar;

c) Analgesia em parto normal;

d) Anestésicos;

e) Atendimentos obstétricos que se relacionem à gestação e aos partos normais, cesarianas e complicações no processo gestacional, bem como, abortamentos determinados exclusivamente em razão do risco de morte da gestante, desde que observados os princípios da deontologia médica, além de despesas de mercado;

f) Cobertura de cirurgia bucomaxilofacial, que necessitem de ambiente hospitalar;

g) Cobertura de despesas de acomodação e alimentação do acompanhante, noscasos de menores de 18 (dezoito) anos e acima de 60 (sessenta) anos de idade;

h) Cobertura de internações hospitalares em unidade de terapia intensiva ou semi-intensiva (conforme orientação médica), vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente, bem como, internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em todas as clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelos Conselhos Federais, a critério do profissional assistente;

i) Cobertura de cirurgias plásticas estéticas e não estéticas, quando efetuadas exclusivamente para recuperação ou restauração de funções de órgãos, membros e regiões, a exemplo, abdomem, mamoplastia;

j) Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados e curativos, assim como da remoção aérea ou terrestre, interhospitalar, conforme critério do médico responsável pelo paciente ou da equipe médica responsável pelo translado, dentro da abrangência geográfica prevista e respeitados os critérios aeromédicos vigentes;

k) Despesas com materiais e aparelhos ortopédicos, gesso, órteses, próteses e respectivos acessórios, devendo obedecer claramente às prescrições do cirurgião, marca-passo (provisório e definitivo) e lente intraocular, de procedência nacional ou nacionalizada devidamente registrada na ANVISA;

l) Embolizações e radiologia intervencionista;

m) Exames complementares para diagnóstico e tratamento da doença que tenha motivado a internação;

n) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

o) Fisioterapia;

p) Fonoaudiologia e foniatria para paciente em UTI neonatal e pacientes traqueostomizados, em casos indicados pelo médico assistente;

q) Gases medicinais;

r) Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

s) Hemoterapia;

t) Internação em quarto com banheiro privativo incluindo acomodação para acompanhante, ou na falta deste, em acomodação

em nível superior sem ônus adicional;
u) Leitos especiais (nos casos de obesidade mórbida, queimaduras, escaras e outras situações que exijam), leitos de UTI, inclusive Neonatal, nas localidades em que houver, de terapia semi-intensiva e leitos de recuperação pós-anestésica, monitores e todas as aparelhagens e materiais indispensáveis ao tratamento;
v) Materiais e medicamentos;
w) Medicina física e reabilitação, sem finalidade estética, e sessões de fisioterapia a critério do médico assistente, sem limite de quantidade;
x) Nutrição parenteral ou enteral;
y) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
z) Próteses, órteses e seus acessórios, desde que ligados ao ato cirúrgico;
aa) Quimioterapia;
bb) Radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
cc) Sala de cirurgia;
dd) Sala de parto;
ee) Serviços gerais de enfermagem, durante a internação;
ff) Transfusões sanguíneas e seus derivados, durante o período de internação;
gg) Tratamento psiquiátrico, na forma e nos limites determinados pela legislação em vigor;
hh) Caso a rede própria ou credenciada da contratada não disponha, no local, de serviço ou procedimento necessário à assistência ao beneficiário, será assegurada a remoção deste ao estabelecimento hospitalar onde houver, ficando a cargo da contratada as despesas com a remoção e com a assistência prestada no novo local.
10.1.3 O presente termo também contempla atendimentos:
a) Às lesões decorrentes de tentativa de suicídio, já que expressam transtornos psíquicos;
b) A portadores de doenças mentais, em estado de crise;
c) Aos transplantes autorizados e regulamentados pela ANS, inclusive despesas com os doadores;
d) De emergência, como tais definidos os que implicarem risco à vida ou de lesões irreparáveis para o paciente;
e) De urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções;
f) De remoção de UTI aérea, nos termos o disposto neste instrumento.
10.1.4 Nos casos de transplantes de rim e córnea, o presente Contrato cobre as despesas com procedimentos vinculados, necessários à realização do transplante, incluindo:
a) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
b) As despesas assistenciais com doadores vivos;
c) Os medicamentos utilizados durante a internação.
10.1.5 Transplantes de Órgãos e Tecidos:
a) Todas as despesas com procedimentos vinculados, necessários à realização de transplantes;
b) Despesas assistenciais com doadores;
c) Medicamentos utilizados durante a internação;
d) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
e) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
10.1.6 Procedimentos para anticoncepção:
a) Inserção de DIU, hormonal ou não, incluindo o dispositivo, inclusive internação para implantação do dispositivo, caso seja necessário, seguindo orientação do médico solicitante;
b) Vasectomia, conforme critérios estabelecidos nas portarias do Ministério da Saúde e nas resoluções do Conselho Federal de Medicina;
c) Ligadura tubária, conforme critérios estabelecidos nas portarias do Ministério da Saúde e nas resoluções do Conselho Federal de Medicina.
10.1.7 Procedimentos cirúrgicos e invasivos:
a) Procedimentos cirúrgicos por videolaparoscopia;
b) Dermolipectomia para correção de abdome em avental após tratamento de obesidade mórbida;
c) Remoção de pigmentos de lente intraocular com Yag Laser;
d) Mamotomia: Biopsia de mama a vácuo, com um corte menor;
e) Tratamento cirúrgico da Epilepsia;

f) Tratamento pré-natal das hidrocefalias e cistos cerebrais; e
g) Transplantes de todos os órgãos determinados como obrigatórios pela ANS, quais sejam, Rim e Córnea e transplantes autólogos de medula óssea.
10.1.8 Exames laboratoriais de todas as espécies e sem limite de quantidade, especialmente os seguintes:
a) Análise de DNA para diversas doenças genéticas;
b) Fator V Leiden, Análise de mutação;
c) Hepatite B: Teste quantitativo;
d) Hepatite C: Teste quantitativo, Genotipagem;
e) HIV: Teste quantitativo, Genotipagem;
f) Dímero D;
g) Mamografia digital.
10.1.9 Os tratamentos psiquiátricos observarão os limites estabelecidos nas Leis 9.656/98 e 9.961/00, Resoluções e Regulamentações Complementares vigentes e com suas atualizações.
10.1.10 Psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 sessões por ano, não cumulativas;
10.1.11 Custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
10.1.12 Custeio integral de 180 (cento e oitenta) dias de internação, por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, no caso dos diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID 10;
10.1.13 Atendimento aos Portadores de Quadros de Intoxicação ou Abstinência:
a) Custeio integral de, no mínimo 15 (quinze) dias de internação, por ano, em hospital especializado ou em unidade ou enfermaria especializada para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA– DAS CONDIÇÕES/SERVIÇOS NÃO COBERTOS
11.1. A CONTRATADA não se responsabilizará pela prestação dos seguintes serviços médicos:
11.1.1. Aluguel de equipamentos hospitalares ou similares e despesas extraordinárias do beneficiário e/ou acompanhante, não relacionadas com o tratamento;
11.1.2. Atendimentos nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
11.1.3. Aviamento de óculos e lente;
11.1.4. Cirurgias para mudança de sexo;
11.1.5. Exames admissionais, demissionais, periódicos, de retomo ao trabalho, bem como consultas e exames a eles relacionados;
11.1.6. Fornecimento de materiais e medicamentos importados não nacionalizados;
11.1.7. Fornecimento de medicamentos para o tratamento domiciliar;
11.1.8. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como aqueles não registrados na ANVISA;
11.1.9. Inseminação artificial e cirurgias para a promoção ou correção de esterilidade;
11.1.10. Permanência hospitalar após a alta médica ou enfermagem em caráter particular; procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
11.1.11. Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais de patologias não relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças, e Problemas Relacionados com a saúde, da Organização Mundial da Saúde;
11.1.12. Procedimentos e exames realizados durante internação sem cobertura contratual;
11.1.13. Remoção após alta hospitalar ou por simples vontade da **CONTRATANTE**, sem imperativo de ordem médica;
11.1.14. Remoção de pacientes fora da área geográfica da cobertura contratual;
11.1.15. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
11.1.16. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética (exceto para tratamento da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
11.1.17. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

11.1.18. Vacinas, salvo nos casos de internação ou utilizadas no atendimento de urgência/emergência;
11.1.19. Ficam excluídos expressamente da cobertura quaisquer atendimentos realizados com médicos, clínicas, hospitais que utilizem tabelas próprias, diversos daqueles utilizados pelo serviço contratado, ou ainda, nos chamados "alto custo" e que, portanto, não estejam incluídos na rede básica de assistência da operadora;
11.1.20. Remoção a pedido exclusivo do **beneficiário, do** local do **sinistro** até o hospital, da residência para o hospital e do hospital para a residência;
11.1.21. Atendimento domiciliar;
11.1.22. *Home care*, que representa a instalação, manutenção e/ou fornecimento, em domicílio ou equivalente, de materiais, medicamentos e atendimento médico e/ou multidisciplinar (enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas etc.) necessários à preservação da vida do paciente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES GERAIS DE ATENDIMENTO
12.1. O atendimento do beneficiário pela rede própria, credenciada, ou afim, se dará mediante a apresentação da Carteira de Beneficiário e documento oficial de identificação com foto.
12.1.2. A primeira carteira será fornecida gratuitamente pela CONTRATADÁ e, em caso de extravio, por qualquer motivo, será fornecida uma segunda via ao custo de R$ 5,00 (cinco reais);
12.1.2. O atendimento previsto neste termo de referência será estendido aos beneficiários, sem qualquer restrição ou discriminação por parte dos profissionais ou estabelecimentos da rede credenciada;
12.1.3. Haverá majoração de mensalidade do beneficiário quando da mudança de grupo de faixa etária no mês subseqüente ao do efetivo implemento da idade;
12.1.4. O beneficiário titular deve comunicar ao Departamento de Recursos Humanos quando os dependentes, por qualquer hipótese perderem essa condição;
12.1.5. Para a utilização da assistência à saúde de que trata este instrumento, os beneficiários poderão se dirigir diretamente à rede própria ou credenciada da CONTRATADA, postando a carteira de identificação e documento de identificação oficial, sem necessidade de guia previamente autorizada, salvo nos casos de internação eletiva e de exames especiais, assim considerados aqueles de maior complexidade técnica e custo elevado, salvo nos casos de intercâmbio;
12.1.6. A autorização para a realização de exames especiais deverá ser fornecida por telefone, fac-símile ou outro meio eletrônico equivalente, no prazo estabelecido pela ANS;
12.1.7. Em qualquer hipótese, fica vedada a exigência de caução aos beneficiários, por parte dos estabelecimentos próprios ou credenciados da Contratada, para a realização de qualquer atendimento, exame, procedimento ou internação hospitalar, devendo a Contratada orientar seus prestadores de serviço a não fazê-lo e, quando for o caso, fornecer as devidas autorizações imediatamente aos prestadores de serviços, sob pena de descumprimento das condições do contrato;
12.1.8. Eventuais autorizações realizadas pela CONTRATADA deverão obedecer às coberturas mínimas estabelecidas no rol de procedimentos editados pela ANS, bem como, especialmente, as diretrizes médicas/clínicas de cada procedimento, conforme estabelecido naquele mesmo rol.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DOS BENEFÍCIOS
13.1. São considerados **BENEFICIÁRIOS** para efeito deste contrato, os dirigentes, funcionários, servidores cedidos à **CONTRATANTE,** os ocupantes de cargos em comissão, e seus respectivos dependentes, devidamente inscrito de acordo com as disposições ora contratadas;
13.2. Beneficiários Titulares: São considerados Beneficiários Titulares dos serviços, para fins do presente instrumento:
13.2.1. Os dirigentes;
13.2.2. Os funcionários;
13.2.3. Os servidores cedidos;
13.2.4. Os ocupantes de cargos comissionados.
13.3. Beneficiário Dependente: São considerados Beneficiários Dependentes os que mantenham com o Beneficiário Titular uma das seguintes relações:
13.3.1. Cônjuge;
13.3.2. Filhos solteiros até 18 (dezoito) anos, podendo ser ampliado para 24 (vinte e quatro) anos, se matriculado em instituição de ensino superior;
13.3.3. Filhos inválidos solteiros, com comprovação médica;
13.3.4. Dependentes especiais em relação exaustiva: menores tutelados com guarda provisória;
13.3.5. Equipara-se ao cônjuge a companheira que comprove união estável como entidade familiar, conforme lei civil;

13.3.6. Equiparam-se aos filhos legítimos os filhos adotivos.

a) Os Beneficiários Dependentes não farão jus ao custeio parcial das mensalidades previstas no Acordo Coletivo de Trabalho 2019/2020-CAER, mesmo os cônjuges, companheiros e genitores, ainda que constem como dependentes na declaração de imposto de renda do titular.

13.4. Os nascidos durante a vigência do contrato a ser firmado com a empresa contratada, filhos naturais ou adotivos dos beneficiários, ou de seus dependentes terão atendimento neonatal e cobertura assistencial, durante os 30 (trinta) dias após o parto. Os cônjuges recém-casados, bem como os filhos, legítimos ou adotados terão aproveitadas as carências do beneficiário titular, desde que sejam incluídos até 30 (trinta) dias da data do evento;

13.5. Os valores ofertados a cada faixa etária deverá ser o mesmo (único), independentemente se for com ou sem obstetrícia, bem como para titulares, dependentes legais e dependentes especiais.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS CARÊNCIAS

14.1. O prazo de carência não será exigido para início dos atendimentos, para as adesões que ocorrerem dentro dos 30 (trinta) dias, da data de assinatura do contrato, nem para os que aderirem ao plano em até 30 (trinta) dias da data de admissão na CAER.

14.2. Todos os demais inscritos após o prazo dos 30 (trinta) dias da adesão obedecerão aos seguintes prazos:

14.2.1 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência (são os casos de acidentes pessoais, que é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico);

14.2.2 30 (trinta) dias para consultas, exames de diagnóstico, serviços auxiliares, bem como os casos de urgência e emergência devidamente comprovados;

14.2.3 300 (trezentos) dias para partos a termo 24 (vinte e quatro) meses para internações e tratamentos de doenças e/ou lesões pré-existentes;

14.2.4 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos, especialmente para a remoção aeromédica hospitalar;

14.3 Aos beneficiários que tenham sido exonerados, demitidos ou aposentados, é assegurada sua manutenção e de seus familiares no plano de saúde ora contratado, observando-se os requisitos de permanência, prazos e condições previstos na Resolução Normativa n.° 279/11 – ANS;

14.4. Reporta-se ao item anterior: O beneficiário passará a arcar com o pagamento integral das mensalidades próprias e de seus familiares, caso estejam inscritos.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO REEMBOLSO

15.1. Fica assegurado aos beneficiários o reembolso das despesas efetuadas com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência devidamente caracterizada pelo médico assistente, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela operadora, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da seguinte documentação:

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

15.1.2 Recibos de pagamento dos honorários profissionais;

15.1.3 Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital.

