



Av. Loureiro da Silva, 255 - Bairro Centro Histórico, Porto Alegre/RS, CEP 90013-901

CNPJ: 89.522.437/0001-07

Telefone: (51) 3220-4314 - <http://www.camarapoa.rs.gov.br/>

EDITAL

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2022, DA CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE.

PROCESSO SEI Nº 011.00036/2021-15

OBJETO: Credenciamento de empresas para atuarem como administradora de benefícios, para disponibilização de planos de assistência médica de, no mínimo, 1 (uma) operadora de Planos de Saúde, com planos de abrangência nacional, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica aos vereadores, servidores ativos e inativos e estagiários da Câmara Municipal de Porto Alegre (CMPA) e também aos seus dependentes.

LOCAL DE RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO: Na Seção de Licitações (SEL), sala 131 da CMPA, sita na Avenida Loureiro da Silva, 255, Bairro Centro Histórico, Município de Porto Alegre, RS, CEP 90013-901.

PERÍODO DE RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO: Permanentemente.

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2022, DA CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE.

PROCESSO SEI Nº 011.00036/2021-15

A CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE (CMPA), inscrita no CNPJ/MF nº 89.522.437/0001-07, sita na Avenida Loureiro da Silva, 255, Bairro Centro Histórico, Município de Porto Alegre, RS, CEP 30013-901, por intermédio de seu presidente, vereador Hamilton Sossmeier, torna pública a abertura de CREDENCIAMENTO DE ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS, visando à celebração de termo de credenciamento, para disponibilizar planos de abrangência nacional, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica aos vereadores e seus dependentes, aos servidores ativos e seus dependentes, aos servidores inativos

e seus dependentes, aos estagiários e seus dependentes e aos pensionistas da CMPA, com fundamento na Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e alterações posteriores, na Lei Complementar nº 133, de 31 de dezembro de 1985, e alterações posteriores, nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nºs 195, de 14 de julho de 2009, e alterações posteriores, 196, de 14 de julho de 2009, 261, de 28 de julho de 2011, 262, de 1º de agosto de 2011, e nas demais normas regulamentadoras e, supletivamente, na Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e alterações posteriores.

1. DO OBJETO

1.1. O objeto deste Edital é o credenciamento de empresas para atuarem como administradora de benefícios, para disponibilização de planos de assistência médica de, no mínimo, 1 (uma) operadora de Planos de Saúde, com planos de abrangência nacional, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica aos vereadores e seus dependentes, aos servidores ativos e seus dependentes, aos servidores inativos seus dependentes, aos estagiários e seus dependentes e aos pensionistas da Câmara Municipal de Porto Alegre (CPMA).

2. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

2.1 Somente poderão participar deste processo de credenciamento as pessoas jurídicas que pertençam ao ramo de atividade do objeto deste credenciamento e que atendam a todas as exigências, inclusive quanto à documentação, conforme estabelecido neste Edital de Credenciamento.

2.2 Estarão impedidas de participar deste processo de credenciamento as pessoas jurídicas:

2.2.1 suspensas ou impedidas de licitar e contratar com a Administração Pública;

2.2.2 que tenham sido declaradas inidôneas para licitar e contratar com a Administração Pública;

2.2.3 que se encontrem sob falência, concordata ou recuperação judicial;

2.2.4 estrangeiras que não funcionem no País;

2.2.5 cujos dirigentes, gerentes, sócios, responsáveis técnicos ou servidores pertençam aos quadros do Município de Porto Alegre; e

2.2.6 que tenham efetuado doação em dinheiro, ou bem estimável em dinheiro, para partido político ou campanha eleitoral de candidato a cargo eletivo há até 4 (quatro) anos, contados da data de divulgação do aviso deste Edital de Credenciamento.

2.3 Ao apresentar suas propostas, os interessados concordam em assumir inteira responsabilidade pela perfeita execução dos serviços propostos e veiculam a aceitação tácita de todos os termos deste Edital de Credenciamento e seus Anexos.

2.4 A CMPA poderá solicitar, de qualquer interessada, informações e esclarecimentos complementares para perfeito juízo e atendimento da documentação ou proposta apresentada.

3. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO E DA PROPOSTA DE PREÇOS DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

3.1. Para **habilitação jurídica**, a administradora de benefícios deverá apresentar:

3.1.1 ato constitutivo devidamente registrado, com todas as alterações ou consolidação e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

3.1.2 declaração da administradora de benefícios, comprometendo-se a disponibilizar, durante todo o período de vigência do termo de credenciamento, nos termos do Anexo 7, adequada rede credenciada aos servidores da CMPA, com planos de abrangência nacional e regional, em conformidade com a dispersão geográfica e as faixas etárias constantes do Anexo 2;

3.1.3 declaração da proponente de que não foi declarada inidônea ou impedida de licitar e contratar com o Poder Público, expedida por órgão da Administração Pública, de qualquer esfera, conforme modelo Anexo 3 deste Edital;

3.1.4 declaração de que cumpre o disposto no inc. XXXIII do *caput* do art. 7º da Constituição Federal, conforme modelo Anexo 4 deste Edital de Pregão Eletrônico; e

3.1.5 declaração negativa de doação eleitoral, para fins de cumprimento ao disposto na Lei nº 11.925, de 29 de setembro de 2015, conforme modelo Anexo 5 deste Edital de Pregão Eletrônico.

3.2 Para comprovação da **regularidade fiscal**, a administradora de benefícios deverá apresentar a seguinte documentação:

3.2.1 prova de regularidade com o FGTS;

3.2.2 Certidão Negativa de Débitos Estadual ou Certidão Positiva de Débitos Estadual com Efeitos de Negativa;

3.2.3 Certidão Negativa Municipal (tributos diversos) ou Certidão Positiva com Efeitos de Negativa;

3.2.3.1 Somente será aceita Certidão Negativa referente exclusivamente ao ISSQN, caso a empresa administradora de benefícios apresente declaração de que não possui imóvel em seu nome.

3.2.4 Certidão Negativa de Débitos Unificada (INSS e Tributos Federais/DAU) ou Certidão Positiva de Débitos Unificada com Efeito de Negativa; e

3.2.5 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) ou Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas com Efeitos de Negativa.

3.3 Para comprovação da qualificação **econômico-financeira**, a administradora de benefícios deverá apresentar certidão negativa de recuperação judicial, extrajudicial, falência e concordata, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica.

3.4 Para comprovação da **qualificação técnica**, a administradora de benefícios deverá apresentar:

3.4.1 prova de registro na ANS da administradora de benefícios e da(s) operadora(s) a ela vinculada(s), mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro;

3.4.2 prova de registro na ANS do(s) plano(s) ofertado(s), necessariamente de abrangência geográfica nacional, bem como da segmentação assistencial oferecida, mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro; e

3.4.3 termo de credenciamento ou congênere celebrado entre ela e a operadora de plano de saúde (assistência médica), em que estejam claramente definidas as responsabilidades e se comprove o conhecimento das condições do termo de credenciamento que vier a ser assinado com a CMPA, destacando-se a impossibilidade de repasse de qualquer inadimplência dos servidores à CMPA.

3.5. A administradora de benefícios deverá apresentar, ainda, **informações para a assinatura do termo de credenciamento**, conforme modelo constante do Anexo 8 deste Edital de Credenciamento.

3.5.1. Em caso de a pessoa identificada no item 3 do Anexo 7 deste Edital de Credenciamento tratar-se de procurador da empresa, deverá também ser apresentada a respectiva procuração.

3.5.2 A não apresentação da documentação referente ao presente subitem não inabilitará a interessada, ficando facultado à CMPA elaborar contrato em nome do representante legal da pessoa jurídica, constante do contrato social.

3.6 Em qualquer caso, não serão aceitos protocolos e nem documentos com prazo de validade vencido.

3.7 Os documentos devem comprovar a habilitação da administradora de benefícios no dia de sua entrega à Seção de Licitações (SEL).

3.8 Em caso de certidão não consignar o prazo de validade, será considerada válida, se expedidas com data não superior a 120 (cento e vinte) dias anteriores à data de sua apresentação.

3.9 Se a administradora de benefícios for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz, ou, se a administradora de benefícios for filial, todos os documentos deverão estar em nome da filial, exceto aqueles documentos que, pela própria natureza, comprovadamente, forem emitidos somente em nome da matriz.

4. DA PROPOSTA DE PREÇOS DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

4.1 A administradora de benefícios deverá apresentar **proposta de preços** do(s) plano(s) de saúde coletivo(s) da(s) operadora(s) indicada(s) pela administradora de benefícios, nos moldes dos Anexos 1 e 2 deste Edital de Credenciamento e da RN ANS nº 63, de 22 de dezembro de 2003, com abrangência nacional e regional, representando os valores finais das mensalidades a serem cobradas dos servidores da CMPA, nas segmentações assistenciais em que possua autorização e interesse em atuar, em conformidade com as especificações constantes deste Edital de Credenciamento e de seus Anexos.

5. DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

5.1 As administradoras de benefícios interessadas em participar do processo de credenciamento para os serviços descritos neste Edital de Credenciamento e em seus Anexos devem apresentar à SEL, sala 131 da CMPA – sita na Avenida Loureiro da Silva, 255, Bairro Centro Histórico, Município de Porto Alegre, RS, CEP 90013-901 –, **das 8h30min às 12h e das 13h30min às 17h, de segunda a sexta-feira**, exceto feriados, com a seguinte documentação:

5.1.1 a documentação referida no item 3 deste Edital de Credenciamento;

5.1.2 sua proposta de credenciamento – proposta de preços do(s) plano(s) de saúde coletivo(s) da(s) operadora(s) indicada(s) pela administradora de benefícios –, referida no item 4 deste Edital de Credenciamento; e

5.2 A documentação a que se refere o subitem 3 deste Edital de Credenciamento, quando não encaminhada em seus originais, poderá ser validamente apresentada por meio de publicação realizada em órgão da imprensa oficial ou por cópia previamente autenticada nos termos do art. 32 da Lei Federal nº 8.666, de 1993, e alterações posteriores.

5.2.1 A autenticação das cópias referidas no item 5.2 deste Edital de Credenciamento poderá ser oriunda de cartório competente ou servidor da Administração, inclusive da SEL.

5.3 Todos os documentos exigidos nos subitens do item 3 deste Edital de Credenciamento deverão ser apresentados em envelope lacrado, contendo, em sua parte externa, as seguintes informações:

DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO

CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SEI Nº 011.00036/2021-15

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2022

RAZÃO SOCIAL: _____

CNPJ: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

TELEFONE: (____) _____

E-MAIL: _____

PESSOA FÍSICA PARA CONTATO: _____

TELEFONE DA PESSOA FÍSICA INDICADA: (____) _____

5.4 As informações prestadas, assim como a documentação entregue, são de inteira responsabilidade do interessado, cabendo-lhe certificar-se, antes da sua inscrição, de que atende a todos os requisitos para participar do credenciamento.

5.5 A apresentação da documentação implica manifestação do interessado em participar do processo de credenciamento com a CMPA, aceitação e submissão, independentemente de declaração expressa, a todas as normas e condições estabelecidas neste Edital de Credenciamento, inclusive Anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pela ANS.

6. DA ANÁLISE E DO JULGAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

6.1 A análise da documentação apresentada pelas pessoas jurídicas interessadas será feita pela SEL no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à data de apresentação da documentação.

6.2 Serão declaradas inabilitadas as administradora de benefícios que:

6.2.1 deixarem de apresentar quaisquer dos documentos exigidos no item 5 deste Edital de Credenciamento; ou

6.2.2 apresentarem documentos em desconformidade com os parâmetros estabelecidos neste Edital de Credenciamento.

7. DA CONVOCAÇÃO DAS ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIO HABILITADAS PARA ASSINATURA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

7.1 As sociedades interessadas terão o Pedido de Credenciamento deferido caso atendam a todos os requisitos de habilitação previstos no item 4, conforme análise a ser realizada pela SEL, da CMPA.

7.2 Esgotado o prazo recursal previsto no item 11 deste Edital de Credenciamento, a empresa habilitada será convocada para assinatura do Termo de Credenciamento, conforme Anexo 7 deste Edital de Credenciamento.

7.3. O credenciado será notificado via *e-mail*, ou por correspondência privada, para, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados do recebimento desse documento, assinar o respectivo termo de credenciamento e, no mesmo prazo, retirar o instrumento equivalente, sob a pena de decair do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas no art. 81 da Lei Federal nº 8.666, de 1993, e alterações posteriores.

7.4. O prazo de convocação poderá ser prorrogado até o limite de 5 (cinco) dias úteis, quando solicitado pelas partes durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado, aceito pela SEL.

7.5. Como condição para celebração do termo de credenciamento e durante a execução do mesmo, a credenciada deverá manter as mesmas condições de habilitação exigidas neste Edital de Credenciamento.

7.6. A Diretoria Administrativa, da CMPA, mormente o Setor de Convênios e Estágios, acompanhará a execução e o recebimento dos serviços correspondentes ao termo de credenciamento.

7.7 Assinado o Termo de Credenciamento, o qual deverá conter os planos a serem disponibilizados, a credenciada poderá divulgar os planos aos potenciais beneficiários.

7.8. O termo de credenciamento poderá ser modificado mediante termo aditivo, no que couber, em razão de eventuais alterações na legislação federal que regulamenta a matéria.

8. DAS DESPESAS PROVENIENTES DO CREDENCIAMENTO

8.1 As despesas provenientes do credenciamento objeto deste Edital de Credenciamento dar-se-ão por meio de desconto em folha e repasse à conveniada.

8.2 Não haverá ônus ao orçamento da CMPA em face deste Credenciamento.

9. DO PRAZO DE VIGÊNCIA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

9.1 Para o fiel cumprimento das obrigações assumidas, será firmado termo de credenciamento com as administradoras de benefícios habilitadas, concretizando-se o credenciamento, com vigência de 60 (sessenta) meses consecutivos, contados a partir da data de sua assinatura, a qual será adaptada à proposta da administradora credenciada, sem prejuízo de rescisão ou antecipada.

10. DOS ESCLARECIMENTOS E DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO

10.1 Qualquer pessoa poderá pedir esclarecimentos referentes às dúvidas de ordem técnica, bem como aqueles decorrentes de interpretação deste Edital de Credenciamento, ou impugná-lo.

10.2 Os pedidos de esclarecimento, bem como as impugnações, deverão ser enviados à SEL por mensagem eletrônica, ao *e-mail* licita@camarapoa.rs.gov.br, informando "Pedido de Esclarecimento ao Edital de Credenciamento nº 01/2022, da CMPA", ou "Pedido de Impugnação ao Credenciamento nº 01/2022, da CMPA".

10.3 Não serão conhecidas as impugnações e os recursos subscritos por representante não habilitado legalmente ou não identificado no processo para responder pelo proponente.

10.4 Caberá à SEL, auxiliada pelo Setor de Convênios e Estágios, da CMPA, decidir sobre a impugnação no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas úteis, contadas da data do recebimento do pedido, respeitando a ampla defesa e o contraditório.

10.5 Acolhida a impugnação contra o ato convocatório, será revisado e republicado novo ato, com as alterações pertinentes.

10.6 As impugnações ou esclarecimentos recebidos e as respectivas respostas serão compilados e disponibilizados no *site* www.camarapoa.rs.gov.br/licitacoes.

11. DOS RECURSOS

11.1 Declarada a credenciada, qualquer administradora de benefícios poderá manifestar intenção e interpor recurso imediatamente e de forma motivada, exclusivamente via o *e-mail* licita@camarapoa.rs.gov.br, num prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados da disponibilização da decisão que se pretenda reformar.

11.2 O recurso indicará o número deste Edital de Credenciamento, qualificará o recorrente, qualificará o responsável firmatário do apelo e anexará via original ou cópia autenticada do instrumento concedente de poderes de representação, a menos que tal qualificação já conste no processo e esta não tenha sido a causa de desclassificação.

11.3 O recurso limitar-se-á a questões relativas à habilitação, considerando, exclusivamente, a documentação apresentada no ato de inscrição, não sendo considerado documento anexado em fase de recurso.

11.4 O prazo para apresentação de contrarrazões ao recurso interposto será de 5 (cinco) dias úteis, contados do término do prazo do recorrente, indicado no subitem 11.1 deste Edital de Credenciamento.

11.5 A ausência de manifestação de intenção de recorrer, de forma imediata, motivada e pelo *e-mail* licita@camarapoa.rs.gov.br, implica decadência do direito de recorrer e o não credenciamento.

11.6 Não serão aceitos recursos enviados fora do *e-mail* licita@camarapoa.rs.gov.br, bem como não serão aceitos recursos cujas alegações não se relacionem às razões indicadas pela administradora de benefícios recorrente.

11.7 O recurso contra decisão da SEL não terá efeito suspensivo, e o seu acolhimento importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

11.8 Os recursos e as contrarrazões recebidos e as respectivas respostas serão compilados e disponibilizados no *site* www.camarapoa.rs.gov.br/licitacoes.

11.9 A SEL terá o prazo de 3 (três) dias úteis para reconsiderar a decisão ou fazê-lo subir, devidamente informado, à autoridade superior, que terá até 3 (três) dias úteis para analisar e decidir.

12. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCRENCIAMENTO

12.1. A inexecução total ou parcial das cláusulas contratuais sujeitará o CREDENCIADO, garantida a prévia defesa, às sanções:

12.1.1. advertência e multa de acordo com a tabela abaixo, calculada em Unidades Financeiras Municipais (UFM) .

GRAU DA INFRAÇÃO	CORRESPONDÊNCIA
1	Advertência por escrito
2	Multa de 200 (duzentas) a 1000 (mil) UFM
3	Multa de 500 (quinhentas) a 2000 (duas mil) UFM
4	Multa de 1 (uma) a 10 (dez) UFM
5	Multa de 5 (cinco) a 20 (vinte) UFM

Item	Descrição	Grau	Referência
A)	Pela recusa do adjudicatário em assinar o CONTRATO, aceitar ou retirar o instrumento equivalente, no prazo estabelecido pela Administração, determinando o descumprimento total da obrigação	3	Por ocorrência.
B)	Pela inexecução total do CONTRATO	1+3	Por ocorrência.

