

## EDITAL DE CREDENCIAMENTO N° 002/2025

### Instrumento Convocatório

O presente credenciamento decorre da hipótese legal de inexigibilidade de licitação prevista no art. 74, inciso IV, e do inciso II, do artigo 79 ambos da Lei Federal nº 14.133/2021, uma vez que o objeto refere-se a credenciamento contínuo de operadoras para atendimento voluntário aos servidores da Câmara Municipal do Rio Grande, sem exclusividade.

A opção pelo credenciamento visa garantir maior competitividade, livre escolha aos beneficiários, economicidade e ampliação do acesso à saúde suplementar, sendo amparada também por parecer jurídico emitido, em conformidade com a legislação vigente.

Poderá ser credenciada mais de uma instituição prestadora de serviço.

Os interessados poderão solicitar Credenciamento a partir da abertura do Edital.

### 1 PREÂMBULO

1.1 A CÂMARA MUNICIPAL DO RIO GRANDE, com fundamento no Art. 79, inciso II, da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, Resolução nº 06/2025 e Resolução nº 011/2025, e torna pública a abertura do CREDENCIAMENTO de operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

1.2 O presente processo de credenciamento será conduzido pelo Agente de Contratação e Equipe de Apoio.

1.3 A apresentação da documentação dar-se-á a partir do dia 15 de dezembro de 2025.

1.4 O presente Edital de Chamamento para Credenciamento ficará aberto permanentemente, nos termos da Lei nº 14.133/2021.

1.5 O recebimento dos documentos para credenciamento ocorrerá através do e-mail, tendo em vista que a plataforma Pregão Online Banrisul, aderida por este órgão, não disponibiliza, até o presente momento, o procedimento auxiliar de credenciamento de forma eletrônica.

1.6 O credenciamento não se confunde com a contratação, a qual só ocorrerá por meio de contratação direta, na forma de inexigibilidade de licitação, com respaldo no art. 74, IV da Lei Federal nº14.133/2021.

## **2 OBJETO**

2.1 Credenciamento de operadoras de planos de saúde, conforme detalhado no Termo de Referência (Anexo I), para cessão de rede de prestadores de serviços de assistência à saúde visando disponibilizar planos coletivos empresariais com coparticipação aos servidores públicos (ativos e inativos), pensionistas, vereadores e seus respectivos dependentes (ANEXO I).

## **3 DO EDITAL DE CREDENCIAMENTO**

3.1 O edital de Credenciamento e/ou Aviso de Credenciamento e seus anexos encontram-se disponíveis:

- I - Página da Câmara Municipal: <https://www.riogrande.rs.leg.br/>
- II - Diário Oficial dos Municípios do Rio Grande do Sul – FAMURS;
- III – Portal Nacional de Contratações Públicas – PNCP;
- IV- Mantido à disposição do público na sede da Câmara Municipal de Rio Grande.

## **4 DOS ANEXOS**

4.1 São partes integrantes, indissociáveis e atreladas ao conteúdo deste Edital os seguintes anexos, cujo teor vincula totalmente os interessados:

- Anexo I – Termo de Referência;
- Anexo II – Requerimento de Credenciamento;
- Anexo III – Modelo de Proposta de Preços;
- Anexo IV- Modelo de Declaração;
- Anexo V - Minuta de Termo de Credenciamento.

## **5 CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO**

5.1 Habilitação jurídica: Comprovação mediante apresentação de ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado no órgão competente.

5.2 Regularidade fiscal, social e trabalhista: A comprovação se dará mediante a apresentação de certidões válidas, incluindo:

5.2.1 Inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ);

5.2.2 Inscrição no cadastro de contribuintes estadual e/ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

5.2.3 Prova de regularidade perante a Fazenda federal, estadual e/ou municipal do domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente, na forma da lei;

5.2.4 Prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao FGTS, que demonstre cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;

5.2.5 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT);

5.2.6 Prova de cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal.

5.3 A Qualificação técnica, capacitação e experiência profissional:

5.3.1 A prestadora deverá ter registro junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com autorização de funcionamento em plena validade, nos termos do art. 8º da Lei nº 9.656/1998.

5.3.2 Dispor de profissionais habilitados à prestação dos serviços nas especialidades e quantitativos mínimos, uma vez que o mínimo de hospitais e médicos credenciados assegura que os beneficiários tenham acesso rápido e fácil aos serviços de saúde necessários, sem necessidade de deslocamentos ou esperas prolongadas.

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

5.3.4 Prova de registro na ANS do (s) plano (s) ofertado (s), necessariamente de abrangência geográfica nacional ou sistema Abramge, bem como da segmentação assistencial oferecida, nos termos da RN-ANS nº 465/2021, mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro;

5.3.5 Atestado (s) fornecido (s) por pessoa jurídica de direito público ou privado, no (s) qual (is) esteja expressa a aptidão técnica da interessada na prestação de serviço de

assistência médica, hospitalar e ambulatorial, no regime de contratação coletiva, abrangendo 50% dos beneficiários.

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

5.3.6 A empresa deverá dispor de profissionais habilitados à prestação dos serviços nas especialidades e quantitativos mínimos do Termo de Referência- Anexo I.

5.3.7 A listagem de profissionais habilitados deverá ser apresentada em arquivo eletrônico com formato aberto que permita a busca de termos e palavras-chave por meio do comando “Localizar”, a fim de otimizar a análise da proposta pelo pregoeiro.

#### 5.4 Habilitação econômico-financeira

5.4.1 Certidão negativa de feitos sobre falência expedida pelo distribuidor da sede do licitante.

5.5 Vínculos proibitivos (Compliance - Art. 14, Lei nº 14.133/2021): É vedada a participação de pessoa física ou jurídica que mantenha vínculo de natureza técnica, comercial ou familiar (até o terceiro grau) com dirigente da Câmara ou agente público que atue na gestão do contrato.

### 6 DO CREDENCIAMENTO

6.1 Aberto o período para solicitações de credenciamento, as operadoras interessadas entregará via e-mail toda a documentação de habilitação prevista no Item 5 e Termo de Referência.

6.2 A análise dos documentos de habilitação será realizada pelo Agente de Contratação e Equipe de Apoio em prazo não superior a 10 (dez) dias úteis, contados a partir da data de envio da Solicitação de Credenciamento.