15.2 O reembolso fica limitado aos valores praticados pela CONTRATADA com sua rede própria ou credenciada, notadamente as tabelas médicas editadas pela Associação Médica Brasileira (AMB), especialmente a CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS (CBHPM);

15.3 Para fins de reembolso, o beneficiário titular deverá apresentar à empresa CONTRATADA a documentação adequada no prazo máximo de até 3 (três) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS GARANTIAS DE EXECUÇÃO DO CONTRATO

16.1. A CONTRATADA deverá apresentar à Administração, por meio da FISCALIZAÇÃO, no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contados da data de assinatura do contrato, comprovante de prestação de garantia correspondente ao percentual de 3% (três por cento) do valor anual atualizado do contrato, podendo optar por caução em dinheiro ou títulos da dívida pública, seguro-garantia ou fiança bancária;

16.2. A garantia, caso ocorra por fiança bancária, deverá possuir validade durante o mesmo período da vigência contratual, devendo ser renovada a cada prorrogação do contrato, sendo que nas demais modalidades de garantia deverá possuir vigência de 90 (noventa) dias após o término do contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

17.1. A **Companhia de Águas e Esgotos de Roraima – CAER** obriga-se a:
17.1.1 Investir-se nos poderes de representação dos beneficiários do serviço de saúde perante a CONTRATADA;
17.1.2 Entregar à CONTRATADA, quando da assinatura do contrato, relação dos beneficiários com todos os dados necessários, para fins de cadastramento;
17.1.3 Notificar, por escrito à contratada, toda e qualquer irregularidade constatada na execução dos serviços;
17.1.4 Informar via sistema on-line, disponibilizado pela CONTRATADA, todas as inclusões, exclusões e alterações;
17.1.5 Informar à CONTRATADA via sistema on-line, beneficiários para fins de cadastro, seguidos de documentos necessários, para registro de inclusões, exclusões e alterações, até a data que o Departamento de Recursos Humanos determinar, dentro do mês do evento;
17.1.6 Comunicar imediatamente à CONTRATADA, via sistema on-line, o extravio de Carteira de Beneficiário, para fins de obtenção de 2ª (segunda) via, cuja emissão implicará na cobrança do unitário de R$ 5,00 (cinco reais);
17.1.7 Promover, a seu critério, avaliações da capacidade operacional da contratada, em especial de suas reais condições de execução dos serviços objeto deste Termo de Referência, bem como o acompanhamento e fiscalização dos serviços sob os aspectos quantitativo e qualitativo;
17.1.8 Efetuar o pagamento à CONTRATADA, de acordo com a forma e os prazos estabelecidos no Contrato;
17.1.9 Adotar as medidas necessárias quanto à atualização e adaptação dos serviços ora contratados à legislação superveniente ou quando se fizer necessário;
17.1.10 Especificar o vínculo de dependência dos dependentes legais e especiais, comprovando, quando necessário, por todos os meios de provas, judicialmente admissíveis para o caso;
17.1.11 Comunicar à CONTRATADA por escrito ou através de sistema informatizado, os casos em que o beneficiário, por qualquer motivo, perder o direito de atendimento, nas condições exigidas na forma do instrumento de contrato;
17.1.12 Recolher a carteira de identificação do beneficiário nos ternos do item anterior;
17.1.13 O ex-beneficiário responderá, por todo e qualquer atendimento realizado após a exclusão. Salvo, o atendimento se dê por erro do sistema, que não processou a exclusão, não caberá ao ex-beneficiário qualquer pagamento à CONTRATADA.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

18.1. Caberá à CONTRATADA, sem prejuízo das obrigações provenientes de lei, edital e Contrato:
18.1.1 Iniciar os serviços contratados a partir da data prevista para o início do contrato;
18.1.2 Assegurar aos beneficiários da **CONTRATANTE** os serviços, de acordo com o estabelecido neste instrumento;
18.1.3 Fornecer, de maneira informatizada (on-line) ou impressa, ou a que mais se adequar, a critério dia CONTRATADA, guia profissional estadual constando endereço e telefone dos profissionais e estabelecimentos que executam os serviços contratados, bem como, encaminhar as alterações que porventura houver;
18.1.4 Por a disposição do CONTRATANTE um sistema informatizado (on line) que possibilite o encaminhamento da movimentação mensal dos beneficiários, quais sejam, inclusões, exclusões ou alteração de planos;
18.1.5 Garantir a continuidade dos serviços que vinham sendo prestados pela anterior contratada, aos beneficiários internados ou em tratamento hospitalar quando da assinatura do Contrato, cuja interrupção venha a prejudicar sua recuperação, observando as seguintes hipóteses:
a) Pacientes passíveis de remoção (com base em parecer do profissional especialista): serão transferidos para estabelecimentos credenciados à nova contratada;
b) Pacientes com impossibilidade de remoção: caberá à nova contratada o custeio integral em unidade credenciada até o final do tratamento ou até que seja possível a transferência do usuário para um hospital credenciado;
c) Pacientes em tratamento de patologias graves, incluindo neoplasia maligna e outros que a mudança do profissional assistente importe grave dano ao paciente: haverá o custeio integral do tratamento pela nova Contratada em rede credencia da até o encerramento inclusive quanto aos honorários.
18.1.6 Fornecer aos beneficiários cartões magnéticos de identificação, no prazo de até 10(dez) dias úteis contados da inclusão, constando seus nomes e tipo de plano que pertencem, cuja apresentação, deverá ser acompanhada de documento de identidade, que assegurará aos beneficiários o direito à utilização dos benefícios. No caso de extravio, emitir 2ª via no prazo de 10 (dez) dias, sendo cobrado do beneficiário titular através de desconto em folha de pagamento, o valor praticado pela CONTRATADA na data do evento;
18.1.7 Enquanto não for emitido o cartão magnético de beneficiário ou sua 2ª via, nos casos do item anterior, a CONTRATADA deverá expedir, no prazo máximo de 48 horas, documento provisório que possibilite o atendimento imediato, podendo ser disponibilizado via sistema on-line;

18.1.8 Manter ao longo da vigência da prestação de serviços, prestador hospitalar compatível com a cobertura contratada, sendo facultada a substituição, desde que por outro equivalente ou superior e mediante comunicação a **CONTRATANTE** 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;
18.1.9 Na hipótese da substituição acima ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, a mesma obriga-se a manter a internação e ainda pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério profissional, ressalvando os casos da substituição do estabelecimento ocorrer por infração às normas sanitárias em vigor durante período de internação quando arcará a contratada com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a assistência, sem ônus adicional para a **CONTRATANTE;**
18.1.10 Assegurar aos beneficiários da **CONTRATANTE**, sempre que houver indisponibilidade de leito nos hospitais ou clínicas próprios ou credenciados da contratada, acomodação em outro estabelecimento de qualidade igual ou superior, responsabilizando-se pela locomoção/transporte do paciente até o estabelecimento.
18.2. Assegurar aos colaboradores beneficiários, atendimento nos seguinte prazos máximo:
18.2.1 Consulta básica em pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia em até 07 (sete) dias úteis;
18.2.2 Consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;
18.2.3 Consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
18.2.4 Consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
18.2.5 Consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
18.2.6 Consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;
18.2.7 Consulta/sessão com fisioterapia: em até 10 (dez) dias úteis;
18.2.8 Consulta e procedimentos realizados em consultório/clinica com cirurgião-dentista em até 7 (sete) dias úteis;
18.2.9 Serviços de diagnósticos por laboratório de análises clínica em regime ambulatorial em até 3 (três) dias úteis;
18.2.10 Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
18.2.11 Procedimentos de alta complexidade – PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
18.2.12 Atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;
18.2.13 Atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
18.2.14 Urgência e emergência: imediato;
18.3. Manter, durante toda a vigência do contrato, as condições de habilitarão legalmente exigidas, sob pena de sanções previstas no item 19 deste instrumento;
18.4. Não dar o contrato como garantia, nem utilizar os direitos de crédito, a serem auferidos em função dos serviços prestados, em quaisquer operações de desconto bancário, sem prévia autorização da **CONTRATANTE**;
18.5. Informar, por ocasião do início do contrato, para fins de reembolso, tabela CBHPM - Classificação Brasileira de Procedimentos Hierarquizados Médicos, vigente, para despesas de procedimentos profissionais;
18.6. Assegurar aos beneficiários, no prazo de até 30 (trinta) dias, o reembolso das despesas efetuadas, com consultas, exames, procedimentos e honorários médicos, bem como, com serviços hospitalares, medicamentos e materiais utilizados, durante o período de internação e com as demais taxas hospitalares, quando não for possível utilização dos serviços próprios ou credenciados, bem como, pelo descumprimento da Resolução Normativa/ANS nº 259/2011, com apresentação obrigatória da nota fiscal ou recibo original;
18.7. Assegurar aos beneficiários, no prazo de até 30 (trinta) dias, o reembolso correspondentes despesas com a assistência à saúde durante o período de internação (incluindo serviços e taxas hospitalares, medicamentos e materiais utilizados), de acordo com a relação de preços praticados pela sua rede para tais casos, tudo na forma dos artigos 1.°, § 1.°, I, c/c 12, VI, ambos da Lei n.° 9.656/98, inclusive em caso de urgência e emergência. O beneficiário deverá apresentar Nota fiscal de serviço ou recibo original;
18.8. Apresentar, até o dia 5 (cinco) do mês subsequente ao serviço prestado, a Nota Fiscal/Fatura correspondente ao valor total das mensalidades dos beneficiários inscritos, pela **CONTRATANTE, referente ao mês imediatamente anterior**;
18.9 Apresentar bimestralmente, ao fiscal da empresa CONTRATANTE, relatórios informando os valores com os custos totais mensais dos serviços prestados aos beneficiários, no respectivo período, por meio eletrônico, bem como, demais documentos relativos ao custo do contrato necessários ao acompanhamento da sinistralidade;
18.10 Manter Preposto, aceito pela CONTRATANTE, durante o período de vigência do contrato, para representá-la administrativamente sempre que for necessário, o qual deverá ser indicado mediante declaração onde deverá constar o nome completo, nº do CPF e do documento de identidade, além dos dados relacionados à sua qualificação profissional;
18.11 O Preposto deverá estar apto a esclarecer as questões relacionadas as faturas e outras questões referentes ao objeto;
18.12 A CONTRATADA deverá disponibilizar endereço eletrônico, para comunicação entre as partes;

18.13 Providenciar a imediata correção das deficiências apontadas pela **CONTRATANTE** na execução dos serviços;
18.14 A CONTRATADA se compromete a atender os eventuais questionamentos da CONTRATANTE, no prazo máximo de 03 (três) dias úteis, e em caso de impossibilidade de responder em tempo hábil, caberá solicitação de prorrogação.

CLÁUSULA NONA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

19.1. Descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas caracterizará a inadimplência da Adjudicatário-Contratada, sujeitando-a as seguintes penalidades:
19.1.1 Advertência, por escrito, quando praticar irregularidades de pequena monta assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos significativos;
19.1.2 Multas, nos seguintes percentuais:
a) 0,5% (meio por cento) ao dia do valor do faturamento do respectivo mês, até o limite de 10 (dez) dias, totalizando 5% (cinco por cento) do valor do respectivo mês da ocorrência;
b) 1,0% (um por cento) sobre o valor do faturamento, caso a inadimplência ultrapasse o 10º (décimo) dia, o que poderá ensejar a rescisão unilateral do contrato;
c) 3,0% (três por cento) sobre o valor do Contrato por inexecução total das obrigações;
d) 5,0% (cinco por cento) sobre o valor da Nota Fiscal referente ao mês do inadimplemento, por inexecução parcial das obrigações nas hipóteses em que o descumprimento implique em risco de morte ou de lesão irreparável para o beneficiário.
19.1.3 Suspensão temporária do direito de licitar e contratar com a **CONTRATANTE**, conforme disposto no inciso III do art. 87 da Lei nº 8.666/93;
19.1.4 Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, nos termos do inciso IV do art. 87 da Lei nº 8.666/93.
19.2 Entende-se por inexecução parcial, qualquer descumprimento de obrigação contratual, bem como os atrasos na execução dos serviços superiores a 30 (trinta) dias;
19.3 A recusa da adjudicatária em assinar o Contrato ou em aceitar o instrumento equivalente dentro do prazo estipulado, de 05 (cinco) dias caracteriza o descumprimento total da obrigação assumida, sujeitando-a a multa de 3% (três por cento) sobre o valor total da proposta, em observância ao que preceitua a legislação vigente;
19.4 A penalidade de advertência será aplicada pelo ordenador de despesa, da **CONTRATANTE**, mediante proposta do responsável pelo acompanhamento da execução do contrato;
19.5 As multas serão aplicadas pelo ordenador de despesa, da **CONTRATANTE** mediante a apuração e relatório do responsável pelo acompanhamento do contrato;
19.6 As penalidades de suspensão temporária, de impedimento de licitar e contratar e de declaração de inidoneidade serão aplicadas pelo Presidente da **CONTRATANTE;**
19.7 Na aplicação da penalidade será sempre garantido o direito de ampla defesa prévia no respectivo processo administrativo;
19.8 As multas são independentes entre si, podendo ser aplicadas em conjunto ou separadamente com as demais penalidades previstas neste item, após a análise do caso concreto e não exime a **CONTRATADA** da plena execução do objeto contratado.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DAS CONDIÇÕES DE FATURAMENTO E PAGAMENTO

20.1. A CONTRATADA deverá emitir a nota fiscal conforme legislação vigente de devendo, obrigatoriamente, discriminar a prestação dos serviços realizados, o período da execução e as retenções legais;
20.2 O pagamento será efetuado mensalmente, através de ordem Bancária a ser creditado em conta bancária indicada pela **CONTRATADA,** em até 25 (vinte e cinco) dias após o recebimento e atesto da(s) Nota(s) Fiscal (is) pelo Fiscal da **CONTRATANTE**, acompanhada(s) das certidões de regularidade de débitos, especificadas no item 26.10, referente aos serviços prestados;
20.3 Serão feitas todas as retenções previstas na legislação aplicável;
20.4 Na decorrência de necessidade de providência complementar por parte da **CONTRATADA**, ou inexatidão de dados que impossibilite seu atesto, o decurso do prazo de pagamento será interrompido, reiniciando sua contagem a partir da data em que estas forem cumpridas, caso em que não será devida atualização financeira e, em hipótese alguma servirá de motivo para que a **CONTRATADA** suspenda ou atrase a execução dos serviços objeto do contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DAS EXIGÊNCIAS PARA FINS DE CONTRATAÇÃO