C)	Pela inexecução parcial do CONTRATO (Para os casos não especificados nos itens seguintes)	1+2	Por ocorrência.
D)	Deixar de cumprir a orientação do Fiscal quanto à execução dos serviços	1	Por ocorrência.
E)	Deixar de manter as mesmas condições exigidas para a contratação, especialmente a regularidade trabalhista perante o FGTS e a Previdência Social.	1+2	Por ocorrência.
F)	Atraso na execução do serviço ou procedimento solicitado pelo médico assistente, a partir do primeiro dia de atraso além dos prazos estabelecidos pela Resolução Normativa da ANS nº 259/2011	5	Por dia.
G)	Atraso injustificado de até 5 dias no prazo de reembolso de custos de atendimento, conforme estabelecido pela Resolução Normativa ANS nº 259/2011	4	Por dia.
H)	Atraso injustificado, do sexto ao décimo dia, no prazo de reembolso de custos de atendimento, conforme estabelecido pela Resolução Normativa ANS nº 259/2011	5	Por dia.

12.1.2. suspensão temporária do direito de participar de licitação e impedimento de contratar com a CMPA por até 2 (dois) anos.

12.1.2.1 A sanção referida no subitem 12.1.2 desta cláusula dar-se-á por 3 (três) meses, em caso de prestação de serviços de baixa qualidade ou descumprimento de qualquer cláusula deste Termo que não esteja contemplada nas alíneas anteriores.

12.1.2.2 A sanção referida no subitem 12.1.2 desta cláusula dar-se-á por 4 (quatro) meses, em caso de não cumprimento de especificações técnicas.

12.1.2.3 A sanção referida no subitem 12.1.2 desta cláusula dar-se-á por 6 (seis) meses, em caso de indisponibilidade ou suspensão dos planos ofertados, ou a negativa de disponibilização dos serviços contratados por beneficiários.

12.1.3. declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a CREDENCIADA ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no subitem 12.1.2 deste Edital de Credenciamento.

12.2. Em caso de aplicação de reajuste de valores dos planos sem anuência da CMPA, será aplicada multa equivalente ao dobro do percentual de reajuste aplicado indevidamente, a cada mês que for constatada a majoração dos valores cobrados aos beneficiários, que será calculada sobre a receita contratual do mês imediatamente anterior.

12.3. As multas poderão ser aplicadas isolada ou cumulativamente.

12.4. O valor das multas, eventualmente aplicadas, em hipótese alguma será devolvido à CREDENCIADA, mesmo que o evento causador venha a ser recuperado.

12.5. O valor referente às multas e às indenizações será descontado de quaisquer créditos que a CREDENCIADA eventualmente possua com a CMPA, sem prejuízo de cobrança judicial.

13. DA PUBLICIDADE

13.1. Este Edital de Credenciamento será publicado no no *site* da CMPA – www.camarapoa.rs.gov.br e no *site* do Diário Oficial Eletrônico do Município de Porto Alegre (DOPA-e).

13.2. Os avisos deste Edital de Credenciamento e o resultado do julgamento das propostas serão publicados no *site* da CMPA – www.camarapoa.rs.gov.br/licitacoes, no DOPA-e e no Jornal do Comércio.

13.3 Constitui inteira responsabilidade do interessado o acompanhamento das informações relativas ao processo de credenciamento estabelecido neste Edital de Credenciamento, bem como dos resultados divulgados.

14. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

14.1 A autoridade administrativa poderá revogar o presente processo de credenciamento por razões de interesse público decorrentes de fato superveniente, devidamente comprovado, podendo também anulá-lo, sem que caiba às interessadas o direito a qualquer indenização, reembolso ou compensação.

14.2 Nenhuma indenização será devida aos participantes em face de elaboração ou apresentação de documentação relativa a este Edital de Credenciamento ou, ainda, por qualquer outro motivo alegado em relação a este processo de credenciamento.

14.3 A inexistência de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificadas posteriormente, sopesada a gravidade ante o caso concreto, poderá ensejar a eliminação do interessado do processo de credenciamento, anulando-se a inscrição, bem como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal.

14.4 É facultado à SEL, em qualquer fase do credenciamento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo.

14.5 Este Edital de Credenciamento vigorará permanentemente, a partir da data de sua assinatura, a fim de garantir o ingresso de novos interessados a qualquer tempo.

15. DOS ANEXOS

15.1. Integram este Edital de Credenciamento os seguintes documentos:

15.1.1 Anexo 1 – Especificações do Objeto –;

15.1.2 Anexo 2 – Relação de Distribuição por Faixa Etária dos Servidores Titulares – Ativos e Inativos –, seus Dependentes e Pensionistas –;

15.1.3 Anexo 3 – Declaração de Que Não Foi Declarada Inidônea ou Impedida de Licitar e Contratar com o Poder Público –;

15.1.4 Anexo 4 – Declaração de Que Cumpre o Inc. XXXIII do *Caput* do Art. 7º da Constituição Federal –;

15.1.5 Anexo 5 – Declaração Negativa de Doação Eleitoral –;

15.1.6 Anexo 6 – Declaração de Adequada Cobertura –;

15.1.7 Anexo 7 – Minuta do Termo de Credenciamento –; e

15.1.8 Anexo 8 – Informações para Assinatura do Termo de Credenciamento.

Município de Porto Alegre.

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2022, DA CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE.

PROCESSO SEI Nº 011.00036/2021-15

ANEXO 1

ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO

1. Termos Técnicos

1.2 Para fins deste Edital de Credenciamento, consideram-se:

1.2.1. "usuários" os inscritos no Plano de Assistência à Saúde na condição de beneficiários titulares, dependentes, pensionistas ou agregados;

1.2.2 "beneficiários titulares" os vereadores, os servidores ativos, os servidores inativos e os estagiários da CMPA;

1.2.3 "beneficiários dependentes" os familiares dos vereadores, os familiares dos servidores e os familiares dos estagiários, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Edital de Credenciamento;

1.2.4 "pensionista" o beneficiário de pensão de Instituidores de Pensão na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste;

1.2.5 "agregado" aquele vinculado ao titular, na qualidade de parente, que não atende à condição de dependente, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, observado o subitem 1.2.1 deste rol;

1.2.6 "rede credenciada" os hospitais, os centros médicos, os consultórios, as clínicas, os laboratórios, os médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do plano de assistência à saúde pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos;

1.2.7 "administradora de benefícios" a empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para atuar como Administradora dos benefícios de planos de saúde ofertados pelas operadoras, com a qual a CMPA celebrará Acordo de Parceria, devendo disponibilizar no mínimo 1 (uma) operadora que assegure assistência odontológica e no mínimo 1 (uma) operadora de planos de saúde nacionais particular, do tipo coletivo empresarial, para serviços de assistência médico-hospitalar, podendo, ainda, apresentar operadoras com produtos regionais, podendo ser diferentes operadoras para planos odontológicos e de saúde;

1.2.8 "plano básico" plano ambulatorial e hospitalar, com acomodação em enfermaria;

1.2.9 "plano especial" plano que inclui, além dos itens do plano básico, acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante, cobertura de despesas com alimentação, roupas de cama e de banho;

1.2.10 "plano especial plus" compreende as mesmas coberturas do plano especial, acrescido da rede diferenciada, sendo de hospitais de alto custo;

1.2.11 "UTI móvel" compreende a prestação de assistência de pronto socorro móvel de emergência médica, para todos os tipos de planos, na forma disciplinada neste Edital de Credenciamento;

1.2.12 "remoção" o deslocamento dos usuários para atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Edital de Credenciamento, de acordo com a Resolução Normativa da ANS nº 259, de 17 de junho de 2011, e alterações posteriores, para garantir os prazos máximos de atendimento;

1.2.13 "operadora de plano de saúde" a empresa responsável pela prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com cobertura em todo território nacional, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 1998 com suas alterações; pelas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, nº 309, de 24 de outubro de 2012, nº 196, de 2009, nº 195, de 2009, e alterações posteriores; e orientações e especificações técnicas constantes neste Edital de Credenciamento e demais Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

1.2.14 "coparticipação" o valor que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

2. Beneficiários

2.1. São considerados beneficiários titulares os vereadores, os servidores ativos, os servidores inativos, os estagiários e os pensionistas, da CMPA.

2.1.1 No caso dos pensionistas, somente será assegurado o direito à inclusão no plano de assistência à saúde ao beneficiário que já configure como dependente no plano de saúde do servidor antes da data do falecimento.

2.2. São considerados beneficiários dependentes:

2.2.1 o cônjuge ou o(a) companheiro(a) de união estável;

2.2.2 o(a) companheiro(a) na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união;

2.2.3 a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;

2.2.4 os filhos e os enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

2.2.5 os filhos e os enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do beneficiário titular e, concomitantemente, estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC);

2.2.6 o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos subitens 2.2.4 e 2.2.5 destas Especificações do Objeto; e

2.2.7 o pai ou o padrasto e a mãe ou a madrasta, dependentes economicamente de vereador, servidor ativo, servidor inativo ou estagiário, da CMPA, conforme declaração anual de Imposto de Renda, e que constem no seu assentamento funcional, desde que o próprio vereador, servidor ou estagiário assumam o valor do custeio, observados os mesmos valores com ele contratados.