6.3 A Comissão poderá, durante a análise da documentação, convocar os interessados para prestarem quaisquer esclarecimentos porventura necessários, bem como para complementarem, caso queiram, os documentos apresentados.

6.4 Serão considerados habilitados e credenciados os interessados que cumprirem todas as exigências deste Edital, sendo inabilitados e não credenciados aqueles que não cumprirem e não manifestarem interesse em complementar à documentação necessária.

6.5 As operadoras credenciadas serão disponibilizadas simultaneamente aos servidores, que poderão optar livremente pelo plano que melhor atenda seu interesse, conforme condições aprovadas.

6.6 Caso duas ou mais operadoras ofereçam planos similares e valores compatíveis, a critério da Câmara Municipal do Rio Grande, poderá beneficiários escolher entre elas a que melhor se adeque as suas necessidades, de forma a garantir equidade e livre escolha dos servidores, conforme disponibilidade e adesão espontânea.

6.7 A Câmara Municipal do Rio Grande poderá, a qualquer tempo, consultar operadoras credenciadas para obtenção de condições comerciais mais vantajosas, sem prejuízo daquelas já contratadas, resguardado o direito à isonomia e à ampla concorrência.

6.8 Estará apta ao credenciamento a pessoal jurídica que cumprir todas as exigências do Edital e seus anexos.

6.9 Após a homologação, a formalização do Termo de Credenciamento/Contrato será efetivada mediante assinatura pelas partes contratantes.

## 7 DA APRESENTAÇÃO DAS PROPOSTAS

7.1 A proposta de preços deverá ser enviada, conforme modelo Anexo III, sem emendas, acréscimos, borrões, rasuras, ressalvas, entrelinhas ou omissões, ter suas páginas numeradas e rubricadas, e a última assinada pelo representante legal da empresa, sob pena de desclassificação, salvo se, inequivocamente, tais falhas não impedirem a exata compreensão de seu conteúdo.

7.2 Quando da formulação da proposta de preços, o licitante deverá levar em consideração todas as exigências, condições e especificações previstas neste edital.

7.3 A proposta de preços deverá conter:

- a) razão social, n.º do CNPJ, endereço, telefone e endereço eletrônico do licitante;
- b) modalidade e número da licitação;
- c) descrição sucinta do objeto licitado, conforme exigência deste edital e anexos;
- d) valores para todas as faixas etárias de cada plano de interesse e valores de coparticipação por evento, conforme modelo de proposta de preços – Anexo III.

7.4 Para cada plano a ser credenciado, as PROPONENTES deverão apresentar um

quadro de coparticipação, conforme Anexo III – Modelo de Proposta de Preços. Este quadro deverá ser apresentado junto com os valores do plano, separadamente para cada plano a ser credenciado.

7.5 A PROPONENTE deverá observar as condições de variação em cada mudança de faixa etária, de acordo com as normas da ANS.

7.6 Caso alguma operadora apresente valores fora dessas regras a mesma será desclassificada.

7.7 Os valores de cada faixa etária devem ser apresentados em moeda nacional, em algarismo e por extenso, com no máximo 02 (duas) casas decimais após a vírgula.

7.8 Não serão aceitas cotações com valores com mais de duas casas decimais. Caso ocorra, os valores poderão ser arredondados pelo Agente de Contratação e Equipe de Apoio para menor. Caso o licitante não aceite tal arredondamento, a sua proposta será desclassificada.

7.9 Através, do Anexo III, Modelo de Proposta de Preços, fica declarado que no preço proposto encontram-se incluídos todos os tributos, encargos sociais e quaisquer outros ônus que porventura possam recair sobre o objeto da presente licitação.

7.10 Os valores apresentados poderão ser reajustados anualmente, conforme as normas da ANS ou índice previamente pactuado, mediante comunicação prévia à Câmara Municipal do Rio Grande e aos beneficiários.

7.11 As propostas deverão ter validade mínima de 60 dias contados da data de envio.

## **8 REMUNERAÇÃO E PROCESSAMENTO DO CUSTO**

8.1 A CREDENCIADA será remunerada com base nos custos dos planos, sendo o custeio dividido da seguinte forma:

Categoria do Beneficiário	Custeio pela Câmara (%)	Custeio pelo Beneficiário (%)
Ativos e Vereadores	75%	25%
Inativos e Pensionistas	50%	50%

8.2 Base da coparticipação: O custo da coparticipação sempre terá por base os valores vigentes à época de sua realização.

8.3 Prazo para guias de atendimento: O prazo máximo para apresentação de guias de atendimento (custos operacionais) à CREDENCIANTE será de, no máximo, 6 (seis) meses, contado da realização do procedimento ou do dia da alta médica do beneficiário, nos casos de internação.

8.4 Pagamento: O valor apurado será pago à CREDENCIADA mediante apresentação de nota fiscal, efetuando-se a retenção na fonte dos tributos e contribuições previstos na legislação aplicável.

8.5 A CONTRATANTE arcará com 75% (setenta e cinco) por cento apenas das mensalidades dos planos, ficando os demais valores por conta do beneficiário titular.

## **9 DO DESCREDENCIAMENTO E DAS PENALIDADES**

9.1 A operadora credenciada poderá ser descredenciada a qualquer tempo, nas seguintes hipóteses:

- a) Descumprimento total ou parcial das obrigações previstas no edital, em seus anexos ou nos termos firmados com os beneficiários; Prestação de informações ou apresentação de documentos falsos durante o credenciamento;
- b) Não cumprimento dos prazos ou exigências solicitadas pela Comissão de Credenciamento;
- c) Interrupção não justificada ou injustificada dos serviços ofertados;
- d) Reclamações recorrentes e devidamente comprovadas de servidores ou usuários, mediante apuração prévia;
- e) Condenação judicial transitada em julgado por ato de improbidade administrativa, corrupção, trabalho escravo ou infantil;
- f) Ocorrência de qualquer impedimento legal ou irregularidade superveniente à habilitação;
- g) Pedido formal da própria credenciada.

9.2 O descredenciamento será precedido de notificação formal, com prazo de 5 (cinco) dias úteis para apresentação de defesa ou regularização da pendência, salvo nos casos de falsidade documental, risco à saúde dos beneficiários ou situação que requeira descredenciamento imediato e motivado.