21.1 Prova de Registro na ANS da licitante, mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro;
21.2 Apresentação de Atestado, emitido por entidade pública ou privada, comprovando que a licitante prestou ou presta serviços pertinentes e compatíveis de planos de assistência à saúde;
21.2.1 O atestado de capacidade técnica deverá conter, obrigatoriamente, a especificação do serviço, a identificação da empresa ou entidade que forneceu o atestado, assinatura e o telefone, para diligência, se for o caso.
21.3 Declaração se comprometendo a disponibilizar a todos os beneficiários, rede credenciada de atendimento ao plano, ao qual o empregado tenha aderido para prestar os serviços assistências descrito neste instrumento;

21.4 Declaração de ser possuidor de representação em Boa Vista/RR, dotada de infraestrutura técnica e operacional adequada, com recursos humanos qualificados, necessários e suficientes para a prestação dos serviços.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO

22.1 O acompanhamento e a fiscalização da execução do Contrato consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do contrato, devendo ser observado o disposto no art. 58, inciso III, 66, 67 e 73 da Lei nº 8.666/1993;

22.2 A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por meio de instrumentos de controle, que compreendam a mensuração dos seguintes aspectos:

22.2.1 Os resultados alcançados em relação aos serviços, com a verificação dos prazos de execução e da qualidade demandada;

22.2.2 Os recursos humanos empregados, em função da qualidade e disponibilidade exigidas;

22.2.3 A adequação dos serviços prestados à rotina de execução estabelecida;

22.2.4 Verificar o cumprimento das demais obrigações decorrentes do Contrato;

22.2.5 Consultar a regularidade fiscal da **CONTRATADA**.

22.3 A fiscalização não exclui nem reduz a responsabilidade da credenciada, inclusive perante terceiros por qualquer irregularidade, ou ainda, resultante de imperfeições técnicas ou emprego de materiais inadequados ou de qualidade inferior e, na ocorrência desta, não implica em corresponsabilidade da **CONTRATANTE** ou de seus agentes e prepostos, em conformidade com o artigo 70 da Lei nº 8.666/93;

22.4 A fiscalização acima mencionada será obrigatoriamente exercida pelo Fiscal do Contrato, ou por outros agentes especialmente designados pelo Presidente da **CONTRATANTE**, em caso em que será previamente notificada a **CONTRATADA**, por escrito;

22.5 O exercício da fiscalização pela **CONTRATANTE** não aumenta e nem diminui as responsabilidades da **CONTRATADA;**

22.6 A **CONTRATANTE** comunicará por escrito à **CONTRATADA**, deficiências porventura verificadas pela fiscalização, que serão imediatamente corrigidas, sem prejuízo da aplicação das penalidades previstas;

22.7 Ao Fiscal do Contrato incumbirá acompanhar a execução dos serviços, determinando à **CONTRATADA** as providências necessárias ao regular e efetivo cumprimento do contrato, bem como anotar e enquadrar as infrações constatadas, comunicando as mesmas ao seu superior hierárquico;

22.8 Solicitar à **CONTRATADA**, sempre que necessário, a apresentação de Relatórios, dados em arquivo magnético ou documentos pertinentes aos quantitativos de utilização dos serviços, discriminação do perfil e do custo dos serviços utilizados e maiores utilizadores, para subsidiar a conferencia das Notas Fiscais;

22.9 Quando julgá-los corretos, atestar a(s) nota(s) fiscal (is) e vistar os demais documentos apresentados pela **CONTRATADA**, apondo o seu "aceite";

22.10 A **CONTRATADA** deverá apresentar juntamente com a Nota Fiscal/Fatura, os documentos relacionados abaixo para conferencia e posterior atesto:

22.10.1 Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União;

22.10.2 Certidão Negativa de Débitos da Fazenda Estadual e Municipal de seu domicílio ou sede;

22.10.3 Certidão de Regularidade do FGTS-CRF;

22.10.4 Regularidade Trabalhista, constatada através de consulta ao site da Justiça do Trabalho (TST);

22.10.5 Certidão Negativa de Falência e Concordata.

22.11 As decisões e providências que ultrapassarem a competência do fiscal deverão ser solicitadas à autoridade superior, em tempo hábil, para a adoção das medidas convenientes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DO REAJUSTE E DA REVISÃO

23.1 No caso de prorrogação, os preços poderão ser reajustados mediante negociação entre as partes, momento no qual, será apreciada a possibilidade da aplicação da variação do IPCA, item "Saúde e Cuidados Pessoais", subitem "Plano de Saúde", no período entre o mês básico da apresentação da proposta e o mês anterior ao reajuste, observando o interregno mínimo de 1 (um) ano, para compensar as perdas decorrentes de inflação nos preços de serviços de saúde;

23.2 Todas as mensalidades previstas neste contrato, fixadas em moeda corrente do País, poderão sofrer reajuste financeiro anualmente, de conformidade com a variação do IPCA, item "Saúde e Cuidados Pessoais", subitem "Plano de Saúde" caso a sinistralidade calculada para o período seja maior ou igual a 75% (setenta e cinco por cento);

23.3 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (Setenta e cinco por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário;

23.4 O cálculo da sinistralidade no período observado irá considerar os meses os quais a severidade final já esteja formada, de fato ou através de estimativa, por data de realização do procedimento pelo usuário e será realizado da seguinte maneira:

$$\frac{\text{Sinistros realizados no período (S1 + S2 + S3 + S4)}}{\text{Total recebido no período}}$$

Em que: *S1: Despesas assistenciais (honorários médicos + Diagnósticos + terapêuticos);*
S2: Despesas hospitalares (Taxas + Diárias);
S3: Despesas de Materiais + Medicamentos + Órteses + Próteses;
S4: Despesas com reembolso.

23.5 O reequilíbrio-contratual será aplicado sem prejuízo da aplicação do reajuste que tiver sido ou esteja em vias de ser aplicado;
23.6 Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado, independente da vontade da Contratante;
23.7 A alteração de valor por mudança de faixa etária dos Beneficiários deverá ser efetuada tendo como base os preços contratados para a respectiva faixa etária, e os reajustes e as revisões que porventura tenham ocorrido entre o período da contratação e o da efetiva mudança de faixa etária, incidindo no mês seguinte àquele em que o Beneficiário mudou de faixa etária;
23.8 Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única;
23.9 Se o CONTRATANTE possuir menos de 30 (trinta) beneficiários, por regra da RN 330/2013, a empresa deverá ser incluída no rol de empresas submetidas ao reajuste único por agrupamento de contratos;
23.10 Na hipótese do reagrupamento de contratos, fica estabelecido percentual de reajuste aplicado será de acordo com o índice estabelecido pela ANS. Fica acordado, nos termos do artigo 10º da Resolução Normativa (RN) – ANS n.º 309/2013 que o reajuste será aplicado na data de aniversário de cada contrato agregado ao agrupamento, que visa adequar a forma de cálculo e reajuste imposta pela norma, anotando, por prudência, que conforme determinação contida no art. 12, § 3º da RN 309/213;
23.11 O Reajuste Anual não se confunde com o Reajuste por Mudança de Faixa Etária, podendo ambos serem aplicados conjuntamente no caso de coincidência de datas;
23.12 Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato;
23.13 Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

24.1. As despesas com a execução do presenta objeto, no exercício de 2020, serão atendidas através programa orçamentário nº **43030.17122010.001000.154.001;**
24.2 As despesas a serem executadas nos exercícios seguintes serão atendidas pelo referido programa orçamentário.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES

25.1. O preço registrado se manterá fixo e irreajustável durante a vigência da ata, ressalvadas as hipóteses contidas no art. 65 da Lei 8.666/93, desde que, devidamente comprovadas mediante planilhamento dos custos e detalhamento dos fatos supervenientes;
25.2. O pedido de alteração de preços deverá vir acompanhado, no mínimo, dos seguintes documentos:
a) nota fiscal que comprove o novo preço praticado pelo fornecedor no período solicitado;
b) planilha detalhada referente ao quantitativo solicitado;
25.3. É vedado efetuar acréscimos nos quantitativos fixados pela Ata de Registro e Preços, inclusive o acréscimo de que trata o § 1º do art. 65 da lei nº 8.666/93 (§1º do art.12, do decreto nº 7.892/13).

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA - DO CANCELAMENTO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

26.1. A presente Ata ou o registro de fornecedor específico poderá ser cancelada de pleno direito nas seguintes situações:
26.2. Pela CAER:
a) quando o fornecedor não cumprir as obrigações constantes desta Ata de Registro de Preços;
b) quando o fornecedor não assinar a Autorização de Fornecimento Obras e Serviços - AFOS no prazo estabelecido;
c) quando o fornecedor der causa à rescisão administrativa do contrato decorrente deste Registro de Preços, nas hipóteses previstas nos incisos de I a XII e XVII do art. 78 da Lei Federal nº. 8.666/93;

d) não aceitar reduzir o seu preço registrado, na hipótese de este se tornar superior aos praticados no mercado;
e) por razões de interesse público, devidamente demonstradas e justificadas pela CAER.
26.3. Pelo Fornecedor:
a) mediante solicitação por escrito, antes do pedido de fornecimento, comprovando estar impossibilitado de cumprir as exigências desta Ata de Registro de Preços;
b) mediante solicitação por escrito, na ocorrência de fato superveniente, decorrentes de caso fortuito ou força maior**;**
26.4. Ocorrendo cancelamento do preço registrado, o fornecedor será informado por correspondência com aviso de recebimento, a qual será juntada ao processo administrativo da presente Ata;
26.4.1. No caso de ser ignorado, incerto ou inacessível o endereço do fornecedor, a comunicação será feita por publicação no "Diário Oficial do Estado" e em Jornal de Grande Circulação, por duas vezes consecutivas, considerando-se cancelado o preço registrado a partir da última publicação;
26.5. A solicitação do fornecedor para cancelamento dos preços registrados poderá não ser aceita pela CAER, facultando-se a este a aplicação das sanções previstas nesta Ata;
26.6. Havendo o cancelamento do preço registrado, cessarão as atividades do fornecedor, relativas ao fornecimento dos itens;
26.7. Ocorrendo rescisão contratual na forma do inciso I, do art. 79, da Lei Federal nº. 8.666/93, a CAER adotará as medidas ordenadas pelo art. 80, do mesmo diploma legal.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

27.1. As partes ficam, ainda, adstritas às seguintes disposições:
a) todas as alterações que se fizerem necessárias serão registradas por intermédio de lavratura de termo aditivo à presente ata de Registro de Preços;
b) É vedado caucionar ou utilizar a AFOS decorrente do presente registro para qualquer Operação financeira.
27.2. Qualquer órgão ou entidade integrante da Administração Pública poderá utilizar esta ATA durante sua vigência, desde que manifeste interesse e mediante prévia autorização desta Companhia de Águas e Esgotos de Roraima – CAER;
27.3. Caberá a DETENTORA da Ata de Registro de Preços, observadas as condições nela estabelecidas, optar pela aceitação ou não dos serviços independentemente dos quantitativos registrados em Ata, desde que este fornecimento não prejudique as obrigações anteriormente assumidas;
27.4. As aquisições adicionais de que trata o subitem **27.3** não poderão exceder por órgão ou entidade, a cinquenta por cento dos quantitativos dos itens do instrumento convocatório e registrados na ata de registro de preços para o órgão gerenciador e para os órgãos participantes (Decreto Federal nº 9.488/2018);
27.5. O quantitativo decorrente das adesões desta Ata não poderá exceder, na totalidade, ao dobro do quantitativo de cada item registrado na ata de registro de preços para o órgão gerenciador e para os órgãos participantes, independentemente do número de órgãos não participantes que aderirem (Decreto Federal nº 9.488/2018);
27.6. Caberá ao órgão que se utilizar da ata, verificar a vantagem econômica da adesão a este Registro de Preço;
27.7. A legislação que ampara a matéria está disposta nas Resoluções 13 e 15/99 da CONSU e outras que virem a ser publicadas; nas Leis 8.666/93, 9.656/98 (ANS) e 9.961/2000 (PLANO DE SAÚDE); e nas Resoluções Normativas 63/03, 195/09 e 211/10 da Agência Nacional de Saúde (ANS), todas com suas respectivas alterações e novas publicações, além de outros dispositivos legais fixados pela Agência Nacional de Saúde.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA - DO FORO

28.1. As partes elegem o foro da comarca de Boa Vista para dirimir dúvidas ou litígios eventualmente emergentes em decorrência desta ata.
E por estarem assim ajustadas, as partes assinam a presente Ata.

Boa Vista, de de 2020.

_____
James da Silva Serrador
Presidente

Pelo Fornecedor: _____
Nome e Assinatura do responsável pela empresa

Testemunhas:

1._____**CPF**_____
2._____**CPF:**_____

ANEXO XII DO PREGÃO SRP 01/2020
MINUTA DE CONTRATO

CONTRATO Nº XXX/2020.

TERMO DE CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM A COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA - CAER, E A EMPRESA _____ PARA – EVENTUAL CONTRATAÇÃO DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (PROCESSO 355/2019).

A COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA - CAER, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 05.939.467/0001-15, com sede na Rua Melvin Jones, n° 219 – São Pedro, nesta cidade, doravante designado **CONTRATANTE**, neste ato representado por seu Presidente **JAMES DA SILVA SERRADOR**, RG nº 89.261 SSP-RR, CPF nº 376.027.482-04, em conjunto com Senhor **Diretor** Administrativo e Financeiro – DAF XXXXXXXXXX, RG XXXXX SSP-RR, CPF nº XXX..XXX-XX, e do outro lado a empresa, _____, inscrita no CNPJ n. _____, com sede na Rua _____, na cidade de _____, doravante denominada **CONTRATADA**, aqui representada pelo Sr. _____, RG nº _____, CPF _____, firmam entre si e de comum acordo o presente Contrato, cuja celebração foi autorizada nos autos do Processo n _____, e que se regerá pela **Lei 10.520,** de 17 de julho de 2002, **Decreto nº 7892** de 23 de janeiro de 2013, **Decreto nº 4.794-E**, de 03 de junho de 2002, **Decreto Estadual 16.223-E**, de 8 de outubro de 2013, **Decreto nº 5.504**, de 05 de agosto de 2005, e de forma subsidiária a disciplina da **Lei Federal nº 8.666**, de 21 de junho de 1993, e alterações, **Lei Complementar nº 123**, de 14 de dezembro de 2006, Lei Complementar 147 de 7 de agosto de 2014 e pelos termos da proposta vencedora, e atendidas às cláusulas e condições que se enunciam a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO
1.1. Contratação do serviço de assistência à saúde, na modalidade de contratação coletiva por adesão, com disponibilidade de estrutura hospitalar em âmbito nacional ou municipal, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade de atendimentos aos beneficiários, compreendendo o atendimento laboratorial, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, internações clínico e cirúrgicas, obstétricas e em terapia

intensiva ou semi-intensiva e utilização de leitos especiais (nos casos de obesidade mórbida, queimaduras, escaras e outras situações que o exijam) em hospitais e clínicas, sem excluir doenças preexistentes congênitas ou crônicas, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para os empregados da Companhia de Águas e Esgotos de Roraima – CAER, conforme as especificações detalhadas neste instrumento;
1.2. Plano de saúde com as características descritas acima no item 1.1, atenderá os dirigentes, funcionários, servidores cedidos à empresa CONTRATANTE, bem como os ocupantes de cargos em comissão e seus respectivos dependentes, que poderão aderir mediante condições especificadas neste instrumento;
1.3. Os beneficiários farão jus a diárias hospitalares em nível de acomodação individual padrão (apartamento individual com banheiro e direito a um acompanhante) ou coletivo, e berçário, tanto em caráter eletivo como emergencial.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS DOCUMENTOS INTEGRANTES DO CONTRATO
2.1. Constituem parte integrante deste contrato, estando a eles vinculados, como se neste estivessem transcritos, os seguintes documentos, cujo teor as partes declaram ter pleno conhecimento:
a) Edital pregão SRP nº **01/2020** – CAER**;**
b) Ata de Registro de Preços nº xx/2020;
c) Proposta de preços da contratada.
2.2. Os documentos referidos na presente cláusula são considerados suficientes para, em complemento a este contrato, definir a sua intenção e, desta forma, reger sua execução.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR
3.1. A CONTRATANTE pagará à CONTRATADA pela aquisição dos produtos, conforme especificado na proposta de preços, de total responsabilidade da CONTRATADA, o valor total de R$ _____.

CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA
4.1. A despesa ocorrerá mediante emissão de AFOS;
4.2. A despesa com a execução dos serviços de assistência a saúde ocorrerá com recursos próprios da CAER, através do programa orçamentário do Elemento de despesa **43030.17122010.001.000/154/001.**

CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA
5.1. O prazo de vigência do contrato a ser celebrado com a empresa vencedora será de 12 (doze) meses, podendo ser renovado por igual período a critério da Administração Pública, nos termos do art. 57, II da Lei Federal nº 8.666/93.
CLÁUSULA SEXTA – DO CUSTEIO DOS PLANOS
6.1.O custeio do plano é de responsabilidade da **CONTRANTANTE** e dos beneficiários titulares, através de contribuições mensais, conforme disposto na cláusula vigésima quarta do acordo coletivo de trabalho CAER/STIURR 2018/2019;
6.2. A contribuição da **CONTRATANTE** será de 60% (sessenta por cento) da contraprestação mensal do beneficiário titular e a parcela de 40% (quarenta por cento) será de responsabilidade de o beneficiário titular, através de consignação em folha de pagamento que serão repassados pela empresa **CONTRATANTE** diretamente a **CONTRATADA;**
6.3. O custeio da contraprestação pecuniária dos beneficiários dependentes será assumido integralmente pelo beneficiário titular através de consignação em folha de pagamento, que será repassado pela empresa **CONTRATANTE** diretamente a **CONTRATADA.**
CLÁUSULA SÉTIMA – DOS TIPOS DE PLANO
7.1. Para opção dos Beneficiários, deverão ser ofertados os tipos de planos a seguir especificados:
7.1.1. Plano de saúde "A": NACIONAL, com internação hospitalar em apartamento, observada as peculiaridades do padrão de cada estabelecimento credenciado;
7.1.2. Plano de saúde "C": MUNICIPAL, na cidade de Boa Vista-RR, com internação hospitalar em apartamento ou coletivo, observada as peculiaridades do padrão de cada estabelecimento credenciado.
7.2. A opção do titular por um plano obriga os dependentes a fazerem igual opção, relativamente ao item 7.1 do presente termo de referência;
7.3. A empresa CONTRATADA não poderá criar em quaisquer hipóteses restrições ao atendimento de beneficiário sob a alegação de doenças ou lesões preexistentes ou congênitas.
CLÁUSULA OITAVA – DAS FAIXAS DE IDADE E QUANTITATIVOS ESTIMADO DE USUÁRIOS
8.1. As variações das prestações em razão da idade do usuário e a quantidade estimada dos usuários a serem inscritos no plano, os quais serão executados por demanda, conforme tabela abaixo:

8.1.1. PLANO DE SAÚDE "A": NACIONAL

FAIXA ETÁRIA E QUANTITATIVO

FAIXAS ETÁRIAS	TITULAR	DEPENDENTES	TOTAL	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
De 0 a 18 Anos	-	24	24	R$ 347,63	R$ 8.343,12
De 19 a 23 Anos	1	4	5	R$ 431,00	R$ 2.155,00

De 24 a 28 Anos	6	3	9	R$ 573,81	R$ 5.164,29
De 29 a 33 Anos	4	-	4	R$ 698,81	R$ 2.795,24
De 34 a 38 Anos	4	1	5	R$ 746,85	R$ 3.734,25
De 39 a 43 Anos	11	1	12	R$ 825,72	R$ 9.908,64
De 44 a 48 Anos	15	-	15	R$ 1.012,06	R$ 15.180,90
De 49 a 53 Anos	14	1	15	R$ 1.156,05	R$ 17.340,75
De 54 a 59 Anos	11	-	11	R$ 1.703,15	R$ 18.734,65
Maior de 60 Anos	12	3	15	R$ 1.969,08	R$ 29.536,20
TOTAL	**78**	**37**	**115**		**R$ 112.893,04**

8.1.2. PLANO DE SAÚDE "B": MUNICIPAL

FAIXA ETÁRIA E QUANTITATIVO

FAIXAS ETÁRIAS	TITULAR	DEPENDENTES	TOTAL	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
De 0 a 18 Anos	-	38	38	R$ 223,96	R$ 8.510,48
De 19 a 23 Anos	1	4	5	R$ 268,78	R$ 1.343,90
De 24 a 28 Anos	4	2	6	R$ 309,12	R$ 1.854,72
De 29 a 33 Anos	17	2	19	R$ 355,48	R$ 6.754,12
De 34 a 38 Anos	14	1	15	R$ 408,77	R$ 6.131,55
De 39 a 43 Anos	10	6	16	R$ 470,10	R$ 7.521,60
De 44 a 48 Anos	13	1	14	R$ 540,59	R$ 7.568,26
De 49 a 53 Anos	14	3	17	R$ 648,73	R$ 11.028,41
De 54 a 59 Anos	18	4	22	R$ 778,48	R$ 17.126,56
Maior de 60 Anos	26	3	29	R$ 973,11	R$ 28.220,19
TOTAL	**117**	**64**	**181**		**R$ 96.059,79**

8.2. Ninguém poderá ser impedido de participar do plano de saúde em razão da idade ou condição de portador de deficiência.

CLÁUSULA NONA – DAS ADESÕES

9.1. A CONTRATANTE fornecerá à **CONTRATADA** a relação dos **BENEFICIÁRIOS**, em cada plano, responsabilizando-se pelas informações sobre **TITULARIDADE** e **DEPENDÊNCIA** dos inscritos, ficando assegurado a exata o direito de solicitar a comprovação, quando julgar necessária:

9.1.1. As inscrições no início da vigência do contrato deverão se possíveis, abranger o quantitativo estimado de **BENEFICIÁRIOS** previstos na negociação com a **CONTRATANTE;**

9.1.2. Para o cônjuge e/ou companheiro (a) mediante apresentação de escritura pública de união estável de o BENEFICIÁRIO TITULAR**,** ficará isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento do casamento ou da declaração de união estável;

9.1.3. Ocorrendo nascimento de filho, o **BENEFICIÁRIO TITULAR** terá o prazo máximo de até 30 (trinta) dias da data de nascimento, para inscrevê-lo como seu dependente neste contrato, sendo dispensado das carências previstas, pagando a mensalidade per capita do mês correspondente ao da inclusão;

9.1.4. Os filhos adotivos menores de 12(doze) anos de idade poderão ser inscritos e aproveitar os períodos de carência já cumprido no contrato pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento da adoção;

9.1.5. Os filhos dependentes, ao atingirem a idade limite ou perderem a condição de solteiros, poderão, caso desejem, celebrar plano de pessoa física, sendo válidas para o novo plano os prazos de carências em andamento ou já cumpridos por ele; **neste**

caso, ele deverá arcar com o pagamento integral da mensalidade que será equiparada à tabela vigente comercializada pela CONTRATADA;

9.1.6. Poderão aderir ao plano, sem o cumprimento de prazos de carência, os novos empregados contratados que venham a aderir, incluindo os seus dependentes, desde que manifestem interesse em até 30 (trinta) dias do ato da contratação.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS EXCLUSÕES

10.1. Constituem motivos para exclusão do plano, respeitando-se os casos dispostos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, os seguintes casos:

10.1.1. Por morte;

10.1.2. Exoneração e demissão;

10.1.3. Destituição de cargo em comissão ou função comissionada, tendo por consectário a não mais emissão de contracheque por esta **CONTRATANTE;**

10.1.4. Quando entrar em gozo de licença para tratar de interesses particulares, sem remuneração;

10.1.5. Decisão administrativa ou judicial;

10.1.6. Fraude ou inadimplência;

10.1.7. Outras situações previstas em Lei.

10.2. Os dependentes comuns serão excluídos do Plano de Saúde, nos seguintes casos:

10.2.1. Morte;

10.2.2. Quando o titular ao qual estiver vinculado for excluído;

10.2.3. Quando deixarem de se enquadrar nas definições do rol de Beneficiários, previstas neste Termo;

10.2.4. Quando solicitado pelo titular ao qual estiver vinculado.

10.3. A exclusão a pedido do **BENEFICIÁRIO TITULAR** implicará na exclusão automática de todos os seus dependentes;

10.4. As exclusões terão vigência cadastral e financeira até o ultimo dia do mês da formalização da exclusão, salvo na hipótese de óbito do beneficiário, quando as mensalidades devidas serão cobradas pro rate die até a data do falecimento;

10.5. Os Beneficiários excluídos terão automaticamente a obrigação de devolver seus cartões de identificação a **CONTRATANTE**, que os devolverá à **CONTRATADA**, respondendo a **CONTRATANTE** pela utilização indevida dos mesmos, até o momento da comunicação oficial a **CONTRATADA** da exclusão do **BENEFICIÁRIO TITULAR;**

10.6. A CONTRATANTE não será responsável pela utilização irregular dos serviços assistenciais viabilizados pela **CONTRATADA,** nem por eventuais débitos ocorridos, após ter comunicado o evento que implique na exclusão de qualquer beneficiário, e cumprido o item 10.5;

10.7. O beneficiário titular e seus dependentes deixarão de usufruir dos serviços no 1º dia do mês subsequente à exclusão, independente da data em que ocorra a exclusão;

10.8. É garantida a manutenção de **BENEFICIÁRIOS TITULARES**, pelo período mínimo 06 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses, após sua demissão ou exoneração sem justa causa, do vínculo com a **CONTRATANTE**, desde que assumam integralmente o respectivo custeio das despesas, diretamente com a **CONTRATADA**, de acordo com art. 30 da lei nº 9.656/98 e MP 2177-44/2001;

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

10.10. É de responsabilidade do empregado, solicitar formalmente ao setor responsável, através de pedido de exclusão, a exclusão de seus dependentes;

10.11. As hipóteses abaixo discriminadas constituem exclusões, as quais terão o pagamento da mensalidade efetuado até a data da comunicação dos eventos pelo empregado:

10.11.1. Separação judicial;

10.11.2. Cancelamento da união estável.

10.12. No caso de dependentes legais ou filho, que porventura percam a condição de estudante por ocasião do término da faculdade ou quando completarem 24 anos, a exclusão será efetuada no mês subsequente a data do envio.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

11.1. Os beneficiários serão atendidos pela rede exclusiva (própria), indicada, credenciada, referenciada, conveniada (ou outro instrumento afim) em todo o país; farão jus à consultas em consultórios particulares, exames complementares, serviços auxiliares, remoções, inclusive aérea, UTI aérea, e internações hospitalares;

11.2. A Contratada deverá proporcionar atendimento ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, incluindo os atendimentos de urgência e emergência, conforme disposto nas Resoluções 13 e 15/99 da CONSU e outras que houver nas Leis 9.656/98 e

9.961/2000; e nas Resoluções Normativas 63/03,195/09 e 211/10, 262/2010 e anexos (I, II e III0, 259/2011 e 279/2012 da Agência Nacional de Saúde (ANS), todas com as respectivas alterações,além de outras que poderão surgir;

11.3. Ainda que o plano possua abrangência nacional, a principal sede de atendimento do plano contratado é o município de Boa Vista/RR, onde deverá ser disponibilizado pela Operadora todo o tipo de atendimentos e procedimentos previstos pela legislação, e aplicáveis aos planos de saúde;

11.4. Não havendo no município de Boa Vista/RR profissional e/ou clínica credenciados, conveniados ou referenciados para atender os procedimentos exigidos pelo plano de saúde, o beneficiário poderá realizá-lo com profissional e/ou clínica particular local, devendo a operadora arcar com o reembolso, na forma estabelecida neste instrumento;

11.5. Não havendo no município de Boa Vista/RR profissional e/ou clínica credenciados, conveniados ou referenciados, nem profissional e ou clínica particular, mas havendo profissionais credenciados, conveniados ou referenciados em outras cidades, a CONTRATADA deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como o seu retorno a localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º da RN 259/1, da ANS ou outro normativo que venha a substituí-la;

11.5.1. Na hipótese do subitem anterior, sendo o usuário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, e aos portadores de necessidades especiais, a operadora deverá arcar, também, com os custos do acompanhante;

11.5.2. Na hipótese do item 8.5, sendo o usuário maior de 18 (dezoito) ou menor de 60 (sessenta) anos, a operadora deverá arcar, também com os custos do acompanhante, desde que a necessidade esteja prescrita no Laudo Médico.

11.6. O **atendimento ambulatorial** compreenderá:

11.6.1. Cobertura de Consultas Médicas em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho de Saúde Suplementar;

11.6.2. Cobertura de Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, sem porte anestésico, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

11.6.3. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, sem prejuízo de novo rol a ser implementado pela ANS:

a) Hemodiálise e dialise peritoneal;

b) Quimioterapia ambulatorial;

c) Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia, etc.);

d) Hemoterapia Ambulatorial;

c) Cirurgia oftalmológica ambulatoriais, assim caracterizados pela inexistência de porte anestésico, inclusive cirurgia para correção de miopia sob a técnica “Excimer lesar”, a partir de 7º conforme definido pela Lei 9.656/98.