2.3 A existência do dependente constante nos subitens 2.2.1 e 2.2.2 destas Especificações do Objeto inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante do subitem 2.2.3 destas Especificações do Objeto.

2.4 Somente o vereador, o servidor ativo, o servidor inativo e o estagiário, da CMPA, poderão inscrever beneficiário na condição de dependente.

2.5. A administradora de benefícios poderá admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde pertencente ao grupo familiar do beneficiário titular, desde que o titular assumam integralmente o respectivo custeio.

2.5.1 Para fins do item 2.5 destas Especificações do Objeto, são considerados membros do grupo familiar do vereador, do servidor e do estagiário:

2.5.1.1 mãe, pai, madrasta e padrasto que não satisfaçam as condições do subitem 2.2.7 destas Especificações do Objeto;

2.5.1.2 os filhos e os enteados que não satisfaçam as condições dos subitens 2.2.4 e 2.2.5 destas Especificações do Objeto;

2.5.1.3 os irmãos; e

2.5.1.4 os netos.

3. Coparticipação nos Custeios dos Serviços

3.1. Caso o plano contratado possua coparticipação financeira nos custeios dos serviços, o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia, no percentual definido pela tabela de referência da operadora, vigente à data do evento.

3.2. A participação no custo dos serviços utilizados poderá ser cobrada mediante autorização de débito em conta corrente ou mediante boleto bancário.

3.3. Quando o beneficiário titular solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde a que estiver vinculado, será exigida a quitação de eventuais débitos de contribuição ou participação, ou de ambos.

4. Inclusão e Reinclusão nos Planos de Assistência à Saúde

4.1. Poderão aderir aos planos de assistência à saúde apresentados pelas administradoras de benefícios credenciadas pela CMPA os vereadores, os servidores ativos, os servidores inativos, os estagiários e os pensionistas, da CMPA, mediante manifestação expressa junto à administradora de benefícios.

4.1.1 No caso dos pensionistas, somente será assegurado o direito à inclusão no plano de assistência à saúde ao beneficiário que já configure como dependente no plano de saúde do servidor antes da data do falecimento.

4.2. É voluntária a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata estas Especificações do Objeto.

4.3. Os vereadores, os servidores ativos, os servidores inativos e os estagiários, da CMPA, bem como seus dependentes, e os pensionistas da CMPA disporão do prazo de 60 (sessenta) dias, contados da contratação da administradora de benefícios, para aderirem aos planos de assistência à saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados.

4.3.1 Após o prazo referido no item 4.3 destas Especificações do Objeto, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no item 6 destas especificações do objeto.

4.4. Os pensionistas disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da contratação da administradora de benefícios, para solicitar suas inclusões no plano de assistência à saúde, desde que já configure como dependente no plano de saúde do servidor falecido, ficando isentos de carência para usufruírem dos serviços contratados.

4.4.1 Após o prazo referido no item 4.4 destas Especificações do Objeto, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no item 6 destas Especificações do Objeto.

4.5. Os pensionistas e demais beneficiários de titular falecido durante a vigência do contrato poderão permanecer no plano de assistência à saúde de que trata estas Especificações do Objeto, desde que façam a opção por permanecer como beneficiário do plano junto à administradora de benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, a contar da publicação do ato de concessão da pensão.

4.5.1 Após o prazo referido no item 4.5 destas Especificações do Objeto, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no item 6 destas Especificações do Objeto.

4.6. Os servidores ativos da CMPA incluídos no plano de assistência à saúde não serão excluídos ao passarem à inatividade, salvo se solicitarem expressamente sua exclusão à administradora de benefícios, o que implicará a exclusão também de seus dependentes e agregados.

4.7. Os dependentes que adquirirem essa condição após a inclusão de vereador, servidor ativo, servidor inativo ou estagiário, da CMPA, interessadas no plano de assistência à saúde, em face de casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade, terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no citado plano, sob pena do cumprimento da carência prevista no item 6 destas especificações do objeto.

4.8. Fica sujeita à carência prevista no item 6 destas especificações do objeto a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada por vereador, servidor ativo, servidor inativo, estagiário, seus dependentes e pensionistas, da CMPA, ou por perda da condição de dependente.

4.9. É garantida aos servidores exonerados de cargos efetivos e comissionados a manutenção no Plano de Saúde, após a perda do vínculo com a CMPA, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

4.9.1 No caso de o servidor desejar a manutenção do plano, este deverá solicitar junto à Administradora de Benefícios, caso contrário, considerar-se-á excluído conforme item 5.1.

4.10. Poderá a administradora de benefícios manter o vereador e o servidor requisitado como beneficiário do plano de saúde após a perda do vínculo com a CMPA, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

4.11. A solicitação de inscrição de beneficiários no plano de assistência à saúde poderá ser efetuada a qualquer dia do mês, sendo que o início da cobertura assistencial e da contagem dos períodos de carência será o 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da inscrição.

4.12. Caberá ao vereador, ao servidor, ao estagiário ou ao pensionista a apresentação de documentos que comprovem seu vínculo com a CMPA, bem como de seus dependentes, indicando a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos dependentes com os servidores, quando solicitados pela administradora de benefícios.

4.13. A solicitação de exclusão de beneficiário do plano de saúde poderá ocorrer a qualquer tempo a pedido do titular do plano conforme a RN da ANS nº 412, de 10 de novembro de 2016.

4.14. Poderá haver transferência de plano inferior para superior, ou vice-versa, desde que obedecidas as condições estabelecidas pelas operadoras disponibilizadas pelas administradoras.

5. Desligamento do Plano de Assistência à Saúde

5.1 A exclusão do titular no Plano de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, licença sem vencimento, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, falecimento e outras situações previstas em Lei.

5.2 No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o vereador ou servidor poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde, devendo assumir, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas.

5.3 A administradora de benefícios poderá promover a rescisão unilateral do contrato de vereador, servidor ativo ou inativo, seus dependentes e pensionistas, por fraude ou inadimplência, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o usuário seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia da inadimplência.

5.4 Não caberá à CMPA a responsabilidade pelo inadimplemento dos usuários, em qualquer hipótese, mesmo que subsidiariamente.

5.5 É responsabilidade do beneficiário titular solicitar formalmente à administradora de benefícios a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

5.6 Os beneficiários titulares excluídos do plano de assistência à saúde serão responsáveis pela devolução imediata de sua carteira de identificação, bem como a de seus dependentes e dos demais vinculados, se houver, à administradora de benefícios.

6. Carência

6.1 Para o fim de migração de plano, não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios do plano de assistência à saúde novo dos vereadores, dos servidores e dos estagiários, da CMPA, já assistidos por outros planos, observadas as coberturas dos planos anteriores.

6.2.1 Os beneficiários não amparados pelo disposto no item 6.1 deste rol cumprirão as carências que seguem, conforme estabelecido pela ANS:

6.2.1.1 24 (vinte e quatro) horas corridas, em caso de urgência, entendidos como acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional, ou emergência, entendidos como os de risco imediato à vida ou lesões irreparáveis;

6.2.1.2 300 (trezentos) dias corridos, em caso de parto a termo, excluídos o prematuro ou o decorrente de complicações no processo gestacional; e

6.2.1.3 180 (cento e oitenta) dias corridos, nos demais casos.

7. Portabilidade de Carências

7.1 A portabilidade de carências dar-se-á de acordo com a norma de vigência estabelecida pela ANS.

8. Benefícios

8.1 As operadoras de plano de saúde contratadas pela administradora de benefício deverão cobrir, no mínimo, os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, assim como na RN Nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, ou normas posteriores, ou todas.

9. Exclusões

9.1 As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei Federal nº 9.656, de 1998, e alterações posteriores, e nas Resoluções da ANS.

10. Urgências e Emergências

10.1 Atendimentos de emergência e urgência, conforme descritos a seguir:

10.1.1 considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação; e

10.1.2 considera-se atendimento de emergência o evento que implique risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

10.2 São assegurados os atendimentos de urgência e emergência após as primeiras 24 (vinte e quatro) horas, contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e os procedimentos destinados à preservação da vida, dos órgãos e das funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

10.2.1 o plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por, pelo menos, 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação;

10.2.2 caberão às operadoras de plano de saúde contratadas pela administradora de benefícios o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS) que disponha de serviço de urgência ou emergência, ou de ambos, visando à continuidade do atendimento, em caso de necessidade não abrangida pelo plano contratado pelo usuário.

10.2.3 Excepcionalmente, o beneficiário poderá contratar plano que contenha cláusula de extensão da cobertura assistencial, por prazo determinado, limitado a 30 (trinta) dias, no caso de urgência e emergência, quando em serviço fora da área de abrangência ou no exterior.

11. Reembolso

11.1 Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados ao beneficiário com assistência à saúde em território nacional, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras de plano de saúde contratadas pela administradora de benefícios, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, e sempre que:

11.1.1 o serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento; ou

11.1.2 se configurar urgência ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento.

11.2 O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da tabela de referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.