9.3 O descredenciamento poderá acarretar, sem prejuízo de outras sanções:

- a) Impedimento de participar de novos credenciamentos por até 2 (dois) anos;
- b) Comunicação aos órgãos de controle externo (Tribunal de Contas, ANS, Ministério Público, etc.);
- c) Aplicação de demais penalidades previstas na Lei nº 14.133/2021, conforme a gravidade da infração.

9.4 A operadora também poderá solicitar seu descredenciamento voluntário, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, assegurando o atendimento regular aos servidores durante o período de validade do contrato que não será renovado por força do descredenciamento voluntário.

9.5 A apresentação de documentos ou declarações falsas sujeitará a empresa às sanções previstas no art. 156 da Lei nº 14.133/2021, além do descredenciamento imediato.

## **10 DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS**

10.1 Os pedidos de esclarecimentos e impugnações ao edital deverão ser encaminhados exclusivamente por e-mail ao endereço [licitacoes@camarariogrande.rs.gov.br](mailto:licitacoes@camarariogrande.rs.gov.br) até 3 (três) dias úteis antes da data final para envio das propostas.

10.2 Eventuais recursos contra atos de inabilitação ou desclassificação poderão ser interpostos no prazo de 3 (três) dias úteis, contados da ciência do ato, nos termos do art. 165 da Lei nº 14.133/2021, devendo ser dirigidos à autoridade superior da Administração.

## **11. DISPOSIÇÕES GERAIS**

11.1 O recebimento das propostas se dará pelo Agente de Contratação e Equipe de Apoio para análise, que dispõe do prazo de 10 (dez) dias úteis para análise da documentação apresentada para credenciamento.

11.2 O Peticionamento eletrônico será a forma preferencial (e-mail): [licitacoes@camarariogrande.rs.gov.br](mailto:licitacoes@camarariogrande.rs.gov.br);

11.3 Endereço físico: Rua General Vitorino nº 441, bairro Centro, Rio Grande, RS, CEP: 96.200-310.

11.4 Homologação e contratação: Após a homologação, a formalização contratual será efetivada mediante assinatura do Contrato de Credenciamento no prazo de 5 (cinco) dias úteis após a convocação.

11.5 Após assinatura do contrato, a CONTRATADA terá o prazo de sete dias corridos em horário pré-agendado para fazer apresentação, na sede da CONTRATANTE, dos seus planos de saúde aos possíveis beneficiários onde deverá explanar sobre valores, carências, rede de atendimento e outras eventuais dúvidas.

11.6 O postulante cujo requerimento for indeferido poderá interpor recurso no prazo de 3 (três) dias úteis, a contar da intimação do ato, conforme Art. 165 da Lei nº 14.133/2021.

11.7 As exigências de habilitação jurídica e de regularidade fiscal e trabalhista são as usuais para a generalidade dos objetos, conforme disciplinado em edital.

11.8 A qualquer tempo, a Câmara Municipal do Rio Grande poderá revogar ou anular este edital por razões de interesse público devidamente motivadas;

11.9 A lista de operadoras credenciadas será publicada no Site Oficial do órgão, com atualização periódica sempre que houver inclusão, exclusão ou alteração contratual;

11.10 O Edital, suas atualizações e os resultados deste credenciamento também serão divulgados no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP) ou outro meio eletrônico oficial adotado pela Administração, nos termos da Lei nº 14.133/2021.

11.11 As operadoras credenciadas deverão atualizar sua documentação a cada 12 meses, sob pena de suspensão automática do credenciamento;

11.12 As operadoras credenciadas deverão disponibilizar aos servidores, previamente à adesão, o regulamento do plano, incluindo o rol de coberturas, carências, canais de atendimento, redes credenciadas e demais condições gerais.

11.13 O presente credenciamento terá vigência de 12 (doze) meses, contados da data de publicação do resultado, podendo ser prorrogado nos termos legais, com atualizações periódicas da lista de credenciados.



11.14 A Câmara Municipal do Rio Grande reserva-se o direito de realizar, a qualquer tempo, auditorias e fiscalizações quanto ao cumprimento das obrigações assumidas pela operadora.

11.15 No caso de haver duas ou mais operadoras credenciadas o servidor poderá optar pelo plano que melhor atender suas necessidades, levando em conta a relação custo x benefício de cada caso.

11.16 Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão responsável, com base na legislação vigente e princípios da Administração Pública.

Rio Grande, 28 de novembro de 2025.

ROVAM SIMÕES GONÇALVES DE CASTRO

Presidente da Câmara Municipal do Rio Grande

Visto            da            Consultoria            Jurídica: \_\_\_\_\_

## ANEXO I

### TERMO DE REFERÊNCIA

1 – **OBJETO: CREDENCIAMENTO** de operadoras de Planos de Assistência a Saúde, contratação de natureza coletiva empresarial, com coparticipação, para cessão de rede de prestadores de serviços assistência à saúde, visando disponibilizar aos servidores públicos ativos e inativos, pensionistas, vereadores e respectivos dependentes, serviços de forma complementar ao SUS, por meio de empresas especializadas.

1.1 O objeto da licitação tem a natureza de serviço comum de caráter continuado e sem fornecimento de mão de obra em regime de dedicação exclusiva.

1.2 Os valores serão diferenciados conforme faixas etárias.

1.3 Deverão ser disponibilizados ao menos dois planos diferentes e opcionais a cada beneficiário, sendo o plano de topo com internação hospitalar e obstetrícia de abrangência estadual e um plano básico ambulatorial, de abrangência geográfica regional, conforme especificação da ANS.

1.4 Será de livre escolha do beneficiário optar pelo plano médico que melhor se adequar a sua realidade entre os planos ofertados.

1.5 Os segmentos licitados deverão ter atendimento a nível nacional em casos de urgência e emergência, com ampla rede de atendimento no município da CONTRATANTE.

1.6 Será na modalidade de coparticipação.

1.7 A adesão será facultativa e opcional a cada beneficiário.

1.8 Os planos abrangerão cônjuge, filhos e dependentes legais.

1.9 O prazo de vigência do contrato inicia com a sua assinatura e se encerra em 12 (doze) meses, contados da data de início da cobertura assistencial podendo ser prorrogado por interesse das partes, até o limite de 10 (dez) anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133/2021.