11.7. Os **atendimentos hospitalar e hospitalar com obstetrícia** compreenderá os atendimentos em unidade hospitalar, em clínicas básicas e especializadas, englobando os seguintes itens:

11.7.1. Sistema de acomodação com direito a acompanhante, pelo tempo que se fizer necessário;

11.7.2. Cobertura ilimitada de internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva e/ou Semi-lntensiva;

11.7.3. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

11.7.4. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnostica fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, conforme prescrição do médico assistente;

11.7.5. Cobertura de taxas, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no Contrato;

11.7.6. Cobertura de despesas de acomodação e alimentação dos acompanhantes de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos;

11.7.7. Cobertura de exames para screening de transplantes de órgãos dos possíveis doadores, caso haja impossibilidade de realização pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

11.8. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

11.8.1. Hemodiálise e dialises peritoneais;

11.8.2. Quimioterapias;

11.8.3. Hemoterapias, Plasmaferese;

11.8.4. Radioterapia em todas as suas modalidades;

11.8.5. Nutrição parental ou enteral;

11.8.6. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

11.8.7. Embolizações e radiologia intervencionista;
11.8.8. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
11.8.9. Fisioterapia;
11.8.10. Fornecimentos de próteses, órteses e seus acessórios ligados ao ato cirúrgicos (intraoperatórios), nacionais ou nacionalizados, desde que registrados na ANVISA;
11.8.11. Material de osteossíntese (tal como: placas, parafusos e pinos);
11.8.12. Transplantes de Rins e Córneas, pós-operatório, despesas médico-hospitalares com doadores vivos e medicamentos utilizados durante a internação;
11.8.13. Procedimento obstétrico, inclusive pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido.
11.9. Os exames complementares e de diagnósticos, e os serviços auxiliares, deverão ser prestados conforme disposto nas Resoluções da CONSU; nas Leis 9.656/98 e 9.961/2000; e nas Resoluções Normativas 63/03, 196/09, 11/10, 262/2010 e anexos da Agência Nacional de Saúde (ANS), todas com suas respectivas alterações, e todas as que forem publicadas posteriormente ao contrato, sem prejuízo de futuras normas que venham regulamentar o tema;
11.10. A Contratada deverá manter ao menos uma unidade hospitalar própria ou credenciada em cada um das capitais dos Estados da Federação e no Distrito Federal.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DOS SERVIÇOS ASSEGURADOS
12.1. Fica assegurada a prestação de todos os procedimentos constantes do **ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE**, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que pode ser consultado pelas partes e interessados no sítio **www.ans.gov.br**, e que representa a listagem obrigatória de exames, consultas, cirurgias e demais procedimentos que as operadoras de planos de saúde devem oferecer;
12.2. Assistência à Saúde, prestada por médicos e outros profissionais da área de saúde em Hospitais, Clínicas, Centros Médicos ou Consultórios, nas seguintes áreas e especialidades, sem prejuízo de novo rol a ser implementado pela ANS:
12.2.1. Acupuntura ambulatorial;
12.2.2. Alergia e imunologia;
12.2.3. Anestesiologia, em todos os portes;
12.2.4. Angiologia;
12.2.5. Cancerologia;
12.2.6. Cardiologia;
12.2.7. Cirurgia Cardiovascular;
12.2.8. Cirurgia da Mão;
12.2.9. Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Cirurgia e Traumatologia de face;
12.2.10. Cirurgia Gastroenterológica;
12.2.11. Cirurgia Geral;
12.2.12. Cirurgia ortopédica;
12.2.13. Cirurgia Pediátrica;
12.2.14. Cirurgia Plástica reparadora, quando efetuada exclusivamente para restauração de funções em órgãos, membros e regiões, e restauradora não estética (incluindo mamoplastia);
12.2.15. Cirurgia Proctológica;
12.2.16. Cirurgia Torácica;
12.2.17. Cirurgia Urológica;
12.2.18. Cirurgia Vascular Periférica;
12.2.19. Citopatologia;
12.2.20. Clínica Médica;
12.2.21. Dermatologia;
12.2.22. Doenças infectocontagiosas e parasitárias (incluindo AIDS);
12.2.23. Enfermagem durante o período de internação;
12.2.24. Endocrinologia e Metabologia;
12.2.25. Endoscopia Digestiva;
12.2.26. Fisiatria;
12.2.27. Fisioterapia;
12.2.28. Fonoaudiologia, conforme indicação do médico assistente;
12.2.29. Gastroenterologia;

12.2.30. Geriatria e Gerontologia;
12.2.31. Ginecologia/Obstetrícia;
12.2.32. Hematologia/Hemoterapia;
12.2.33. Homeopatia ambulatorial;
12.2.34. Infectologia;
12.2.35. Mastologia;
12.2.36. Medicina Intensiva;
129.2.37. Nefrologia Pediátrica;
12.2.38. Nefrologia;
12.2.39. Neonatologia;
12.2.40. Neurocirurgia;
12.2.41. Neurologia;
12.2.42. Neurologia pediátrica;
12.2.43. Nutrição, conforme indicação do médico assistente;
12.2.44. Nutrologia;
12.2.45. Obstetrícia;
12.2.46. Oftalmologia, incluindo as cirurgias corretivas (miopia, catarata, facectomia com implantes de lentes intraocular);
12.2.47. Oncologia;
12.2.48. Ortopedia e Traumatologia;
12.2.49. Otorrinolaringologia;
12.2.50. Pediatria e suas áreas de atuação;
12.2.51. Pneumologia;
12.2.52. Proctologia;
12.2.53. Psiquiatria;
12.2.54. Psicoterapia;
12.2.55. Radiologia Diagnóstica e intervencionista;
12.2.56. Radioterapia;
12.2.57. Reumatologia;
12.2.58. Terapia ocupacional;
12.2.59. Urologia;
12.2.60. Cirurgia por Videolaparoscopia;
12.3. Atendimentos a áreas de atuações devidamente reconhecidas pelo CFM deverão ser realizadas mediante encaminhamento médico de médico especialista, conforme determina a Resolução do CFM nº 2.149/2016.
12.4. Internações eletivas e emergenciais incluindo:
12.4. 1. Assistência hospitalar ao portador da HIV/AIDS, compreendido a cobertura de todas as suas despesas;
12.4.2. Assistência Médica, nas especialidades Clínicas, Cirúrgicas, e Traumas;
12.4.3. Coberturas de despesas de beneficiários, inclusive de acompanhante no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) e maiores de 60 (sessenta) anos, bem como os acompanhantes de pessoas com necessidades especiais, em qualquer idade, com exceção a gastos pessoais de acompanhantes (telefones, refrigerantes, lavagem de roupas pessoais, aluguel de aparelho de televisão e tudo o mais que não se refira especificamente à causa de internação);
12.4.4. Diárias de maternidade e berçário;
12.4.5. Diárias hospitalares e de UTI e/ou semi-UTI sem limite (conforme orientação médica), bem como todas as taxas de sala (neonatal, criança e adulto);
12.4.6. Materiais e aparelhos ortopédicos, gesso, órteses, próteses e respectivos acessórios devendo obedecer claramente às especificações do cirurgião, marcapasso provisório e definitivo e lente intraocular, de procedência nacional ou nacionalizada, devidamente registrada na ANVISA;
12.4.7. Material de sala;
12.4.8. Partos;
12.4.9. Serviços dietéticos;
12.4.10. Serviços gerais de enfermagem em hospital e fisioterapia;
12.4.11. Todo material/medicamento necessário durante a internação (incluindo oxigênio, transfusão de sangue e de seus derivados);
12.4.12. Todos os exames e tratamentos complementares para controle de patologia do paciente durante a internação;

12.4.13. Tratamento cirúrgico de Epilepsia;
12.4.14. Tratamento pré-natal das hidrocefalias e cistos cerebrais;
12.4.15. Transplantes autólogos de medula óssea.
12.5. Fica assegurada, ainda, a remoção aérea e/ou terrestre, inter-hospitalar, com recursos necessários a garantir a manutenção da vida, inclusive de UTI, desde que atestada à necessidade pelo médico cooperado/credenciado da operadora que assista o paciente, seja possível o traslado segundo autorização da equipe médica da remoção, ocorra dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato e, ainda, sejam respeitados os critérios estabelecidos pela ANAC;
12.6. Remoção inter-hospitalar do beneficiário (do hospital de origem para o hospital de destino);
12.7. Atendimento de emergência e urgência, 24 (vinte e quatro) horas, todos os dias da semana, em regime de plantão ou sobreaviso, por equipe médica constituída de, no mínimo os seguintes profissionais: Pediatria, Clínica Médica, Traumato-Ortopedia, Cirurgia Geral, Anestesiologia, Oftalmologia, Obstetrícia e Ginecologia, Neurocirurgia, Cardiologia e Trauma de Face, para todas as patologias agudas e crônicas;
12.8. Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, nas áreas e especialidades indicadas no item 9.2, inclusive para o internado, sem limite de qualquer espécie, em situações eletivas e/ou emergenciais e, no que couber:
12.8.1. Amniocentese/Corioncentese;
12.8.2. Análises Clínicas incluindo: Exames Sorológicos, Hematológicos, Bioquímicos, Imunofluorescência, RIE (Rádio Imunoensaio), Culturas;
12.8.3. Anatomia Patológica;
12.8.4. Angiografia;
12.8.5. Arteriografia;
12.8.6. Cineangiocoronariografia;
12.8.7. Cintilografia;
12.8.8. Colocação de gesso e similares;
12.8.9. Densitometria óssea;
12.8.10. Diálise peritonal e Hemodiálise;
12.8.11. Ecocardiografia uni e bidimensional com doppler sem cor e colorido;
12.8.12. Eletrocardiograma;
12.8.13. Eletrocardiografia;
12.8.14. Eletroencefalograma;
12.8.15. Eletromiografia;
12.8.16. Eletroneuromiografia;
12.8.17. Ergometria (esteira e bicicleta);
12.8.18. Estudo citológico e patológico de porções/órgãos variados;
12.8.19. Estudo radiológico completo das diversas partes do corpo, estudo simples e com uso de contrastes, através das variadas incidências existentes;
12.8.20. Estudos eletroencefalográficos e mapeamento cerebral;
12.8.21. Estudos hemodinâmicos, incluindo cineangiocoronariografia;
12.8.22. Exames anatomopatológicos, citopatológicos, imuno-histoquimicos;
12.8.23. Exames e testes alergológicos;
12.8.24. Exames e testes oftalmológicos;
12.8.25. Exames e testes otorrinolaringológicos, incluindo Audiometria e Impedanciometria;
12.8.26. Exames endoscópicos diversos e Terapia Endoscópica;
12.8.27. Exames invasivos da Cardiologia (estudo eletrofisiológico para diagnóstico e tratamento);
12.8.28. Exames radiológicos;
12.8.29. Fisioterapia, inclusive respiratória, sem limite de uso;
12.8.30. Fluoresceinografia;
12.8.31. Gasoterapía;
12.8.32. Hemoterapia;
12.8.33. *Holter* de 12 (doze) e 24 (vinte e quatro) horas e Monitorização com mapeamento ambulatorial de pressão arterial – MAPA de 24 (vinte e quatro) horas;
12.8.34. Inaloterapia em atendimento de urgência realizado em unidade hospitalar;
12.8.35. Laserterapia (foto eletrocoagulação de retina a laser) para beneficiários que possuam, no mínimo, grau 5;
12.8.36. Litotripsia;

12.8.37. Mamografia;
12.8.38. Mamotamia: biópsia da mama a vácuo, com corte menor;
12.8.39. Medicina Nuclear (para diagnóstico e tratamento) - Radioisótopos e Cintilografias inclusive;
12.8.40. Oxigenoterapia Hiperbárica;
12.8.41. Provas de função pulmonar;
12.8.42. Quimioterapia Oncológica;
12.8.43. Radioterapia Oncológica;
12.8.44. Ressonância magnética das diversas regiões do corpo;
12.8.45. Teste ergométrico;
12.8.46. Tomografia simples ou computadorizada das diversas partes do corpo;
12.8.47. Tratamento de varizes, bem como tratamento cirúrgico unilateral e bilateral;
12.8.48. Ultrassonografia, das diversas partes do corpo e pelas diferentes vias de acesso (abdominal, pélvica, prostática, transvaginal), sem limite de utilização, com participação do radiologista intervencionista, se necessário;
12.8.49. Videolaparoscopia exploratória e terapêutica.
12.9. Incluem-se também os seguintes procedimentos de cirurgia cardíaca e hemodinâmica:
12.9.1. Valvopatia:
a) Comissurotomia sem CEC e com CEC;
b) Troca valvar múltipla;
c) Troca valvar única – valvoplastia.
12.9.2. Coronariopatia:
a) Aneurismectomia de ventrículo esquerdo;
b) Ponte de safena aortocoronária anastomose mamária-coronária;
c) Revascularização do miocárdio com e sem extracorpórea;
d) Revascularização do miocárdio e outros procedimentos: carótida, valvas, aneurisma e etc.
12.9.3. Defeitos Congênitos:
a) Canal arterial persistente – correção cirúrgica;
b) Cirurgia em criança com baixo peso com CEC;
c) Cirurgias paliativas (anamastose sistemicos, bandagem, ampliação CIA);
d) Coarctação da aorta – correção cirúrgica;
e) Correção com CEC;
f) Valvotomia com e sem CEC.
12.9.4. Outros Procedimentos:
a) Aneurisma aorto torácica – correção cirúrgica;
b) Aneurisma torácica-abdominal – correção cirúrgica;
c) Biopsia do miocárdio;
d) Cardiotomia (ferimento, corpo estranho, exploração);
e) Colocação de balão intra-aórtico;
f) Drenagem do pericárdio;
g) Pericardiectomia;
h) Pericardiocentese;
i) Remoção de pigmentos de lente intraocular com Yag Laser (este procedimento evita que se faça uma nova cirurgia somente para a remoção dos pigmentos após a operação de catarata).
12.9.5. Marca-passo:
a) Instalação do aparelho (endocárpio, epicárpio).
12.9.6. Serviços Básicos Necessários:
a) Perfusionista.
12.9.7. Hemodinâmica:
a) Cateterismo cardíaco direito com ou sem oximetria;
b) Cateterismo cardíaco esquerdo com ou sem oximetria;
c) Cateterismo cardíaco esquerdo e direito com ou sem oximetria;
d) Cateterismo direito + esquerdo + cineangiocardia;
e) Cateterismo direito + esquerdo + cineangiocoronariografia;
f) Cineangiocardiogafia com Rashking;

g) Cineangiocardiografia;
h) Cinecoronariografia com aortografia completa;
i) Cinecoronariografia com carotidoangiografia bilateral;
j) Cinecoronariografia;
k) Coronariografia com angioplastia (trombolise e ou colocação de stents);
l) Estudo da função do nó sinoastrial e do sistema de condução com provas farmacológicas;
m) Estudo da função do nó sinoastrial e do sistema de condução;
n) Valvoplastia com catéter (pulmonar, aórtica ou mitral).