11.3 Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratadas pela administradora de benefícios, tais como greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser feito integralmente pelas operadoras de plano de saúde contratadas pela administradora de benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

11.4 Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de plano de saúde contratadas pela administradora de benefícios os seguintes documentos:

11.4.1 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;

11.4.2 recibos de pagamento dos honorários médicos;

11.4.3 relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e

11.4.4 laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

11.5 Para fins de reembolso, o usuário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

12. Remoção

12.1. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente – do hospital de origem para o hospital de destino –, em caso de ser comprovadamente necessária e dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

12.2. Em caso de urgência ou emergência, em que o paciente não tenha direito à internação devido à carência, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

12.2.1. na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus;

12.2.2. as operadoras contratadas pela administradora de benefícios deverão disponibilizar ambulância terrestre e aérea, nos casos em que houver disponibilização pelas operadoras contratadas e o beneficiário tiver contratado produto que contemple esse benefício, com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

13. Acomodações

13.1. Nas acomodações, será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede credenciada pelas operadoras contratadas pela administradora de benefícios, dependendo do tipo de plano aderido, independente da terminologia usada pelas instituições hospitalares, conforme a seguir:

13.1.1 Plano Básico, constando do plano ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria;

13.1.2 Plano Especial, constando das coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo, com direito a acompanhante; e

13.1.3 Plano Especial Plus, constando das mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada, entendida como a de hospitais de alto custo.

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

13.3. Os planos deverão ser oferecidos na modalidade com ou sem a coparticipação, ou em ambas, em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

13.4. A administradora de benefícios poderá ofertar, adicionalmente aos produtos apresentados, para atender às exigências destas Especificações do Objeto, outros planos de saúde com condições contratuais diferenciadas, desde que observados os requisitos mínimos exigidos na legislação.

14. UTI Móvel (Pronto-Socorro Móvel)

14.1. Atendimento imediato para os casos de quadros clínicos agudos que impliquem risco de morte.

14.1.1 As características e as condições da assistência incluem a presença, no local onde o paciente se encontre, de uma equipe, composta por 1 (um) médico especialista e pessoal técnico auxiliar, com todos os equipamentos e medicamentos necessários para tratar as emergências e suas possíveis complicações.

14.1.1.1 O tratamento se prolongará até a estabilização do paciente, e, caso seja indicado, proceder-se-á à remoção deste até um centro de tratamento definitivo, estruturado, para evitar o risco vital.

14.1.1.2 A equipe referida no subitem 14.1.1 será liderada pelo médico especialista que a compõe.

14.2. São considerados quadros clínicos de emergência:

14.2.1 cardiovasculares os que apresentarem parada cardíaco-respiratória, infarto agudo do miocárdio, angina "pectoris", edema agudo de pulmão, arritmias ou acidente vascular cerebral;

14.2.2 respiratórios os que apresentarem insuficiência respiratória aguda ou crise asmática;

14.2.3 neurológicos os que apresentarem síncope, convulsão ou coma;

14.2.4 comas metabólicos;

14.2.5 politraumatismos graves;

14.2.6 afogamentos;

14.2.7 choques elétricos;

14.2.8 intoxicações graves;

14.2.9 anafilaxia; e

14.2.10 qualquer outra situação que comprometa severamente 1 (um) ou mais sistemas vitais.

14.3. A solicitação do atendimento por meio de UTI móvel deverá ser requerida por meio de central telefônica, que atenderá às solicitações de serviços sem interrupções, durante as 24 horas, em todos os dias.

15. Rede Credenciada

15.1. As operadoras de plano de saúde contratadas pelas administradoras de benefícios deverão:

15.1.1 oferecer rede credenciada de assistência odontológica ou médico-hospitalar (hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do plano, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos) com área de abrangência nacional, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos da ANS;

15.1.2 oferecer os serviços de UTI Móvel em todas as cidades em que exista rede credenciada; e

15.1.3 manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta.

16. Obrigações

16.1. São obrigações da administradora de benefícios:

- 16.1.1 disponibilizar aos beneficiários da COMP, no mínimo, 1 (uma) operadora prestadora dos serviços de assistência médico-hospitalar, devidamente registrada na ANS, que disponibilize cobertura nacional, podendo, ainda, apresentar operadora com produtos estaduais e regionais, e 1 (uma) operadora que assegure assistência odontológica, podendo ser a mesma empresa ou empresas diferentes;
- 16.1.2 fiscalizar, defendendo os interesses dos beneficiários, as operadoras contratadas quanto aos aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere à alteração da rede credenciada;
- 16.1.3 realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar e ambulatorial aos beneficiários da COMP;
- 16.1.4 orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas na legislação de Saúde Suplementar e as do termo de credenciamento;
- 16.1.5 exigir dos beneficiários documento que comprove seu vínculo com a COMP, bem como, quanto aos dependentes, que comprove sua dependência;
- 16.1.6 efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;
- 16.1.7 assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços e, na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, impedindo a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- 16.1.8 efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva disponibilizados pelas operadoras contratadas pela administradora de benefícios para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- 16.1.9 efetivar, por conta e ordem dos beneficiários, a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar e ambulatorial, na forma especificada na proposta de adesão dos beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;
- 16.1.10 apresentar aos beneficiários, mensalmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante as operadoras de planos de saúde;
- 16.1.11 informar aos beneficiários reajuste ou modificação, ou ambos, dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de plano de saúde contratadas pela administradora de benefícios;
- 16.1.12 elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;
- 16.1.13 executar, quando solicitado pela COMP, ações de saúde preventiva, bem como de qualidade de vida dos servidores e de seus dependentes, sem ônus financeiro para a COMP;
- 16.1.14 em caso de reajuste de preços dos planos, intervir com as operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, auxiliando-as e negociando em favor dos beneficiários;
- 16.1.15 disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- 16.1.16 comunicar o término da cobertura dos planos, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, aos beneficiários titulares e aos beneficiários dependentes filhos, enteados e menor sob guarda, quando atingirem a idade limite de 21 anos ou, para estudantes, 24 anos;
- 16.1.17 proteger os sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a RN ANS nº 255, de 18 de maio de 2011;
- 16.1.18 comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;
- 16.1.19 emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela fiscalização, com os seguintes dados:
- 16.1.19.1 perfil demográfico da carteira;
- 16.1.19.2 relatório de sinistralidade;
- 16.1.19.3 indicadores sobre a utilização:
- 16.1.19.3.1 beneficiários; e
- 16.1.19.3.2 prestadores;
- 16.1.19.4 casos crônicos e de risco:
- 16.1.19.4.1 identificação de casos crônicos; e
- 16.1.19.4.2 descrição das patologias.

16.2. São obrigações das operadoras de planos de saúde contratadas pelas administradoras de benefícios:

16.2.1. além de cumprir as responsabilidades resultantes do termo de credenciamento, cumprir os dispositivos da Lei Federal nº 9.656, de 1998, e alterações posteriores, da RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, da RN nº 195, de 2009, e alterações posteriores, e demais normativos da ANS;

16.2.2 oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;

16.2.3 efetuar o pagamento do reembolso de acordo com os valores da tabela de referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial;

16.2.4 em caso de greves ou paralisações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratadas pela administradora de benefício, observar para que essas operadoras efetuem ao beneficiário o reembolso integral das despesas por esse efetuadas com serviços de assistência à saúde, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

16.2.5 zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados;

16.2.6 não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência da prestação de serviços;

16.2.7 fornecer, gratuitamente, aos usuários do programa de assistência à saúde a 1ª via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo plano aderido pelo beneficiário;

16.2.8 fornecer, gratuitamente, aos usuários do programa de assistência à saúde manual de normas e procedimentos, no qual deverá constar a rede credenciada de assistência médico-hospitalar, constando de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas operadoras contratadas pela administradora de benefícios;

16.2.9 manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a administradora de benefícios;

16.2.10 fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários;

16.2.11 assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as preexistentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e suas complicações;

16.2.12 possuir a facilidade “disque 24 horas”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários;

16.2.13 no caso de rescisão unilateral, manter os planos firmados pelos usuários pelo período mínimo de 60 (sessenta) dias a contar da informação sobre a rescisão, bem como a manutenção da prestação em relação aos segurados que, na ocasião, estejam submetidos a tratamento médico de emergência ou de urgência garantidor da sua sobrevivência e/ou incolumidade física; e

16.2.14 atuar em conformidade com as obrigações relativas à Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), e alterações posteriores –, sob pena de responsabilização em caso de infração às suas disposições.

16.3 Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde de que tratam os subitens 16.2.3 e 16.2.4 destas especificações, deverão apresentar às operadoras de plano de saúde contratadas pela administradora de benefícios os seguintes documentos:

16.3.1 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;

16.3.2 recibos de pagamento dos honorários médicos;

16.3.3 relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e

16.3.4 laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

16.4. São obrigações da Câmara Municipal de Porto Alegre:

16.4.1 colocar à disposição da administradora benefícios informações e dados cadastrais dos beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;

16.4.2 permitir à administradora benefícios a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

16.4.3 permitir aos profissionais da administradora de benefícios o acesso às dependências da COMP, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do termo de credenciamento;

16.4.4 acompanhar e fiscalizar a execução dos termos de acordos, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento; e

16.4.5 acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes perante as administradoras.