1.10 A CONTRATADA poderá ofertar plano odontológico embutido no seu preço, em algum dos planos ou ambos, inclusive por subcontratação caso dentro do valor estipulado na mediana, ficando a seu critério para fins de atratividade e captação de usuários.

1.11 Caso a CONTRATADA opte por oferecer serviços de odontologia os regramentos aplicáveis deste instrumento deverão ser seguidos.

1.12 Caso a CONTRATADA decida por ofertar serviços de odontologia os mesmos deverão seguir regramentos e rol da ANS.

#### 1.13 DOS BENEFICIÁRIOS

1.13.1 Os beneficiários do plano de saúde classificam-se em:

- a) titulares e,
- b) dependentes.

1.13.2 São beneficiários titulares: servidores do Poder Legislativo (ativos e inativos), servidores sem vínculo efetivo com a Administração Pública, no exercício de cargo em comissão, vereadores, aposentados e pensionistas.

1.13.3 São beneficiários dependentes: conjugue, filhos (as) e outros dependentes legais.

1.13.3.1 Filhos e Enteados Solteiros: Até 21 (vinte e um) anos de idade, mediante comprovação do vínculo de filiação ou afinidade.

1.13.3.2 Filhos e Enteados Solteiros Estudantes: Entre 21 (vinte e um) anos e 24 (vinte e quatro) anos de idade, desde que atendam cumulativamente às seguintes condições:

a) Comprovem estar matriculados e frequentando curso regular, reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC) ou órgão equivalente.

#### 1.14 QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS (VIDAS)

1.14.1 O serviço previsto inicialmente será prestado aos beneficiários titulares que totalizam 164 vidas, com distribuição escalonada por faixa etária, conforme tabela abaixo:

Faixas	Especificação Faixa Etária	Quantidade total por faixa etária
1	Assistência médica 0-18 anos	00
2	Assistência médica 19-23 anos	01
3	Assistência médica 24-28 anos	09
4	Assistência médica 29-33 anos	17
5	Assistência médica 34-38 anos	19
6	Assistência médica 39-43 anos	34
7	Assistência médica 44-48 anos	29
8	Assistência médica 49-53 anos	17
9	Assistência médica 54-58 anos	19
10	Assistência médica 59 ou mais	19
Total ► 164		

1.14.2 A quantidade corresponde aos beneficiários (base outubro/2025), podendo sofrer alterações, inclusive antes do início da prestação do serviço.

1.14.3 Os valores praticados nesta contratação serão variáveis conforme a faixa etária ocupada pelo beneficiário.

1.14.4 O número de beneficiários pode variar ao longo do contrato, visto que a adesão é facultativa, não havendo nenhuma obrigatoriedade de permanência no plano de saúde.

1.14.5 O contingente de vidas previstas pode sofrer alterações, sendo que a CONTRATADA deverá efetuar a cobrança conforme cada faixa etária do beneficiário, exceto a CONTRATADA.

1.14.6 A quantidade de beneficiários poderá ser superior caso haja adesão total dos beneficiários principais e mais os beneficiários dependentes.

### **1.15 ESTIMATIVAS DE VALORES DA CONTRATAÇÃO**

1.15.1 Estimativa mensal do valor da contratação do Plano com Internação: R\$ 66.277,70 (sessenta e seis mil duzentos e setenta e sete reais e setenta centavos).

1.15.2 Estimativa do contrato de 12 (doze) meses do Plano Internação R\$ 795.332,40 (Setecentos e noventa e cinco mil, trezentos e trinta e dois reais e quarenta centavos.).

#### ***PLANO ESTADUAL HOSPITALAR COM INTERNAÇÃO***

NÍVEL	Faixa etária	Vidas	Valor Médio	Valor Médio por Grupo Etário
1	0-18	0	R\$	R\$
2	19-23	1	R\$	R\$
3	24-28	9	R\$	R\$
4	29-33	17	R\$	R\$
5	34-38	19	R\$	R\$
6	39-43	34	R\$	R\$
7	44-48	29	R\$	R\$
8	49-53	17	R\$	R\$
9	54-58	19	R\$	R\$
10	59 ou +	19	R\$	R\$
			Totais	
		Vidas ►	Mês ►	R\$ 66.277,70

1.15.3 Estimativa mensal do valor da contratação do Plano Ambulatorial R\$ 32.576,13 (trinta e dois mil, quinhentos e setenta e seis reais e treze centavos).

1.15.4 Estimativa do contrato de 12 (doze) meses do Plano Ambulatorial R\$ 390.913,52 (trezentos e noventa mil, novecentos e treze reais com cinquenta e dois centavos).

#### ***PLANO REGIONAL AMBULATORIAL***

NÍVEL	Faixa etária	Vidas	Valor Médio	Valor Médio por Grupo Etário
1	0-18	0	R\$	R\$
2	19-23	1	R\$	R\$
3	24-28	9	R\$	R\$



4	29-33	17	R\$	R\$
5	34-38	19	R\$	R\$
6	39-43	34	R\$	R\$
7	44-48	29	R\$	R\$
8	49-53	17	R\$	R\$
9	54-58	19	R\$	R\$
10	59 ou +	19	R\$	R\$
Vidas ►		164	Totais ►	R\$ 32.576,13

## 2 CUSTEIO

2.1 A assistência à saúde será parcialmente custeada pela Câmara Municipal do Rio Grande, observando-se os seguintes percentuais:

Categoria do Beneficiário	Custeio p/Câmara (%)	Custeio p/ Beneficiário (%)
Ativos e Vereadores	75%	25%
Inativos e Pensionistas	50%	50%

2.2 Os percentuais incidirão sobre o valor total do plano contratado.

2.3 O desconto da contrapartida do servidor será realizado em folha de pagamento, previamente autorizado.

2.4 Os beneficiários contribuirão com coparticipação total a ser reajustada pelo mesmo índice do reajuste das mensalidades do plano.

2.5 A CONTRATANTE arcará com 75 (setenta e cinco) por cento apenas da mensalidade do plano, ficando os demais custos por conta do beneficiário titular.