12.10. A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando decorrentes de acidentes pessoais (que é o evento decorrente de causas externas, ocorridos em data específica, de maneira súbita e involuntária e causador de lesão física que torne necessário o tratamento médico) e será efetuada exclusivamente para restauração de funções em órgãos, membros e regiões;

12.11. As próteses cardíacas autorizadas serão aquelas nacionais ou nacionalizadas, registradas na ANVISA, de natureza biológica e que melhor se adaptarem ao caso e deverão obedecer claramente às especificações do cirurgião, não podendo haver indicação de marca ou fabricante;

12.12. A implantação de marca-passo artificial cardíaco permanente será oferecida de acordo com os critérios preconizados pelo Departamento de Estimulação Cardíaca Artificial (DECA), da Sociedade de Cirurgia Cardiovascular e do Departamento de Arritmias e Eletrofisiologia de Cardiologia (DECA/DAEC - 1990), sem ônus tanto da implantação, como do marca-passo artificial para o beneficiário e para a **CONTRATANTE;**

12.13. Fica assegurado ao beneficiário deste programa, a garantia de assistência em quaisquer outras especialidades reconhecidas ou que vierem a ser reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina e pela Agência Nacional de Saúde (ANS), e em Procedimentos Clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais de patologias relacionados na Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados com a saúde da Organização Mundial de Saúde;

12.14. Ocorrendo alteração ou a revogação da resolução que contempla o rol de procedimentos, seja pela **Agência Nacional de Saúde (ANS)** ou por qualquer outro órgão competente, que venha a excluir algum procedimento ou evento previsto na cobertura mínima obrigatória, ficam asseguradas todas as coberturas previstas neste instrumento; havendo inclusões no rol de procedimentos e eventos em saúde (que constitui a referência básica de cobertura), ficam as coberturas previstas neste instrumento mantidas e automaticamente acrescidas das eventuais novas coberturas, independente de transcrição e dispensando-se a assinatura de termo aditivo ao futuro instrumento contratual.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS DESPESAS GERAIS COBERTAS

13.1. As despesas médicas e das demais áreas contempladas neste instrumento, a nível hospitalar, decorrentes de consultas, exames laboratoriais, atendimento ambulatorial, urgências clínicas e cirúrgicas, assistência médica e em regime de internação hospitalar e serviços médicos complementares oriundos de consultas médicas para diagnóstico e controle de doenças, estão cobertas por este instrumento, assim discriminados:

13.1.1 Atendimento ambulatorial, que compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório:

a) Cobertura de consultas médicas, e das demais áreas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelos respectivos Conselhos Federais, exceto nos Hospitais de Alto Custo, salvo as exceções legais;
b) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
c) Medicamentos e materiais cirúrgicos utilizados no transcorrer do atendimento do procedimento ambulatorial;
d) Exames complementares;
e) Serviços auxiliares de diagnóstico;
f) Tratamento psiquiátrico, na forma e nos limites previstos na legislação vigente;
g) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
h) Sessões de fisioterapia a critério médico assistente, sem limite de quantidade.

13.1.2 Internação hospitalar:

a) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes regulamentados pela ANS;
b) Alimentação, inclusive dietética, quando indicada pelo médico assistente até a alta hospitalar;
c) Analgesia em parto normal;
d) Anestésicos;

e) Atendimentos obstétricos que se relacionem à gestação e aos partos normais, cesarianas e complicações no processo gestacional, bem como, abortamentos determinados exclusivamente em razão do risco de morte da gestante, desde que observados os princípios da deontologia médica, além de despesas de mercado;
f) Cobertura de cirurgia bucomaxilofacial, que necessitem de ambiente hospitalar;
g) Cobertura de despesas de acomodação e alimentação do acompanhante, noscasos de menores de 18 (dezoito) anos e acima de 60 (sessenta) anos de idade;
h) Cobertura de internações hospitalares em unidade de terapia intensiva ou semi-intensiva (conforme orientação médica), vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente, bem como, internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em todas as clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelos Conselhos Federais, a critério do profissional assistente;
i) Cobertura de cirurgias plásticas estéticas e não estéticas, quando efetuadas exclusivamente para recuperação ou restauração de funções de órgãos, membros e regiões, a exemplo, abdomem, mamoplastia;
j) Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados e curativos, assim como da remoção aérea ou terrestre, interhospitalar, conforme critério do médico responsável pelo paciente ou da equipe médica responsável pelo translado, dentro da abrangência geográfica prevista e respeitados os critérios aeromédicos vigentes;
k) Despesas com materiais e aparelhos ortopédicos, gesso, órteses, próteses e respectivos acessórios, devendo obedecer claramente às prescrições do cirurgião, marca-passo (provisório e definitivo) e lente intraocular, de procedência nacional ou nacionalizada devidamente registrada na ANVISA;
l) Embolizações e radiologia intervencionista;
m) Exames complementares para diagnóstico e tratamento da doença que tenha motivado a internação;
n) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
o) Fisioterapia;
p) Fonoaudiologia e foniatria para paciente em UTI neonatal e pacientes traqueostomizados, em casos indicados pelo médico assistente;
q) Gases medicinais;
r) Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
s) Hemoterapia;
t) Internação em quarto com banheiro privativo incluindo acomodação para acompanhante, ou na falta deste, em acomodação em nível superior sem ônus adicional;
u) Leitos especiais (nos casos de obesidade mórbida, queimaduras, escaras e outras situações que exijam), leitos de UTI, inclusive Neonatal, nas localidades em que houver, de terapia semi-intensiva e leitos de recuperação pós-anestésica, monitores e todas as aparelhagens e materiais indispensáveis ao tratamento;
v) Materiais e medicamentos;
w) Medicina física e reabilitação, sem finalidade estética, e sessões de fisioterapia a critério do médico assistente, sem limite de quantidade;
x) Nutrição parenteral ou enteral;
y) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
z) Próteses, órteses e seus acessórios, desde que ligados ao ato cirúrgico;
aa) Quimioterapia;
bb) Radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
cc) Sala de cirurgia;
dd) Sala de parto;
ee) Serviços gerais de enfermagem, durante a internação;
ff) Transfusões sanguíneas e seus derivados, durante o período de internação;
gg) Tratamento psiquiátrico, na forma e nos limites determinados pela legislação em vigor;
hh) Caso a rede própria ou credenciada da contratada não disponha, no local, de serviço ou procedimento necessário à assistência ao beneficiário, será assegurada a remoção deste ao estabelecimento hospitalar onde houver, ficando a cargo da contratada as despesas com a remoção e com a assistência prestada no novo local.
13.1.3 O presente termo também contempla atendimentos:
a) Às lesões decorrentes de tentativa de suicídio, já que expressam transtornos psíquicos;
b) A portadores de doenças mentais, em estado de crise;
c) Aos transplantes autorizados e regulamentados pela ANS, inclusive despesas com os doadores;
d) De emergência, como tais definidos os que implicarem risco à vida ou de lesões irreparáveis para o paciente;

e) De urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções;
f) De remoção de UTI aérea, nos termos o disposto neste instrumento.
13.1.4 Nos casos de transplantes de rim e córnea, o presente Contrato cobre as despesas com procedimentos vinculados, necessários à realização do transplante, incluindo:
a) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
b) As despesas assistenciais com doadores vivos;
c) Os medicamentos utilizados durante a internação.
13.1.5 Transplantes de Órgãos e Tecidos:
a) Todas as despesas com procedimentos vinculados, necessários à realização de transplantes;
b) Despesas assistenciais com doadores;
c) Medicamentos utilizados durante a internação;
d) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
e) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
13.1.6 Procedimentos para anticoncepção:
a) Inserção de DIU, hormonal ou não, incluindo o dispositivo, inclusive internação para implantação do dispositivo, caso seja necessário, seguindo orientação do médico solicitante;
b) Vasectomia, conforme critérios estabelecidos nas portarias do Ministério da Saúde e nas resoluções do Conselho Federal de Medicina;
c) Ligadura tubária, conforme critérios estabelecidos nas portarias do Ministério da Saúde e nas resoluções do Conselho Federal de Medicina.
13.1.7 Procedimentos cirúrgicos e invasivos:
a) Procedimentos cirúrgicos por videolaparoscopia;
b) Dermolipectomia para correção de abdome em avental após tratamento de obesidade mórbida;
c) Remoção de pigmentos de lente intraocular com Yag Laser;
d) Mamotomia: Biopsia de mama a vácuo, com um corte menor;
e) Tratamento cirúrgico da Epilepsia;
f) Tratamento pré-natal das hidrocefalias e cistos cerebrais; e
g) Transplantes de todos os órgãos determinados como obrigatórios pela ANS, quais sejam, Rim e Córnea e transplantes autólogos de medula óssea.
13.1.8 Exames laboratoriais de todas as espécies e sem limite de quantidade, especialmente os seguintes:
a) Análise de DNA para diversas doenças genéticas;
b) Fator V Leiden, Análise de mutação;
c) Hepatite B: Teste quantitativo;
d) Hepatite C: Teste quantitativo, Genotipagem;
e) HIV: Teste quantitativo, Genotipagem;
f) Dímero D;
g) Mamografia digital.
13.1.9 Os tratamentos psiquiátricos observarão os limites estabelecidos nas Leis 9.656/98 e 9.961/00, Resoluções e Regulamentações Complementares vigentes e com suas atualizações.
13.1.10 Psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 sessões por ano, não cumulativas;
13.1.11 Custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
13.1.12 Custeio integral de 180 (cento e oitenta) dias de internação, por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, no caso dos diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID 10;
13.1.13 Atendimento aos Portadores de Quadros de Intoxicação ou Abstinência:
a) Custeio integral de, no mínimo 15 (quinze) dias de internação, por ano, em hospital especializado ou em unidade ou enfermaria especializada para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS CONDIÇÕES/SERVIÇOS NÃO COBERTOS

14.1. A CONTRATADA não se responsabilizará pela prestação dos seguintes serviços médicos:

14.1.1. Aluguel de equipamentos hospitalares ou similares e despesas extraordinárias do beneficiário e/ou acompanhante, não relacionadas com o tratamento;

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

14.1.3. Aviamento de óculos e lente;

14.1.4. Cirurgias para mudança de sexo;

14.1.5. Exames admissionais, demissionais, periódicos, de retomo ao trabalho, bem como consultas e exames a eles relacionados;

14.1.6. Fornecimento de materiais e medicamentos importados não nacionalizados;

14.1.7. Fornecimento de medicamentos para o tratamento domiciliar;

14.1.8. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como aqueles não registrados na ANVISA;

14.1.9. Inseminação artificial e cirurgias para a promoção ou correção de esterilidade;

14.1.10. Permanência hospitalar após a alta médica ou enfermagem em caráter particular; procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

14.1.11. Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais de patologias não relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças, e Problemas Relacionados com a saúde, da Organização Mundial da Saúde;

14.1.12. Procedimentos e exames realizados durante internação sem cobertura contratual;

14.1.13. Remoção após alta hospitalar ou por simples vontade da **CONTRATANTE**, sem imperativo de ordem médica;

14.1.14. Remoção de pacientes fora da área geográfica da cobertura contratual;

14.1.15. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

14.1.16. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética (exceto para tratamento da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

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

14.1.18. Vacinas, salvo nos casos de internação ou utilizadas no atendimento de urgência/emergência;

14.1.19. Ficam excluídos expressamente da cobertura quaisquer atendimentos realizados com médicos, clínicas, hospitais que utilizem tabelas próprias, diversos daqueles utilizados pelo serviço contratado, ou ainda, nos chamados "alto custo" e que, portanto, não estejam incluídos na rede básica de assistência da operadora;

14.1.20. Remoção a pedido exclusivo do **beneficiário, do** local do **sinistro** até o hospital, da residência para o hospital e do hospital para a residência;

14.1.21. Atendimento domiciliar;

14.1.22. *Home care*, que representa a instalação, manutenção e/ou fornecimento, em domicílio ou equivalente, de materiais, medicamentos e atendimento médico e/ou multidisciplinar (enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas etc.) necessários à preservação da vida do paciente.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS CONDIÇÕES GERAIS DE ATENDIMENTO

15.1. O atendimento do beneficiário pela rede própria, credenciada, ou afim, se dará mediante a apresentação da Carteira de Beneficiário e documento oficial de identificação com foto.