17. Requisitos Técnicos para Assinatura do Termo de Credenciamento

17.1. As empresas administradoras de benefícios interessadas em firmar termo de credenciamento com a COMP deverão cumprir as seguintes condições:

17.1.1. estar devidamente registrada na ANS como administradora de benefícios, conforme exigência da RN ANS nº 196, de 2009, e possuir autorização de funcionamento;

17.1.2. estipular plano(s) de operadora(s) prestadora(s) dos serviços de saúde, devidamente registrada(s) na ANS, a(s) qual(is) deverá(ão) prestar os respectivos serviços aos beneficiários da COMP, contemplando as regras estabelecidas nestas Especificações do Objeto, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários;

17.1.3. apresentar preços dos planos de saúde, incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços;

17.1.4. comprovar, por meio de atestados de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadoras devidamente registradas na ANS;

17.1.5. apresentar declaração expedida por entidades públicas ou privadas, em que demonstre a permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde;

17.1.6. apresentar certidão expedida pela ANS demonstrando que a empresa atende às exigências de ativos garantidores, exigível na forma da lei, constantes da RN ANS nº 203, de 1º de outubro de 2009;

17.1.7. declarar que dispõe de rede credenciada para atender aos beneficiários da COMP, na forma exigida nestas Especificações do Objeto;

17.1.8. apresentar à COMP os termos de contratos, acordos ou ajustes celebrados com as operadoras disponibilizadas, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e comprove o conhecimento das condições do termo de credenciamento que vier a ser assinado com a COMP.

18. Disposições Gerais

18.1. Serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as preexistentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e suas complicações, respeitadas as situações de cobertura parcial temporária na forma prevista na RN 162, de 17 de outubro de 2007, e alterações posteriores.

18.2. A administradora de benefícios deverá possuir, na data de assinatura do termo de credenciamento, central de atendimento, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

18.3. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço das operadoras de plano de saúde contratadas pelas administradoras de benefícios, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo às operadoras efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

18.4. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão das operadoras de plano de saúde contratadas pelas administradoras de benefícios do programa de assistência à saúde.

18.5. As operadoras de plano de saúde contratadas pelas administradoras de benefícios poderão exigir autorização prévia para a realização de procedimentos, conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade desses mecanismos a seus segurados.

18.6. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes

de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

18.7. Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade das operadoras de plano de saúde contratadas pelas administradoras de benefícios durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

18.8. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

18.9. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

18.10. O pagamento ao credenciado poderá ser feito por canal de consignação para desconto em folha, cabendo à contratada a responsabilidade de solicitar o canal junto à PROCEMPA.

18.11. Os casos omissos serão dirimidos pela COMPA em conjunto com a administradora de benefícios.

19. Informações

19.1 Em caso de dúvida, as empresas interessadas em participar do credenciamento de que trata este Edital poderão entrar em contato com a COMPA pelo telefone (51)3220-4314, de segunda a sexta-feira, exceto feriados, das 8h30min às 12h30min e das 13h30min às 17h, ou pelo *e-mail* licita@camarapoa.rs.gov.br.

19.2 Em caso de não solicitação de esclarecimentos e informações, pressupõe-se que os elementos fornecidos são suficientemente claros e precisos, não cabendo, portanto, posteriormente, o direito a qualquer reclamação.

20. Fiscalização da COMPA

20.1 Ficam estabelecidas como fiscais executivas da COMPA quanto ao atendimento do objeto deste certame as servidoras Raquel Valim Ceccon – titular – e Valeria Arminda da Mota – suplente.

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2022, DA CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE.

PROCESSO SEI Nº 011.00036/2021-15

ANEXO 2

RELAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA DOS SERVIDORES TITULARES – ATIVOS E INATIVOS –, SEUS DEPENDENTES E PENSIONISTAS

Idade	Quantidade de Servidores Ativos
Até 18 anos	1 (um)
De 19 a 23 anos	6 (seis)
De 24 a 28 anos	40 (quarenta)
De 29 a 33 anos	58 (cinquenta e oito)
De 34 a 38 anos	74 (setenta e quatro)

De 39 a 43 anos	73 (setenta e três)
De 44 a 48 anos	65 (sessenta e cinco)
De 49 a 53 anos	70 (setenta)
De 54 a 58 anos	77 (setenta e sete)
59 ou mais	130 (cento e trinta)

Idade	Quantidade de Servidores Inativos
Até 18 anos	
De 19 a 23 anos	
De 24 a 28 anos	
De 29 a 33 anos	
De 34 a 38 anos	
De 39 a 43 anos	
De 44 a 48 anos	
De 49 a 53 anos	
De 54 a 58 anos	
59 ou mais	

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2022, DA CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE.

PROCESSO SEI Nº 011.00036/2021-15

ANEXO 3

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO FOI DECLARADA INIDÔNEA OU IMPEDIDA DE LICITAR E CONTRATAR COM O PODER PÚBLICO

A empresa _____, inscrição no CNPJ nº _____, por meio de seu representante legal – cargo ocupado –, senhor (a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, para fins de direito, na qualidade de PROPONENTE no Credenciamento instaurado pela CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, Proc. SEI nº 011.00036/2021-15, que não foi declarada INIDÔNEA ou impedida de licitar e contratar com o PODER PÚBLICO, em qualquer de suas esferas.

Por ser a expressão da verdade, firma a presente.

Município de Porto Alegre, _____ de _____ de 2023.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL E CARIMBO DA EMPRESA

(Se PROCURADOR, anexar cópia da PROCURAÇÃO, autenticada ou com o original, para que se proceda à autenticação.)

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2022, DA CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE.

PROCESSO SEI Nº 011.00036/2021-15

ANEXO 4

DECLARAÇÃO DE QUE CUMPRE O INC. XXXIII DO CAPUT DO ART. 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

A empresa _____, inscrição no CNPJ nº _____, por meio de seu representante legal – cargo ocupado –, senhor(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, para fins de cumprimento ao disposto no inc. XXXIII do *caput* do art. 7º da Constituição Federal, na qualidade de PROPONENTE no Credenciamento instaurado pela CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, Proc. SEI nº 011.00036/2021-15, que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 (dezesesseis) anos, bem como que comunicará à Administração Municipal (CMPA) qualquer fato ou evento superveniente que altere a atual situação.

(*) Ressalva: () emprega menor, a partir de 14 (quatorze) anos, na condição de aprendiz.

Município de Porto Alegre, _____ de _____ de 2023.

(*) Em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL E CARIMBO DA EMPRESA

(Se PROCURADOR, anexar cópia da PROCURAÇÃO, autenticada ou com o original, para que se proceda à autenticação.)

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2022, DA CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE.

PROCESSO SEI Nº 011.00036/2021-15

ANEXO 5

DECLARAÇÃO NEGATIVA DE DOAÇÃO ELEITORAL

A empresa _____, inscrição no CNPJ nº _____, por meio de seu representante legal – cargo ocupado –, senhor(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, nos termos da Lei Municipal nº 11.925, de 2015, DECLARA que, nos últimos 4 (quatro) anos, não efetuou doação em dinheiro, ou de bem estimável em dinheiro, para partido político ou campanha eleitoral de candidato a cargo eletivo, estando CIENTE de que, após a assinatura deste documento e durante a vigência do contrato, não poderá, igualmente, fazê-lo.

_____, _____ de _____ de 2023.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL E CARIMBO DA EMPRESA

(Se PROCURADOR, anexar cópia da PROCURAÇÃO, autenticada ou com o original, para que se proceda à autenticação.)

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2022, DA CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE.

PROCESSO SEI Nº 011.00036/2021-15

ANEXO 6

DECLARAÇÃO DE ADEQUADA COBERTURA

A empresa _____ – administradora de benefícios –, inscrição no CNPJ nº _____, por meio de seu representante legal – cargo ocupado –, senhor(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA que se compromete a oferecer adequada cobertura de assistência à saúde complementar aos servidores da CMPA e seus dependentes, bem como a seus pensionistas, durante toda a vigência do Termo de Credenciamento, mediante disponibilização de planos de abrangência geográfica nacional e regional, por intermédio de operadora ou conjunto de operadoras, em conformidade com a dispersão geográfica dos servidores e sua faixa etária, conforme este Edital de Credenciamento, inclusive Anexos.

_____, _____ de _____ de 2023.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL E CARIMBO DA EMPRESA

(Se PROCURADOR, anexar cópia da PROCURAÇÃO, autenticada ou com o original, para que se proceda à autenticação.)

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2022, DA CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE.

PROCESSO SEI Nº 011.00036/2021-15

ANEXO 7

MINUTA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

Termo de credenciamento celebrado entre a Câmara Municipal de Porto Alegre (CMPA) e a empresa _____ para oferecimento de planos privados de assistência à saúde

coletivos empresariais para vereadores, servidores ativos, servidores inativos, estagiários, bem como seus dependentes, e os pensionistas da COMP, conforme Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e alterações posteriores, e Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme Processo SEI nº 011.00036/2021-15.

A CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, com sede nesta Capital, na Av. Loureiro da Silva, 255, inscrita no CNPJ nº 89.522.437/0001-07, neste instrumento designada COMP, representada por seu presidente, vereador HAMILTON SOSSMEIER, CPF nº 152.302.870-04, e a empresa _____, com sede em _____, inscrita no CNPJ/MF nº _____, doravante designada CREDENCIADA, neste ato representada por seu _____, Sr. _____, CPF nº _____, tendo em vista o que consta do Processo SEI nº 011.00036/2021-15, têm entre si, justo e acordado, o constante das cláusulas seguintes.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constitui o objeto do presente credenciamento a possibilidade de oferecimento de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais, em regime semiprivativo com opção individual para o regime privativo, nas segmentações médica, serviços de apoio de diagnóstico e terapêutico, pronto atendimento ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, atendimento de urgência e emergência, incluindo remoções e exames complementares sob a modalidade de mensalidade pré-fixada para os vereadores, os servidores ativos, os servidores inativos, os estagiários, bem como seus dependentes, e os pensionistas da COMP, nos termos da legislação específica a normativas da ANS.

1.2. As sociedades credenciadas deverão ofertar, no mínimo, 1 (uma) opção de produtos de Plano de Saúde.

1.3. As condições gerais para o credenciamento encontram-se na parte normativa deste Edital de Credenciamento, que deverá ser entregue assinado concomitantemente à assinatura deste Termo de Credenciamento.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS BASES DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

2.1 Os serviços e demais obrigações estipulados neste Termo de Credenciamento baseiam-se nos seguintes documentos, os quais independem de transcrição e passam a fazer parte integrante deste, em tudo o que não os contrariar:

2.1.1 art. 25, *caput*, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e alterações posteriores;

2.1.2. Lei Federal nº 9.656, de 1998, e alterações posteriores; e

2.1.3. Edital de Credenciamento nº 01/2022, da COMP.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS PREÇOS

3.1 A CREDENCIADA oferecerá aos beneficiários, no mínimo, os seguintes planos, com valores descritos conforme descrito em sua proposta de habilitação:

3.1.1 _____;

3.1.2 _____;

3.2 É permitido o oferecimento de novos planos, mediante formalização de termo aditivo a este Termo de Credenciamento.

3.3 É permitida a concessão de qualquer desconto ou abatimento, seja de caráter temporário ou permanente, nos planos acima descritos, a qualquer tempo, mediante simples comunicação escrita à COMP.

3.4. É permitida, também, a negociação de condições mais vantajosas, individualmente, de responsabilidade exclusiva da CREDENCIADA.

CLÁUSULA QUARTA – DA COBRANÇA E DO PAGAMENTO

4.1. A cobrança pela CREDENCIADA será realizada mediante os meios de pagamento disponibilizados pela administradora e previamente indicada e autorizada pelo beneficiário na Proposta de Adesão ao Plano de Assistência Médica escolhido, observados os subitens 4.2 e 4.3 desta cláusula.

4.2. A COMP efetuará a cobrança das mensalidades dos produtos de saúde contratados pelos beneficiários, observando o limite da margem consignada, mediante consignação em folha de pagamento, repassando à Administradora o valor devido.

4.3. A COMP encaminhará à administradora a relação de beneficiários que não tiveram desconto da mensalidade em folha de pagamento, para que a administradora providencie a cobrança.

CLÁUSULA QUINTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

5.1. Este Termo de Credenciamento vigorará por um período de 60 (sessenta) meses consecutivos, contados a partir da data da sua assinatura, sem prejuízo de resilição ou rescisão antecipada.

CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DA COMP

6.1. São obrigações da COMP:

6.1.1 efetuar a cobrança das mensalidades dos produtos de saúde contratados pelos beneficiários, observando o limite da margem consignada, mediante consignação em folha de pagamento, repassando à administradora o valor devido;

6.1.2. encaminhar à administradora a relação de beneficiários que não tiveram desconto da mensalidade em folha de pagamento, para que a administradora providencie a cobrança;

6.1.3. dar à CREDENCIADA as condições necessárias à execução deste Termo de Credenciamento;

6.1.4. comunicar à CREDENCIADA, por escrito, os casos em que o beneficiário, por qualquer motivo, perder o direito ao atendimento;

6.1.5. comunicar à CREDENCIADA, em até 10 (dez) dias após a assinatura deste Termo de Credenciamento, o nome do representante da COMP, para acompanhar e fiscalizar sua execução;

6.1.6. auxiliar na comunicação entre os beneficiários e a CREDENCIADA, disponibilizando, se pertinente, espaço físico e plataformas de comunicação para tratar de assuntos inerentes aos planos ofertados, desde que solicitado pela CREDENCIADA com antecedência compatível;

6.1.7. prestar as informações e os esclarecimentos pertinentes, necessários para que a CREDENCIADA possa atender às especificações da parte normativa deste Edital de Credenciamento; e

6.1.8. permitir acesso dos empregados da CREDENCIADA, devidamente identificados, às dependências da COMP, para atendimento do objeto deste Credenciamento.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA

7.1 A CREDENCIADA deverá cumprir fielmente as cláusulas contratuais e as disposições da parte normativa do Edital de Credenciamento nº 01/2022, sendo sua responsabilidade, em especial:

7.1.1. prestar assistência médica à saúde aos beneficiários, em consonância com os planos disponibilizados, os quais devem estar devidamente registrados junto à ANS e em conformidade com a legislação pertinente;

7.1.2. expedir “carteira de identificação” – ou documento equivalente – individualizada para cada beneficiário cadastrado, a qual servirá para efeitos de identificação e fruição dos serviços, garantindo a entrega do documento expedido no endereço indicado pelo beneficiário titular;

7.1.3. responsabilizar-se por todas as despesas administrativas para o cumprimento das obrigações contratuais, bem como impostos, taxas, encargos sociais e obrigações de ordem trabalhista, previdenciária e cível, decorrentes de sua atividade, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade à fiscalização ou ao acompanhamento pelo órgão interessado, ficando assegurado à COMP o direito de indenização, no caso de condenação judicial;

7.1.4. indicar um representante para contato com a COMP, o qual exercerá a função de preposto da CREDENCIADA;

7.1.5. informar o nome do responsável pela Área Técnica de Saúde;

7.1.6. manter, durante toda a vigência deste Termo, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento e na legislação aplicável ao tipo de sociedade da CREDENCIADA;

7.1.7. responsabilizar-se pelas inscrições de todos os interessados em aderir aos planos oferecidos, bem como pelas migrações ou ainda exclusões requeridas pelos interessados em rescindir suas adesões, uma vez que a gestão administrativa dos planos compete exclusivamente à CREDENCIADA;

7.1.8. providenciar a imediata correção das deficiências apontadas pela CMPA, quanto à execução dos serviços contratados;

7.1.9. não substabelecer ou subcontratar as obrigações assumidas sem anuência expressa da CMPA;

7.1.10. disponibilizar a relação de prestadores de serviços, por meio de um manual, guia ou instrumento similar, que contenha a relação dos profissionais associados-credenciados, com a indicação das especialidades médicas e exames, a relação de hospitais, de centros médicos e de clínicas, básicas e especializadas, próprios da CREDENCIADA ou por ela credenciados ou referenciados, a relação de laboratórios etc., com os respectivos endereços e telefones, para cada beneficiário, de acordo com o plano por ele escolhido e a região do seu domicílio e, quando for o caso, por meio do sítio eletrônico mantido pela CREDENCIADA;

7.1.11. disponibilizar planos de assistência médica à saúde que incluam cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes do trabalho, respeitadas as segmentações credenciadas, conforme o disposto na Resolução Normativa da ANS vigente;

7.1.12. permitir a portabilidade especial de carências aos dependentes;

7.1.13 apresentar, trimestralmente, informações acerca de cada plano ofertado, contemplando, no mínimo:

7.1.13.1 número de vidas credenciadas, receita bruta auferida, despesas auferidas, resultado bruto e índice de utilização;

7.1.13.2 resultado líquido – resultado bruto, descontadas despesas administrativas e lucro –;

7.1.13.3 custo com consultas por especialidade, por módulo de cobertura – exames, internações etc. – e por prestador;

7.1.13.4 quantidade de consultas, média de consultas por beneficiário contratante e por módulo de cobertura;

7.1.13.5 relação por faixa etária e por sexo dos titulares e seus dependentes;

7.1.14 disponibilizar aos beneficiários o demonstrativo de valores pagos para fins de imposto de renda;

7.1.15 disponibilizar central telefônica de atendimento 24 horas (serviço de ligação gratuita), com o propósito de fornecer, no mínimo, informações a respeito dos produtos, serviços e rede referenciada, credenciada e cooperada oferecida pelo plano de saúde; e

7.1.16 oferecer e disponibilizar a todos os beneficiários do plano de saúde, na área de abrangência do plano, os serviços assistenciais e hospitalares previstos nos dispositivos legais e regulamentares vigentes, por meios próprios ou por intermédio de rede prestadora de serviços.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESCISÃO

8.1 Este Termo de Credenciamento poderá ser rescindido por ato unilateral da CMPA, na hipótese de inadimplemento das obrigações credenciadas, ou amigável, por acordo entre as partes, na hipótese de conveniência concreta para a CMPA, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias.