## 3 FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO

3.1 A contratação busca atender a Resolução n°006/2025, alterada pela Resolução 011/2025, que autoriza a Mesa Diretora a contratar, mediante licitação, serviços de saúde em favor dos servidores do Poder Legislativo, ativos, inativos, pensionistas e vereadores, bem como seus dependentes.

3.2 A presente contratação também se fundamenta no estudo preliminar no qual buscou as soluções adequadas conforme a realidade das redes privadas de atendimento à saúde que operam no Município do Rio Grande e Estado, considerando os planos de atendimento hospitalar e também ambulatoriais, com serviços de odontologia incluídos ou não. Esse trabalho de pesquisa mapeou diversos locais, empresas e profissionais que atendem tanto a nível municipal quanto estadual, detalhando quantitativos e especialidades disponíveis para o bom atendimento da demanda. O estudo pretendeu ainda assegurar a proposta mais vantajosa e a justa competição, evitando sobre



preços ou preços inexistentes.

3.3 O presente termo visa também contribuir com a melhoria e a preservação da saúde de vereadores e servidores, com o objetivo de proporcionar condições para o cuidado com a saúde, prevenindo e tratando os beneficiários mantendo a força de trabalho saudável e produtiva preservando o foco e a qualidade do serviço entregue, aumentando a produtividade, valorizando o maior bem que é o material humano. Busca proporcionar ainda a universalização ao acesso a saúde de forma complementar no intuito de proporcionar opções a todos os beneficiários considerando as várias faixas salariais e diversas faixas etárias, trazendo a oportunidade de escolha entre o plano ideal para cada pessoa individualmente. Tem o intuito de evitar ou minimizar efeitos danosos de doenças sobre a continuidade e qualidade do desempenho laboral dos agentes em tela.

3.4 O Poder Legislativo Municipal, por meio deste termo busca ainda a prevenção quanto a episódios de absenteísmo entre seus servidores por motivos diversos, essa situação, caso não percebida, afeta a eficiência dos serviços prestados à população e gera custos indiretos para o erário. Neste sentido entende-se que a contratação de serviços de saúde trata-se de investimento e valorização do patrimônio humano que é a força motriz da administração pública.

## **4 REQUISITOS GERAIS**

### **4.1 COBERTURA ASSISTENCIAL**

4.1.1 A cobertura observará os requisitos exigidos pela Lei Federal no 9.656/1998, resoluções regulamentares complementares editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em conformidade com o rol de procedimentos em vigor, estabelecido pela ANS, para despesas de assistência médico-hospitalar, incluindo partos e tratamentos, realizados nos limites da cobertura territorial estabelecida em contrato, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, em caráter eletivo, de acordo com modelo de plano a ser contratado e, nos casos de urgência e emergência, em todo o território nacional, para todos os modelos de plano.

4.1.2 A contratação não será parcelada, por se tratar de serviço de natureza indivisível e de execução continuada, sendo impraticável sua divisão em lotes.

4.1.3 A presente contratação adotará a execução indireta, sob o regime de Empreitada por Preço Unitário.

4.1.4 O início da cobertura assistencial será à partir da assinatura do contrato se encerrando em 12 (doze) meses, contados da data de início da cobertura assistencial podendo ser prorrogado por interesse das partes, até o limite de 10 (dez) anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº



14.133/2021.

3.15.1

## **4.2 COBERTURA GEOGRÁFICA**

4.2.1 O Plano Hospitalar deverá ter cobertura estadual, em consultórios, hospitais, clínicas, laboratórios e outros serviços de saúde, próprios, credenciados ou referenciados, devendo garantir a cobertura mínima conforme rol da ANS.

4.2.2 O Plano Ambulatorial deverá ter cobertura regional em consultórios, hospitais, clínicas, laboratórios e outros serviços de saúde, próprios, credenciados ou referenciados, devendo garantir a cobertura mínima conforme rol da ANS

4.2.3 A operadora deverá garantir prioritariamente todo tipo de procedimento no Município da CONTRATANTE.

4.2.4 A operadora deverá manter no Município da CONTRATANTE ao menos um hospital de referência.

## **4.3 REDE DE ATENDIMENTO**

4.3.1 A empresas operadoras CONTRATADAS deverão manter rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada com laboratórios e demais serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, consultórios e/ou clínicas especializadas no município de Rio Grande ou, na impossibilidade de prestação do serviço, em municípios limítrofes, conforme garantia de atendimento e ampliação de buscas previstas pela ANS.

4.3.1.1 Entende-se por rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada, todos os profissionais, hospitais, maternidades, e serviços complementares colocados à disposição dos beneficiários pela CONTRATADA, como aptos a prestarem integralmente os serviços contratados.

4.3.2 A empresa operadora CONTRATADA deverá manter, no município de Rio Grande, atendimento nas diversas áreas de especialidades, bem como atendimento de urgência e emergência.

4.3.3 A totalidade da rede de atendimento (própria, credenciada, referenciada ou cooperada) deverá ser apresentada na ocasião do envio da proposta, sendo requisito para habilitação, com fins a demonstração da aptidão a prestação dos requisitos mínimos exigidos.

4.3.4 Os endereços e contatos telefônicos da rede de atendimento própria, credenciada e referenciada deverão ser disponibilizados em sítio eletrônico ou através de outro meio eficaz de divulgação aos beneficiários.

4.3.5 A CONTRATADA deve, ainda, disponibilizar número de telefone para discagem direta gratuita para contato dos beneficiários.

4.3.6 A operadora deverá apresentar em mídia digital, por ocasião da assinatura do contrato, a lista individualizada de todos os serviços em saúde oferecidos.

#### **4.4 ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL**

4.4.1 A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultórios ou ambulatórios, conforme resoluções e regulamentações complementares da ANS.

4.4.2 Os planos de assistência médica a saúde contratados deverão assegurar aos beneficiários, no mínimo o que estiver vigente no rol da ANS respeitando o que consta na ocasião da assinatura do contrato.

#### **4.5 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**

4.5.1 A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme resoluções e regulamentações complementares da ANS.

#### **4.6 ACOMODAÇÕES E PADRÕES**

4.6.1 A CONTRATADA deverá garantir a todos os beneficiários do Plano de Hospitalar contratado acomodações em regime de internação em apartamento no mínimo semiprivatizado com banheiro no apartamento e com direito a acomodações para o acompanhante, estando incluídas as despesas do acompanhante no caso de pacientes menores de dezoito anos, com idade igual ou superior a sessenta anos, da mulher no pré-parto e no pós-parto imediatos ou pessoa com deficiência.