15.1.2. A primeira carteira será fornecida gratuitamente pela CONTRATADÁ e, em caso de extravio, por qualquer motivo, será fornecida uma segunda via ao custo de R$ 5,00 (cinco reais);

15.1.2. O atendimento previsto neste termo de referência será estendido aos beneficiários, sem qualquer restrição ou discriminação por parte dos profissionais ou estabelecimentos da rede credenciada;

15.1.3. Haverá majoração de mensalidade do beneficiário quando da mudança de grupo de faixa etária no mês subseqüente ao do efetivo implemento da idade;

15.1.4. O beneficiário titular deve comunicar ao Departamento de Recursos Humanos quando os dependentes, por qualquer hipótese perderem essa condição;

15.1.5. Para a utilização da assistência à saúde de que trata este instrumento, os beneficiários poderão se dirigir diretamente à rede própria ou credenciada da CONTRATADA, postando a carteira de identificação e documento de identificação oficial, sem necessidade de guia previamente autorizada, salvo nos casos de internação eletiva e de exames especiais, assim considerados aqueles de maior complexidade técnica e custo elevado, salvo nos casos de intercâmbio;

15.1.6. A autorização para a realização de exames especiais deverá ser fornecida por telefone, fac-símile ou outro meio eletrônico equivalente, no prazo estabelecido pela ANS;
15.1.7. Em qualquer hipótese, fica vedada a exigência de caução aos beneficiários, por parte dos estabelecimentos próprios ou credenciados da Contratada, para a realização de qualquer atendimento, exame, procedimento ou internação hospitalar, devendo a Contratada orientar seus prestadores de serviço a não fazê-lo e, quando for o caso, fornecer as devidas autorizações imediatamente aos prestadores de serviços, sob pena de descumprimento das condições do contrato;
15.1.8. Eventuais autorizações realizadas pela CONTRATADA deverão obedecer às coberturas mínimas estabelecidas no rol de procedimentos editados pela ANS, bem como, especialmente, as diretrizes médicas/clínicas de cada procedimento, conforme estabelecido naquele mesmo rol.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DOS BENEFÍCIOS
16.1. São considerados **BENEFICIÁRIOS** para efeito deste contrato, os dirigentes, funcionários, servidores cedidos à **CONTRATANTE,** os ocupantes de cargos em comissão, e seus respectivos dependentes, devidamente inscrito de acordo com as disposições ora contratadas;
16.2. Beneficiários Titulares: São considerados Beneficiários Titulares dos serviços, para fins do presente instrumento:
16.2.1. Os dirigentes;
16.2.2. Os funcionários;
16.2.3. Os servidores cedidos;
16.2.4. Os ocupantes de cargos comissionados.
16.3. Beneficiário Dependente: São considerados Beneficiários Dependentes os que mantenham com o Beneficiário Titular uma das seguintes relações:
16.3.1. Cônjuge;
16.3.2. Filhos solteiros até 18 (dezoito) anos, podendo ser ampliado para 24 (vinte e quatro) anos, se matriculado em instituição de ensino superior;
16.3.3. Filhos inválidos solteiros, com comprovação médica;
16.3.4. Dependentes especiais em relação exaustiva: menores tutelados com guarda provisória;
16.3.5. Equipara-se ao cônjuge a companheira que comprove união estável como entidade familiar, conforme lei civil;
16.3.6. Equiparam-se aos filhos legítimos os filhos adotivos.
a) Os Beneficiários Dependentes não farão jus ao custeio parcial das mensalidades previstas no Acordo Coletivo de Trabalho 2019/2020-CAER, mesmo os cônjuges, companheiros e genitores, ainda que constem como dependentes na declaração de imposto de renda do titular.
16.4. Os nascidos durante a vigência do contrato a ser firmado com a empresa contratada, filhos naturais ou adotivos dos beneficiários, ou de seus dependentes terão atendimento neonatal e cobertura assistencial, durante os 30 (trinta) dias após o parto. Os cônjuges recém-casados, bem como os filhos, legítimos ou adotados terão aproveitadas as carências do beneficiário titular, desde que sejam incluídos até 30 (trinta) dias da data do evento;
16.5. Os valores ofertados a cada faixa etária deverá ser o mesmo (único), independentemente se for com ou sem obstetrícia, bem como para titulares, dependentes legais e dependentes especiais.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS CARÊNCIAS
17.1. O prazo de carência não será exigido para início dos atendimentos, para as adesões que ocorrerem dentro dos 30 (trinta) dias, da data de assinatura do contrato, nem para os que aderirem ao plano em até 30 (trinta) dias da data de admissão na CAER.
17.2. Todos os demais inscritos após o prazo dos 30 (trinta) dias da adesão obedecerão aos seguintes prazos:
17.2.1 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência (são os casos de acidentes pessoais, que é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico);
17.2.2 30 (trinta) dias para consultas, exames de diagnóstico, serviços auxiliares, bem como os casos de urgência e emergência devidamente comprovados;
17.2.3 300 (trezentos) dias para partos a termo 24 (vinte e quatro) meses para internações e tratamentos de doenças e/ou lesões pré-existentes;
17.2.4 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos, especialmente para a remoção aeromédica hospitalar;

17.3 Aos beneficiários que tenham sido exonerados, demitidos ou aposentados, é assegurada sua manutenção e de seus familiares no plano de saúde ora contratado, observando-se os requisitos de permanência, prazos e condições previstos na Resolução Normativa n.° 279/11 – ANS;
17.4. Reporta-se ao item anterior: O beneficiário passará a arcar com o pagamento integral das mensalidades próprias e de seus familiares, caso estejam inscritos.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DO REEMBOLSO
18.1. Fica assegurado aos beneficiários o reembolso das despesas efetuadas com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência devidamente caracterizada pelo médico assistente, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela operadora, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da seguinte documentação:
18.1.1 Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
18.1.2 Recibos de pagamento dos honorários profissionais;
18.1.3 Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital.
18.2 O reembolso fica limitado aos valores praticados pela CONTRATADA com sua rede própria ou credenciada, notadamente as tabelas médicas editadas pela Associação Médica Brasileira (AMB), especialmente a CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS (CBHPM);
18.3 Para fins de reembolso, o beneficiário titular deverá apresentar à empresa CONTRATADA a documentação adequada no prazo máximo de até 3 (três) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS GARANTIAS DE EXECUÇÃO DO CONTRATO
19.1. A CONTRATADA deverá apresentar à Administração, por meio da FISCALIZAÇÃO, no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contados da data de assinatura do contrato, comprovante de prestação de garantia correspondente ao percentual de 3% (três por cento) do valor anual atualizado do contrato, podendo optar por caução em dinheiro ou títulos da dívida pública, seguro-garantia ou fiança bancária;
19.2. A garantia, caso ocorra por fiança bancária, deverá possuir validade durante o mesmo período da vigência contratual, devendo ser renovada a cada prorrogação do contrato, sendo que nas demais modalidades de garantia deverá possuir vigência de 90 (noventa) dias após o término do contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE
20.1. A **Companhia de Águas e Esgotos de Roraima – CAER** obriga-se a:
20.1.1 Investir-se nos poderes de representação dos beneficiários do serviço de saúde perante a CONTRATADA;
20.1.2 Entregar à CONTRATADA, quando da assinatura do contrato, relação dos beneficiários com todos os dados necessários, para fins de cadastramento;
20.1.3 Notificar, por escrito à contratada, toda e qualquer irregularidade constatada na execução dos serviços;
20.1.4 Informar via sistema on-line, disponibilizado pela CONTRATADA, todas as inclusões, exclusões e alterações;
20.1.5 Informar à CONTRATADA via sistema on-line, beneficiários para fins de cadastro, seguidos de documentos necessários, para registro de inclusões, exclusões e alterações, até a data que o Departamento de Recursos Humanos determinar, dentro do mês do evento;
20.1.6 Comunicar imediatamente à CONTRATADA, via sistema on-line, o extravio de Carteira de Beneficiário, para fins de obtenção de 2ª (segunda) via, cuja emissão implicará na cobrança do unitário de R$ 5,00 (cinco reais);
20.1.7 Promover, a seu critério, avaliações da capacidade operacional da contratada, em especial de suas reais condições de execução dos serviços objeto deste Termo de Referência, bem como o acompanhamento e fiscalização dos serviços sob os aspectos quantitativo e qualitativo;
20.1.8 Efetuar o pagamento à CONTRATADA, de acordo com a forma e os prazos estabelecidos no Contrato;
20.1.9 Adotar as medidas necessárias quanto à atualização e adaptação dos serviços ora contratados à legislação superveniente ou quando se fizer necessário;
20.1.10 Especificar o vínculo de dependência dos dependentes legais e especiais, comprovando, quando necessário, por todos os meios de provas, judicialmente admissíveis para o caso;
20.1.11 Comunicar à CONTRATADA por escrito ou através de sistema informatizado, os casos em que o beneficiário, por qualquer motivo, perder o direito de atendimento, nas condições exigidas na forma do instrumento de contrato;
20.1.12 Recolher a carteira de identificação do beneficiário nos ternos do item anterior;

20.1.13 O ex-beneficiário responderá, por todo e qualquer atendimento realizado após a exclusão. Salvo, o atendimento se dê por erro do sistema, que não processou a exclusão, não caberá ao ex-beneficiário qualquer pagamento à CONTRATADA.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

21.1. Caberá à CONTRATADA, sem prejuízo das obrigações provenientes de lei, edital e Contrato:

21.1.1 Iniciar os serviços contratados a partir da data prevista para o início do contrato;

21.1.2 Assegurar aos beneficiários da **CONTRATANTE** os serviços, de acordo com o estabelecido neste instrumento;

21.1.3 Fornecer, de maneira informatizada (on-line) ou impressa, ou a que mais se adequar, a critério dia CONTRATADA, guia profissional estadual constando endereço e telefone dos profissionais e estabelecimentos que executam os serviços contratados, bem como, encaminhar as alterações que porventura houver;

21.1.4 Por a disposição do CONTRATANTE um sistema informatizado (on line) que possibilite o encaminhamento da movimentação mensal dos beneficiários, quais sejam, inclusões, exclusões ou alteração de planos;

21.1.5 Garantir a continuidade dos serviços que vinham sendo prestados pela anterior contratada, aos beneficiários internados ou em tratamento hospitalar quando da assinatura do Contrato, cuja interrupção venha a prejudicar sua recuperação, observando as seguintes hipóteses:

a) Pacientes passíveis de remoção (com base em parecer do profissional especialista): serão transferidos para estabelecimentos credenciados à nova contratada;

b) Pacientes com impossibilidade de remoção: caberá à nova contratada o custeio integral em unidade credenciada até o final do tratamento ou até que seja possível a transferência do usuário para um hospital credenciado;

c) Pacientes em tratamento de patologias graves, incluindo neoplasia maligna e outros que a mudança do profissional assistente importe grave dano ao paciente: haverá o custeio integral do tratamento pela nova Contratada em rede credencia da até o encerramento inclusive quanto aos honorários.

21.1.6 Fornecer aos beneficiários cartões magnéticos de identificação, no prazo de até 10(dez) dias úteis contados da inclusão, constando seus nomes e tipo de plano que pertencem, cuja apresentação, deverá ser acompanhada de documento de identidade, que assegurará aos beneficiários o direito à utilização dos benefícios. No caso de extravio, emitir 2ª via no prazo de 10 (dez) dias, sendo cobrado do beneficiário titular através de desconto em folha de pagamento, o valor praticado pela CONTRATADA na data do evento;

21.1.7 Enquanto não for emitido o cartão magnético de beneficiário ou sua 2ª via, nos casos do item anterior, a CONTRATADA deverá expedir, no prazo máximo de 48 horas, documento provisório que possibilite o atendimento imediato, podendo ser disponibilizado via sistema on-line;

21.1.8 Manter ao longo da vigência da prestação de serviços, prestador hospitalar compatível com a cobertura contratada, sendo facultada a substituição, desde que por outro equivalente ou superior e mediante comunicação a **CONTRATANTE** 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;

21.1.9 Na hipótese da substituição acima ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, a mesma obriga-se a manter a internação e ainda pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério profissional, ressalvando os casos da substituição do estabelecimento ocorrer por infração às normas sanitárias em vigor durante período de internação quando arcará a contratada com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a assistência, sem ônus adicional para a **CONTRATANTE;**

21.1.10 Assegurar aos beneficiários da **CONTRATANTE**, sempre que houver indisponibilidade de leito nos hospitais ou clínicas próprios ou credenciados da contratada, acomodação em outro estabelecimento de qualidade igual ou superior, responsabilizando-se pela locomoção/transporte do paciente até o estabelecimento.

21.2. Assegurar aos colaboradores beneficiários, atendimento nos seguinte prazos máximo:

21.2.1 Consulta básica em pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia em até 07 (sete) dias úteis;

21.2.2 Consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;

21.2.3 Consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

21.2.4 Consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;

21.2.5 Consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

21.2.6 Consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;

21.2.7 Consulta/sessão com fisioterapia: em até 10 (dez) dias úteis;

21.2.8 Consulta e procedimentos realizados em consultório/clinica com cirurgião-dentista em até 7 (sete) dias úteis;

21.2.9 Serviços de diagnósticos por laboratório de análises clínica em regime ambulatorial em até 3 (três) dias úteis;

21.2.10 Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;

21.2.11 Procedimentos de alta complexidade – PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;

21.2.12 Atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;

21.2.13 Atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis;

21.2.14 Urgência e emergência: imediato;

21.3. Manter, durante toda a vigência do contrato, as condições de habilitarão legalmente exigidas, sob pena de sanções previstas no item 19 deste instrumento;

21.4. Não dar o contrato como garantia, nem utilizar os direitos de crédito, a serem auferidos em função dos serviços prestados, em quaisquer operações de desconto bancário, sem prévia autorização da **CONTRATANTE**;
21.5. Informar, por ocasião do início do contrato, para fins de reembolso, tabela CBHPM - Classificação Brasileira de Procedimentos Hierarquizados Médicos, vigente, para despesas de procedimentos profissionais;
21.6. Assegurar aos beneficiários, no prazo de até 30 (trinta) dias, o reembolso das despesas efetuadas, com consultas, exames, procedimentos e honorários médicos, bem como, com serviços hospitalares, medicamentos e materiais utilizados, durante o período de internação e com as demais taxas hospitalares, quando não for possível utilização dos serviços próprios ou credenciados, bem como, pelo descumprimento da Resolução Normativa/ANS nº 259/2011, com apresentação obrigatória da nota fiscal ou recibo original;
21.7. Assegurar aos beneficiários, no prazo de até 30 (trinta) dias, o reembolso correspondentes despesas com a assistência à saúde durante o período de internação (incluindo serviços e taxas hospitalares, medicamentos e materiais utilizados), de acordo com a relação de preços praticados pela sua rede para tais casos, tudo na forma dos artigos 1.°, § 1.°, I, c/c 12, VI, ambos da Lei n.° 9.656/98, inclusive em caso de urgência e emergência. O beneficiário deverá apresentar Nota fiscal de serviço ou recibo original;
21.8. Apresentar, até o dia 5 (cinco) do mês subsequente ao serviço prestado, a Nota Fiscal/Fatura correspondente ao valor total das mensalidades dos beneficiários inscritos, pela **CONTRATANTE, referente ao mês imediatamente anterior**;
21.9 Apresentar bimestralmente, ao fiscal da empresa CONTRATANTE, relatórios informando os valores com os custos totais mensais dos serviços prestados aos beneficiários, no respectivo período, por meio eletrônico, bem como, demais documentos relativos ao custo do contrato necessários ao acompanhamento da sinistralidade;
21.10 Manter Preposto, aceito pela CONTRATANTE, durante o período de vigência do contrato, para representá-la administrativamente sempre que for necessário, o qual deverá ser indicado mediante declaração onde deverá constar o nome completo, nº do CPF e do documento de identidade, além dos dados relacionados à sua qualificação profissional;
21.11 O Preposto deverá estar apto a esclarecer as questões relacionadas as faturas e outras questões referentes ao objeto;
21.12 A CONTRATADA deverá disponibilizar endereço eletrônico, para comunicação entre as partes;
21.13 Providenciar a imediata correção das deficiências apontadas pela **CONTRATANTE** na execução dos serviços;
21.14 A CONTRATADA se compromete a atender os eventuais questionamentos da CONTRATANTE, no prazo máximo de 03 (três) dias úteis, e em caso de impossibilidade de responder em tempo hábil, caberá solicitação de prorrogação.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS
22.1. Descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas caracterizará a inadimplência da Adjudicatário-Contratada, sujeitando-a as seguintes penalidades:
22.1.1 Advertência, por escrito, quando praticar irregularidades de pequena monta assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos significativos;
22.1.2 Multas, nos seguintes percentuais:
a) 0,5% (meio por cento) ao dia do valor do faturamento do respectivo mês, até o limite de 10 (dez) dias, totalizando 5% (cinco por cento) do valor do respectivo mês da ocorrência;
b) 1,0% (um por cento) sobre o valor do faturamento, caso a inadimplência ultrapasse o 10º (décimo) dia, o que poderá ensejar a rescisão unilateral do contrato;
c) 3,0% (três por cento) sobre o valor do Contrato por inexecução total das obrigações;
d) 5,0% (cinco por cento) sobre o valor da Nota Fiscal referente ao mês do inadimplemento, por inexecução parcial das obrigações nas hipóteses em que o descumprimento implique em risco de morte ou de lesão irreparável para o beneficiário.
22.1.3 Suspensão temporária do direito de licitar e contratar com a **CONTRATANTE**, conforme disposto no inciso III do art. 87 da Lei nº 8.666/93;
22.1.4 Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, nos termos do inciso IV do art. 87 da Lei nº 8.666/93.
22.2 Entende-se por inexecução parcial, qualquer descumprimento de obrigação contratual, bem como os atrasos na execução do serviço superiores a 30 (trinta) dias;
22.3 A recusa da adjudicatária em assinar o Contrato ou em aceitar o instrumento equivalente dentro do prazo estipulado, de 05 (cinco) dias caracteriza o descumprimento total da obrigação assumida, sujeitando-a a multa de 3% (três por cento) sobre o valor total da proposta, em observância ao que preceitua a legislação vigente;
22.4 A penalidade de advertência será aplicada pelo ordenador de despesa, da **CONTRATANTE**, mediante proposta do responsável pelo acompanhamento da execução do contrato;
22.5 As multas serão aplicadas pelo ordenador de despesa, da **CONTRATANTE** mediante a apuração e relatório do responsável pelo acompanhamento do contrato;
22.6 As penalidades de suspensão temporária, de impedimento de licitar e contratar e de declaração de inidoneidade serão aplicadas pelo Presidente da **CONTRATANTE;**
22.7 Na aplicação da penalidade será sempre garantido o direito de ampla defesa prévia no respectivo processo administrativo;