8.2. A eventual tolerância da CMPA para com a CREDENCIADA, na hipótese de descumprimento por parte desta, de qualquer cláusula ou dispositivo contratual, não importará novação, desistência ou alteração contratual, nem impedirá a CMPA de exercer, a qualquer tempo, contra a CREDENCIADA, os direitos ou prerrogativas que, por meio deste instrumento, ou por dispositivo legal, lhe são assegurados.

8.3. Na hipótese de rescisão unilateral, a CMPA informará a data do efetivo encerramento dos serviços, se for o caso, e concederá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para defesa prévia e outros 5 (cinco) dias úteis para recurso administrativo, caso seja necessário.

8.4 É admitida a rescisão unilateral por parte da operadora de benefícios, observada a comunicação à CMPA em prazo de antecedência mínimo de 6 (seis) meses e assegurada a manutenção da prestação em relação aos segurados que, na ocasião, estejam submetidos a tratamento médico de emergência ou urgência garantidor de sua sobrevivência ou incolumidade física, ou ambos.

CLÁUSULA NONA – DO REAJUSTE

9.1. Observando o disposto na Resolução Normativa ANS nº 309, de 24 de outubro de 2012, e demais normas em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários da CMPA poderão ser objeto de reajuste, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares e outras despesas operacionais da operadora.

9.2. Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto pela administradora de benefícios e a CPMA, por intermédio do Serviço de Recursos Humanos, da CPMA.

9.3. Os valores das mensalidades e da participação poderão ser revistos em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, contados da data de assinatura deste Termo de Credenciamento.

9.4. A iniciativa revisional cabe à CREDENCIADA, cujo pedido, a ser protocolado com 60 (sessenta) dias de antecedência da data estipulada no item 9.1 desta cláusula, deverá ser acompanhado de demonstração analítica da alteração dos custos, por meio de planilhas e documentos comprobatórios, sendo permitido à CPMA requerer a complementação de informações, se entender pertinente.

9.4.1. O não cumprimento do prazo estabelecido no item 9.4 desta cláusula implica a postergação da data de reajuste para o período em que o índice for aprovado, passando a contar a anualidade mínima a partir dessa data, para os períodos subsequentes.

9.5. O reajuste não poderá ser repassado aos beneficiários sem expressa anuência da CPMA, sendo vedada a cobrança de valores retroativos, em caso de descumprimento do item 9.2 desta cláusula.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

10.1. A inexecução total ou parcial das cláusulas contratuais sujeitará o CREDENCIADO, garantida a prévia defesa, às sanções:

10.1.1. advertência e multa de acordo com a tabela abaixo, calculada em Unidades Financeiras Municipais (UFM) .

GRAU DA INFRAÇÃO	CORRESPONDÊNCIA
1	Advertência por escrito
2	Multa de 200 (duzentas) a 1000 (mil) UFM
3	Multa de 500 (quinhentas) a 2000 (duas mil) UFM
4	Multa de 1 (uma) a 10 (dez) UFM
5	Multa de 5 (cinco) a 20 (vinte) UFM

Item	Descrição	Grau	Referência
A)	Pela recusa do adjudicatário em assinar o CONTRATO, aceitar ou retirar o instrumento equivalente, no prazo estabelecido pela Administração, determinando o descumprimento total da obrigação	3	Por ocorrência.
B)	Pela inexecução total do CONTRATO	1+3	Por ocorrência.
C)	Pela inexecução parcial do CONTRATO (Para os casos não especificados nos itens seguintes)	1+2	Por ocorrência.
D)	Deixar de cumprir a orientação do Fiscal quanto à execução dos serviços	1	Por ocorrência.

E)	Deixar de manter as mesmas condições exigidas para a contratação, especialmente a regularidade trabalhista perante o FGTS e a Previdência Social.	1+2	Por ocorrência.
F)	Atraso na execução do serviço ou procedimento solicitado pelo médico assistente, a partir do primeiro dia de atraso além dos prazos estabelecidos pela Resolução Normativa da ANS nº 259/2011	5	Por dia.
G)	Atraso injustificado de até 5 dias no prazo de reembolso de custos de atendimento, conforme estabelecido pela Resolução Normativa ANS nº 259/2011	4	Por dia.
H)	Atraso injustificado, do sexto ao décimo dia, no prazo de reembolso de custos de atendimento, conforme estabelecido pela Resolução Normativa ANS nº 259/2011	5	Por dia.

10.1.2. suspensão temporária do direito de participar de licitação e impedimento de contratar com a CMPA por até 2 (dois) anos.

10.1.2.1 A sanção referida no subitem 10.1.2 desta cláusula dar-se-á por 3 (três) meses, em caso de prestação de serviços de baixa qualidade ou descumprimento de qualquer cláusula deste Termo que não esteja contemplada nas alíneas anteriores.

10.1.2.2 A sanção referida no subitem 10.1.2 desta cláusula dar-se-á por 4 (quatro) meses, em caso de não cumprimento de especificações técnicas.

10.1.2.3 A sanção referida no subitem 10.1.2 desta cláusula dar-se-á por 6 (seis) meses, em caso de indisponibilidade ou suspensão dos planos ofertados, ou a negativa de disponibilização dos serviços contratados por beneficiários.

10.1.3. declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a CREDENCIADA ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no subitem 10.1.2 deste Edital de Credenciamento.

10.2. Em caso de aplicação de reajuste de valores dos planos sem anuência da CMPA, será aplicada multa equivalente ao dobro do percentual de reajuste aplicado indevidamente, a cada mês que for constatada a majoração dos valores cobrados aos beneficiários, que será calculada sobre a receita contratual do mês imediatamente anterior.

10.3. As multas poderão ser aplicadas isolada ou cumulativamente.

10.4. O valor das multas, eventualmente aplicadas, em hipótese alguma será devolvido à CREDENCIADA, mesmo que o evento causador venha a ser recuperado.

10.5. O valor referente às multas e às indenizações será descontado de quaisquer créditos que a CREDENCIADA eventualmente possua com a CMPA, sem prejuízo de cobrança judicial.

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Os casos omissos ou duvidosos serão dirimidos em comum acordo entre as partes.

11.2. A CMPA e a CREDENCIADA não poderão se valer de acordos ou entendimentos que possam alterar qualquer disposição deste Termo de Credenciamento, senão quando celebrados por termo aditivo entre seus representantes legais, ressalvadas as hipóteses previstas no § 8º do art. 65 da Lei Federal nº 8.666, de 1993, e alterações posteriores.

11.3. É vedada à CREDENCIADA a veiculação de publicidade acerca deste Termo de Credenciamento, bem como a divulgação de qualquer relatório, informação ou detalhe deste Credenciamento a terceiros, salvo se houver prévia autorização da CMPA.

11.4. Será válida a notificação realizada por correio eletrônico para notificações ou correspondências referentes a este Termo de Credenciamento, desde que endereçadas aos contatos indicados pelas partes.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA – DO FORO

Para dirimir eventuais litígios na execução deste Termo de Credenciamento, fica eleito e convencionado o foro da comarca de Porto Alegre, com expressa renúncia de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justos e contratados, firmam eletronicamente o presente instrumento.

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2022, DA CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE.

PROCESSO SEI Nº 011.00036/2021-15

ANEXO 8

INFORMAÇÕES PARA ASSINATURA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

As informações constantes abaixo deverão ser atualizadas, pois serão consideradas para a elaboração do Termo de Credenciamento, em caso de habilitação da empresa interessada, devendo estar de acordo com as informações que integrarão as notas fiscais, para fins de faturamento. As informações prestadas com base neste Anexo são de exclusiva responsabilidade da empresa participante.

1. Informações da empresa:

- a) Razão social: _____
- a) CNPJ nº: _____
- b) Inscr. Estadual nº: _____
- c) Inscr. Municipal nº: _____
- d) Endereço: _____
- e) Município: _____ UF: _____
- f) CEP: _____
- g) Telefone: (____) _____
- h) E-mail: _____

2. Informações do(s) sócio(s) representante(s) da empresa:

1:

- a) nome completo: _____
- b) CPF: _____
- c) cargo que ocupa na empresa: _____

2:

- a) nome completo: _____
- b) CPF: _____
- c) cargo que ocupa na empresa: _____

...

3. Informações do assinante do Termo de Credenciamento:

- a) nome completo: _____
- b) CPF: _____

c) cargo que ocupa na empresa: _____

d) telefone: (____) _____



Documento assinado eletronicamente por **Aloisio de Freitas, Assessor(a) Legislativo**, em 18/05/2023, às 14:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Art. 10, § 2º da Medida Provisória nº 2200-2/2001 e nas Resoluções de Mesa nºs 491/15, 495/15 e 504/15 da Câmara Municipal de Porto Alegre.



Documento assinado eletronicamente por **Aline Frey Colussi, Diretor(a)-Geral**, em 19/05/2023, às 14:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Art. 10, § 2º da Medida Provisória nº 2200-2/2001 e nas Resoluções de Mesa nºs 491/15, 495/15 e 504/15 da Câmara Municipal de Porto Alegre.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.camarapoa.rs.gov.br>, informando o código verificador **0553566** e o código CRC **5844CDED**.