4.6.2 Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, será garantido ao beneficiário o acesso a acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço e de responsabilidade da CONTRATADA.

4.6.3 Caso a CONTRATADA ofereça a internação domiciliar em substituição a internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer as exigências previstas nos normativos vigentes da Anvisa e nas alíneas “c”, “d” e “e” do inciso II do art. 12 da Lei no 9.656, de 1998.

4.6.4 Havendo indisponibilidade de leito hospitalar em quartos de acordo com o plano de saúde do beneficiário, nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela CONTRATADA,

deverá ser garantido ao beneficiário o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, conforme artigo 33, da Lei nº. 9.656/98, até que haja a disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

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

## 5 EXCLUSÕES DA COBERTURA

5.1 As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei no 9.656/1998, nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), observando ainda o que diz a Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022, e nas resoluções normativas da ANS, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias.

## 6 REQUISITOS DA CONTRATADA

6.1 Ser regularmente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

6.2 Apresentar rede credenciada compatível com as necessidades da Câmara Municipal nas localidades de residência dos beneficiários.

6.3 Oferecer plano com cobertura, regional e estadual.

6.4 Oferecer atendimento de urgência e emergência a nível nacional.

6.5 Oferecer sistema Abramge se necessário.

5.6 Dispor de ampla cobertura no Município do Rio Grande, em diversas especialidades, incluindo consultas, exames, cirurgias, partos, tratamentos e internações hospitalares.

6.7 Ter hospital de referência no Município.

6.8 Dispor de canais de atendimento 24h (telefone e/ou aplicativo)

6.9 Disponibilizar meios de atendimento e acompanhamentos via sítio oficial, aplicativo próprio onde conste todas informações referentes ao plano com histórico detalhado, guia médico, e demais informações.

6.10 Ofertar relatórios periódicos de utilização e custo.

6.11 Garantir a gestão de dados e a conformidade com a LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

6.12 Disponibilizar meios de pagamento variados, incluindo boletos individualizados.

6.13 Realizar os trabalhos nas dependências da CONTRATADA ou na rede credenciada desta e, tendo os vereadores, servidores ativos e inativos, dependentes e, ainda, pensionistas da Câmara Municipal do Rio Grande, beneficiários do plano, o acesso ao serviço final.

6.14 Disponibilizar plano na modalidade de pós pagamento.

6.15 Disponibilizar relatórios/comprovantes para fins de declaração de impostos de renda.

6.16 Estar habilitada comprovando minimamente o que segue:

6.16.1 Habilitação jurídica: Comprovação mediante apresentação de ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado no órgão competente.

6.16.2 Regularidade fiscal e trabalhista: A comprovação se dará mediante a apresentação de certidões válidas, incluindo:

6.16.3 Prova de regularidade para com as Fazendas Federal (Dívida Ativa da União), Estadual e Municipal do domicílio ou sede da licitante;

6.16.4 Certificado de Regularidade do FGTS;

6.16.5 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT);

6.16.6 Certidão negativa de efeitos sobre falência.

6.16.7 A Qualificação técnica, capacitação e experiência profissional:

6.16.7.1 A prestadora deverá ter registro junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com autorização de funcionamento em plena validade, nos termos do art. 8º da Lei nº 9.656/1998.

6.16.7.2 Dispor de profissionais habilitados à prestação dos serviços nas especialidades e quantitativos mínimos, uma vez que o mínimo de hospitais e médicos credenciados assegura que os beneficiários tenham acesso rápido e fácil aos serviços de saúde necessários, sem necessidade de deslocamentos ou esperas prolongadas.

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

6.16.7.4 Prova de registro na ANS do (s) plano (s) ofertado (s), necessariamente de abrangência geográfica nacional ou sistema Abramge, bem como da segmentação assistencial oferecida, nos termos da RN-ANS nº 465/2021, mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro;

6.16.7.5 Atestado (s) fornecido (s) por pessoa jurídica de direito público ou privado, no (s) qual (is) esteja expressa a aptidão técnica da interessada na prestação de serviço de assistência médica, hospitalar e ambulatorial, no regime de contratação coletiva, abrangendo 50% dos beneficiários.

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

6.16.7.7 A empresa deverá dispor de profissionais habilitados à prestação dos serviços nas especialidades e quantitativos mínimos do Termo de Referência- Anexo I.

6.16.7.8 A listagem de profissionais habilitados deverá ser apresentada em arquivo eletrônico com formato aberto que permita a busca de termos e palavras-chave por meio do comando “Localizar”, a fim de otimizar a análise da proposta pelo pregoeiro.

6.16.8 Vínculos proibitivos (Compliance - Art. 14, Lei nº 14.133/2021): É vedada a participação de pessoa física ou jurídica que mantenha vínculo de natureza técnica, comercial ou familiar (até o terceiro grau) com dirigente da Câmara ou agente público que atue na gestão do contrato.

## **7 ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS**

7.1 Pessoa jurídica de direito privado que opere plano de assistência à saúde, com coparticipação, devidamente registrada e ativa na Agência Nacional de Saúde Suplementar (Lei nº 9.656/98, art. 1º, I e II) para prestação do serviço de assistência médica hospitalar com obstetrícia e ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias, internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas, dependência química e psiquiátricas, internações em Unidade de Terapia Intensiva/Centro de Terapia Intensiva adulto, infantil e neonatal, serviços de oncologia/tratamento, utilização de leitos especiais, limitado, no mínimo, ao rol de procedimentos da ANS e suas atualizações, inclusive com serviços odontológicos, nos termos abaixo, conforme condições e exigências estabelecidas neste Instrumento.

7.2 O rol dos serviços a serem prestados estarão em conformidade com o disposto nos artigos 10 a 12 da Lei nº 9.656/1998 e Lei nº 14.454/2022, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, bem como as especificações contratuais do presente Termo de Referência.

7.3 Os serviços também deverão atender a legislação e normas complementares relacionadas à saúde suplementar, conforme definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

## **8 CAPACITAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

8.1 A prestadora deverá ter registro junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com autorização de funcionamento em plena validade, nos termos do art. 8º da Lei nº 9.656/1998.