22.8 As multas são independentes entre si, podendo ser aplicadas em conjunto ou separadamente com as demais penalidades previstas neste item, após a análise do caso concreto e não exime a **CONTRATADA** da plena execução do objeto contratado.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES DE FATURAMENTO E PAGAMENTO

23.1. A CONTRATADA deverá emitir a nota fiscal conforme legislação vigente de devendo, obrigatoriamente, discriminar a prestação dos serviços realizados, o período da execução e as retenções legais;

23.2 O pagamento será efetuado mensalmente, através de ordem Bancária a ser creditado em conta bancária indicada pela **CONTRATADA,** em até 25 (vinte e cinco) dias após o recebimento e atesto da(s) Nota(s) Fiscal (is) pelo Fiscal da **CONTRATANTE**, acompanhada(s) das certidões de regularidade de débitos, especificadas no item 26.10, referente aos serviços prestados;

23.3 Serão feitas todas as retenções previstas na legislação aplicável;

23.4 Na decorrência de necessidade de providência complementar por parte da **CONTRATADA**, ou inexatidão de dados que impossibilite seu atesto, o decurso do prazo de pagamento será interrompido, reiniciando sua contagem a partir da data em que estas forem cumpridas, caso em que não será devida atualização financeira e, em hipótese alguma servirá de motivo para que a **CONTRATADA** suspenda ou atrase a execução dos serviços objeto do contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – DAS EXIGÊNCIAS PARA FINS DE CONTRATAÇÃO

24.1 Prova de Registro na ANS da licitante, mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro;

24.2 Apresentação de Atestado, emitido por entidade pública ou privada, comprovando que a licitante prestou ou presta serviços pertinentes e compatíveis de planos de assistência à saúde;

24.2.1 O atestado de capacidade técnica deverá conter, obrigatoriamente, a especificação do serviço, a identificação da empresa ou entidade que forneceu o atestado, assinatura e o telefone, para diligência, se for o caso.

24.3 Declaração se comprometendo a disponibilizar a todos os beneficiários, rede credenciada de atendimento ao plano, ao qual o empregado tenha aderido para prestar os serviços assistências descrito neste instrumento;

24.4 Declaração de ser possuidor de representação em Boa Vista/RR, dotada de infraestrutura técnica e operacional adequada, com recursos humanos qualificados, necessários e suficientes para a prestação dos serviços.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO

25.1 O acompanhamento e a fiscalização da execução do Contrato consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do contrato, devendo ser observado o disposto no art. 58, inciso III, 66, 67 e 73 da Lei nº 8.666/1993;

25.2 A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por meio de instrumentos de controle, que compreendam a mensuração dos seguintes aspectos:

25.2.1 Os resultados alcançados em relação aos serviços, com a verificação dos prazos de execução e da qualidade demandada;

25.2.2 Os recursos humanos empregados, em função da qualidade e disponibilidade exigidas;

25.2.3 A adequação dos serviços prestados à rotina de execução estabelecida;

25.2.4 Verificar o cumprimento das demais obrigações decorrentes do Contrato;

25.2.5 Consultar a regularidade fiscal da **CONTRATADA**.

25.3 A fiscalização não exclui nem reduz a responsabilidade da credenciada, inclusive perante terceiros por qualquer irregularidade, ou ainda, resultante de imperfeições técnicas ou emprego de materiais inadequados ou de qualidade inferior e, na ocorrência desta, não implica em corresponsabilidade da **CONTRATANTE** ou de seus agentes e prepostos, em conformidade com o artigo 70 da Lei nº 8.666/93;

25.4 A fiscalização acima mencionada será obrigatoriamente exercida pelo Fiscal do Contrato, ou por outros agentes especialmente designados pelo Presidente da **CONTRATANTE**, em caso em que será previamente notificada a **CONTRATADA**, por escrito;

25.5 O exercício da fiscalização pela **CONTRATANTE** não aumenta e nem diminui as responsabilidades da **CONTRATADA;**

25.6 A **CONTRATANTE** comunicará por escrito à **CONTRATADA**, deficiências porventura verificadas pela fiscalização, que serão imediatamente corrigidas, sem prejuízo da aplicação das penalidades previstas;

25.7 Ao Fiscal do Contrato incumbirá acompanhar a execução dos serviços, determinando à **CONTRATADA** as providências necessárias ao regular e efetivo cumprimento do contrato, bem como anotar e enquadrar as infrações constatadas, comunicando as mesmas ao seu superior hierárquico;

25.8 Solicitar à **CONTRATADA**, sempre que necessário, a apresentação de Relatórios, dados em arquivo magnético ou documentos pertinentes aos quantitativos de utilização dos serviços, discriminação do perfil e do custo dos serviços utilizados e maiores utilizadores, para subsidiar a conferencia das Notas Fiscais;

25.9 Quando julgá-los corretos, atestar a(s) nota(s) fiscal (is) e vistar os demais documentos apresentados pela **CONTRATADA**, apondo o seu "aceite";
25.10 A **CONTRATADA** deverá apresentar juntamente com a Nota Fiscal/Fatura, os documentos relacionados abaixo para conferencia e posterior atesto:
25.10.1 Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União;
25.10.2 Certidão Negativa de Débitos da Fazenda Estadual e Municipal de seu domicílio ou sede;
25.10.3 Certidão de Regularidade do FGTS-CRF;
25.10.4 Regularidade Trabalhista, constatada através de consulta ao site da Justiça do Trabalho (TST);
25.10.5 Certidão Negativa de Falência e Concordata.
25.11 As decisões e providências que ultrapassarem a competência do fiscal deverão ser solicitadas à autoridade superior, em tempo hábil, para a adoção das medidas convenientes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA – DO REAJUSTE E DA REVISÃO
26.1 No caso de prorrogação, os preços poderão ser reajustados mediante negociação entre as partes, momento no qual, será apreciada a possibilidade da aplicação da variação do IPCA, item "Saúde e Cuidados Pessoais", subitem "Plano de Saúde", no período entre o mês básico da apresentação da proposta e o mês anterior ao reajuste, observando o interregno mínimo de 1 (um) ano, para compensar as perdas decorrentes de inflação nos preços de serviços de saúde;
26.2 Todas as mensalidades previstas neste contrato, fixadas em moeda corrente do País, poderão sofrer reajuste financeiro anualmente, de conformidade com a variação do IPCA, item "Saúde e Cuidados Pessoais", subitem "Plano de Saúde" caso a sinistralidade calculada para o período seja maior ou igual a 75% (setenta e cinco por cento);
26.3 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (Setenta e cinco por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário;
26.4 O cálculo da sinistralidade no período observado irá considerar os meses os quais a severidade final já esteja formada, de fato ou através de estimativa, por data de realização do procedimento pelo usuário e será realizado da seguinte maneira:

$$\frac{\text{Sinistros realizados no período (S1 + S2 + S3 + S4)}}{\text{Total recebido no período}}$$

Em que: *S1: Despesas assistenciais (honorários médicos + Diagnósticos + terapêuticos);*
S2: Despesas hospitalares (Taxas + Diárias);
S3: Despesas de Materiais + Medicamentos + Órteses + Próteses;
S4: Despesas com reembolso.
26.5 O reequilíbrio-contratual será aplicado sem prejuízo da aplicação do reajuste que tiver sido ou esteja em vias de ser aplicado;
26.6 Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado, independente da vontade da Contratante;
26.7 A alteração de valor por mudança de faixa etária dos Beneficiários deverá ser efetuada tendo como base os preços contratados para a respectiva faixa etária, e os reajustes e as revisões que porventura tenham ocorrido entre o período da contratação e o da efetiva mudança de faixa etária, incidindo no mês seguinte àquele em que o Beneficiário mudou de faixa etária;
26.8 Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única;
26.9 Se o CONTRATANTE possuir menos de 30 (trinta) beneficiários, por regra da RN 330/2013, a empresa deverá ser incluída no rol de empresas submetidas ao reajuste único por agrupamento de contratos;
26.10 Na hipótese do reagrupamento de contratos, fica estabelecido percentual de reajuste aplicado será de acordo com o índice estabelecido pela ANS. Fica acordado, nos termos do artigo 10º da Resolução Normativa (RN) – ANS n.º 309/2013 que o reajuste será aplicado na data de aniversário de cada contrato agregado ao agrupamento, que visa adequar a forma de cálculo e reajuste imposta pela norma, anotando, por prudência, que conforme determinação contida no art. 12, § 3º da RN 309/213;
26.11 O Reajuste Anual não se confunde com o Reajuste por Mudança de Faixa Etária, podendo ambos serem aplicados conjuntamente no caso de coincidência de datas;
26.12 Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato;
26.13 Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA – DAS ALTERAÇÕES CONTRATUAIS

27.1. O contrato poderá ser alterado nos casos previstos no art. 65 da Lei n.º 8.666/93, desde que haja interesse da Contratante e as justificativas adequadas à situação.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA - DAS PENALIDADES E DAS MULTAS
28.1. A CONTRATADA ficará sujeita, em caso de atraso não justificado na execução do Instrumento Contratual, sem prejuízo da rescisão unilateral e de outras sanções previstas na Lei 8.666/93, às sanções administrativas previstas nas seguintes hipóteses:
28.1.1. Advertência por escrito e;
28.1.2. 5% (cinco por cento) sobre o valor da AFOS, por atraso na execução do objeto contratual quando superior a **10** dias, contados a partir do término do prazo preestabelecido;
28.2. 15% (quinze por cento) sobre o valor da contratação não realizado, no caso de:
28.2.1. Atraso superior a **30** (trinta) dias, no cumprimento das obrigações pactuadas no instrumento contratual, a partir da assinatura do mesmo;
28.2.2. Desistência da contratação e;
28.2.3. 15% (quinze por cento) sobre o valor da contratação, caso a CONTRATADA venha a dar causa à rescisão contratual, sem prejuízo das ações cíveis ou criminais aplicáveis à espécie.
28.3. A suspensão temporária do direito de participar de licitações e contratar com a CONTRATANTE por um período não superior a **02** (dois) anos.
28.4. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a CAER enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, que será concedida sempre que a CONTRATADA ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e depois de decorrido prazo da sanção aplicada com base no item anterior.
28.5. Os valores das multas mencionadas neste item serão descontados de qualquer fatura ou crédito da CONTRATADA em favor da CONTRATANTE e;
28.6. As penalidades estabelecidas neste item poderão ser suspensas em face de casos fortuitos, ou de força maior, desde que devidamente justificadas e comprovadas.

CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA – DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL E DOS CASOS OMISSOS
29.1. A execução do presente contrato obedecerá às disposições da Lei 8.666/93, sendo que todas as dúvidas decorrentes da execução contratual serão dirimidas preservando-se os direitos da CONTRATADA, sem prejuízo do interesse público.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
30.1. À CONTRATANTE se reserva o direito de, a qualquer tempo descontar dos créditos eventualmente existentes, toda e qualquer importância que lhe for devida pela CONTRATADA, por descumprimento ou infringência das cláusulas ajustadas no presente contrato;
30.2. Pela inexecução total ou parcial da entrega do material licitado, a CONTRATADA estará sujeita a multa correspondente de 10% (dez por cento) do preço total ora ajustado. As multas moratórias e compensatórias serão autônomas, a aplicação de uma não excluindo a da outra, ambas independentes e cumulativas;
30.3. A legislação que ampara a matéria está disposta nas Resoluções 13 e 15/99 da CONSU e outras que virem a ser publicadas; nas Leis 8.666/93, 9.656/98 (ANS) e 9.961/2000 (PLANO DE SAÚDE); e nas Resoluções Normativas 63/03, 195/09 e 211/10 da Agência Nacional de Saúde (ANS), todas com suas respectivas alterações e novas publicações, além de outros dispositivos legais fixados pela Agência Nacional de Saúde.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA PRIMEIRA – DA PUBLICAÇÃO
31.1. A CONTRATANTE providenciará a publicação deste Contrato, por extrato, no Diário Oficial do Estado – DOE/RR, até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura para ocorrer no prazo máximo de vinte dias, daquela data.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA SEGUNDA – DO FORO
32.1. As partes elegem o foro da comarca de Boa Vista-RR como único competente para dirimir quaisquer pendências decorrentes do presente instrumento, renunciando a qualquer outro mais privilegiado que seja.

E por estarem assim justos e contratados, assinam o presente instrumento em 04 (quatro) vias de igual teor.

Boa Vista, _____ de_____de 2020.

JAMES DA SILVA SERRADOR
Presidente/CAER

GABRIEL MOTA E SILVA
Diretor Administrativo Financeiro – DAF

_____
Representante da Contratada

TESTEMUNHAS:

1._____CPF n. _____

2._____CPF n. _____