8.2 Comprovação, com base em atestados de capacidade técnica e operacional emitidas por pessoas jurídicas públicas ou privadas, que está apta ao desempenho das atividades pertinentes e compatíveis com o objeto da contratação especificada.

8.3 Dispor de profissionais habilitados à prestação dos serviços nas especialidades e quantitativos mínimos, uma vez que o mínimo de hospitais e médicos credenciados assegura que os beneficiários tenham acesso rápido e fácil aos serviços de saúde necessários, sem necessidade de deslocamentos ou esperas prolongadas.

## **9 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO**

9.1 O objeto da licitação tem a natureza de serviço comum de caráter continuado e sem fornecimento de mão de obra em regime de dedicação exclusiva.

9.2 O serviço privado de assistência à saúde será prestado sob o regime coletivo, por adesão, a preço “per capita” previamente determinado e com coparticipação.

9.3 A utilização dos serviços será por intermédio do acesso direto dos beneficiários à ampla rede de profissionais e serviços próprios da operadora, credenciados, contratados, cooperados ou referenciados.

9.4 Será vedada aos usuários a livre escolha de profissionais ou serviços fora da rede, à exceção dos casos de atendimentos de urgência e emergência, ou quando não for possível a utilização dos serviços da CONTRATADA, nos termos da Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (RN - ANS) nº 465/2021 e suas atualizações.

9.5 Além das coberturas constantes do plano, a operadora CONTRATADA será obrigada a garantir cobertura de doenças e condições preexistentes, crônicas ou congênitas, sendo vedado o estabelecimento de qualquer cláusula de Cobertura Parcial Temporária (CPT).

9.6 Será facultado à CONTRATADA disponibilizar, a qualquer momento, no transcurso da vigência do contrato, serviços adicionais àqueles especificados no presente termo de referência, observando-se o que segue:

9.7 A adesão aos serviços adicionais eventualmente disponibilizados pela operadora CONTRATADA será optativa, sendo que os beneficiários deverão manifestar formalmente, em formulário próprio, o desejo de incluir os referidos serviços adicionais à configuração do seu plano;

9.8 A inclusão dos serviços adicionais será celebrada por aditamento contratual, sujeitando-se estes serviços às demais cláusulas CONTRATADAS;

9.9 A CONTRATADA deverá providenciar que as requisições para realização de exames complementares sejam amplamente aceitas pela rede conveniada, independentemente do credenciamento dos referidos médicos junto à operadora.

## **10 INCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS**

10.1 A inclusão poderá se dar a qualquer momento, observando os períodos de carência dispostos no item 11.

10.2 A inclusão gerará um cartão de identificação para uso do beneficiário, em formato físico e digital.

10.3 No ato da inclusão o beneficiário terá o direito de optar entre um ou outro segmento proposto.

10.4 A CONTRATADA fica obrigada a garantir atendimento de urgência e emergência em até 24 (vinte e quatro horas) ao beneficiário a partir da assinatura do contrato, independente do momento em que se deu a contratação.

10.5 A operadora CONTRATADA fica obrigada a garantir a inclusão de novos tipos de beneficiários.

10.6 A operadora CONTRATADA deverá providenciar o cadastramento de todos os beneficiários, a partir da assinatura do contrato até, no máximo, 30 (trinta) dias antes do início da cobertura assistencial.

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

10.8 Poderão, a critério da contratada, serem incluídos nas mesmas modalidades de planos filhos (as) maiores de 24 (vinte e quatro anos), ficando o beneficiário titular ou o próprio usuário responsável pelo pagamento integral do seu respectivo plano.

## **11 CARÊNCIA**

11.1 Não haverá carência:

11.1.1 Para os grupos iniciais com mais de 30 (trinta) vidas, inclusive para doenças e/ou condições pré-existentes.

11.1.2 Para inclusões na data de aniversário do contrato.

11.1.3 Em 30 (trinta) dias corridos contados da data da posse do servidor.

11.1.4 Em 30 (trinta) dias corridos contados da data do nascimento do recém-nascido.

11.1.5 Em 30 (trinta) dias para novos vereadores e servidores nomeados e empossados.

11.1.6 Em 30 (trinta) dias corridos a partir da assinatura do primeiro contrato.

11.2 Para os ingressos que ocorrerem fora dessas hipóteses, haverá exigência de cumprimento de carência conforme os prazos estabelecidos pela ANS ficando facultado à CONTRATADA a diminuição destes períodos.

11.3 Os beneficiários titulares serão responsabilizados pela utilização do plano de saúde durante o cumprimento de carências, cujos valores serão cobrados pela operadora a título de custo operacional.

## **12 MIGRAÇÃO ENTRE PLANOS**

12.1 Definições:

12.1.1 *Downgrade*: ocorre quando o beneficiário realiza migração do plano de saúde 2 para o 1.

12.1.2 *Upgrade*: ocorre quando o beneficiário realiza migração do plano de saúde 1 para o 2.

## **13 REGRAS DE MIGRAÇÃO E PORTABILIDADE**

13.1 As migrações serão realizadas por escolha dos beneficiários a qualquer momento.

13.2 A migração Downgrade poderá ser realizada a critério dos beneficiários em qualquer data, sem exigência de qualquer cumprimento de período de carência;

13.3 A migração Upgrade somente poderá ocorrer sem exigência de cumprimento de carência se for realizada na data de aniversário do contrato ou a critério da operadora.

13.4 Caso ocorra fora dessa hipótese, haverá exigência de cumprimento das carências determinadas pela ANS ou a critério da operadora.

13.5 A CONTRATADA deverá acolher o pedido de portabilidade entre planos de operadoras diferentes caso atendidos requisitos estabelecidos pela ANS.

## **14 REINCLUSÃO NO PLANO DE SAÚDE**

14.1 Considera-se reinclusão quando o beneficiário titular ou dependente que havia sido excluído dos planos ofertados pela CONTRATANTE (ficando determinado período sem cobertura de qualquer desses planos), solicita seu retorno a um ou mais planos ofertados pela CONTRATANTE.

14.2 Reinclusão no plano de saúde ambulatorial: não haverá exigência de cumprimento de quaisquer períodos de carência;

14.3 Reinclusão no plano de saúde hospitalar: poderá haver exigência de cumprimento de período de carência determinados pela ANS.

14.4 A reinclusão no plano odontológico poderá haver período de carência máxima de 30 (trinta) dias.

## 15 EXCLUSÕES DO PLANO

15.1 Poderão constituir exclusões dos beneficiários titulares:

15.1.1 Cancelamento voluntário;

15.1.2 Falecimento;

15.1.3 Exoneração;

15.1.4 Vacância para posse em outro cargo inacumulável;

15.1.5 Perda da condição de beneficiário de pensão estatutária;

15.1.6 Retorno ao órgão de origem de servidor cedido ou em exercício provisório neste Legislativo.

15.1.7 Prestação de informações falsas, utilização de documentos falsos e uso indevido dos benefícios.

15.2 Os beneficiários titulares serão responsabilizados pelos eventuais débitos remanescentes, bem como pelo custo operacional a ser cobrado pela operadora, em caso de utilização após a efetiva exclusão do plano de saúde.

15.3 Na hipótese de exclusão por óbito do beneficiário, as mensalidades devidas serão cobradas pro rata die até a data do falecimento, sendo o ajuste financeiro realizado mediante abatimento na fatura do mês subsequente ao da comunicação do óbito à operadora do plano de saúde.

15.4 Nos casos de aposentadorias e exonerações os beneficiários terão direito a manutenção dos respectivos planos na forma RN 488, de 29 de março de 2022 da ANS, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, ou a critério da operadora, observando as condições legais mínimas vigentes.

15.5 Todas demais hipóteses estarão previstas nas resoluções da ANS.

15.6 O CONTRATANTE deverá informar ao beneficiário inscrito sobre o cancelamento do benefício em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata a alínea “a” supra.

15.7 Os preços a serem praticados serão aqueles estipulados pela operadora, vigentes a época.

## 16 OPERACIONALIZAÇÃO DO CADASTRO

16.1 A movimentação cadastral será encerrada no dia 20 (vinte) de cada mês e encaminhada por correio eletrônico (ou outro meio digital) à operadora CONTRATADA para levantamento dos valores a serem pagos, bem como para inclusões, alterações e exclusões de beneficiários, a contar do primeiro dia do mês seguinte, salvo nas hipóteses de inclusões previstas no item 16 (dezesseis),

em que os pedidos serão encaminhados imediatamente, mediante procedimento a ser convencionado por ocasião da reunião inicial.

16.2 Se o dia 20 (vinte) ocorrer em feriado ou final de semana, o cadastro será encaminhado no último dia útil imediatamente anterior a esta data.

16.3 Em caso de solicitação de segunda via do cartão físico de identificação de beneficiário, o pedido será encaminhado para a operadora mediante procedimento a ser convencionado por ocasião da reunião inicial.

16.4 Os cartões de identificação dos beneficiários deverão ser encaminhados para a Câmara Municipal do Rio Grande em até 10 (dias) úteis, a contar do recebimento da solicitação pela operadora CONTRATADA, e também os digitais deverão ser disponibilizados via aplicativo/site.

16.5 Em caso de exoneração de servidores a operadora se compromete a priorizar o fechamento da fatura com os serviços correspondentes do servidor exonerado.

## **17 URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

17.1 Considera-se atendimento de urgência o evento imprevisto que exige assistência médica imediata, embora não representem risco de vida imediato, tais como febre alta, complicações pré e pós partos, dores de cabeça intensas, vômitos persistentes, pequenos cortes, entorses, contusões, reações alérgicas, entre outros.

17.2 Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou lesão irreparável para o paciente, tais como acidente vascular cerebral, ataque cardíaco, complicações pré e pós parto, traumas graves com ou sem perda de sangue, hemorragias intensas, parada cardiorrespiratória, convulsão, anafilaxia, intoxicação, queimaduras de segundo ou terceiro grau, edema agudo de pulmão, entre outros.

17.3 Nos casos de urgência e emergência a operadora não poderá exigir autorização prévia para a realização de qualquer exame ou procedimento.

17.4 Os atendimentos de urgência e emergência serão garantidos após decorrido o prazo de carência de 24 (vinte e quatro) horas de inclusão do beneficiário no plano, referido no subitem 15.4.

17.5 A assistência médica para urgência e emergência deve ser imediata, garantir a atenção e atuar no sentido da preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, observando-se o seguinte:

17.6 O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido sem restrições, inclusive para internação.

17.7 Nos casos de urgência e emergência, os beneficiários utilizarão os serviços da rede própria, cooperada, credenciada, CONTRATADA ou referenciada e, na impossibilidade, qualquer serviço de urgência e emergência disponível, sendo os valores das despesas decorrentes reembolsados.

## **18 DAS REMOÇÕES**

18.1 É garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, a ser caracterizada em declaração do médico assistente, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, observadas a RN ANS nº 490/2022 e a Resolução CFM nº 1.672/2003, que normatizam o transporte inter-hospitalar.

18.2 Nos casos de urgência e de emergência, deste termo de referência, quando o paciente não tiver direito à internação em virtude do cumprimento de carências, é garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), dentro da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se que:

18.2.1 Quando não puder ocorrer a remoção por risco de morte, o paciente ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora desse ônus;

18.2.2 Caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

18.2.3 A operadora deverá disponibilizar meio de remoção adequado à gravidade da situação, conforme indicação do médico assistente, equipado 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;

18.2.4 Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

## **19 DO REEMBOLSO**

19.1 É garantido o reembolso de despesas com assistência à saúde quando não for possível a utilização dos serviços oferecidos pela operadora, nos limites das obrigações contratuais, conforme disposto no art. 10 da RN-ANS nº 566/2022 e alterações posteriores, devendo ser também observadas as hipóteses e condições definidas neste instrumento.

19.2 Em caso de reembolso de consultas, é facultado à operadora o desconto do valor da coparticipação.

19.3 O prazo máximo para reembolso, contado do recebimento pela operadora, do comprovante de pagamento acompanhado da documentação exigida, será de 30 (trinta) dias consecutivos.

19.4 A operadora CONTRATADA informará à Câmara Municipal do Rio Grande, no início da vigência do contrato, os documentos necessários, a serem apresentados pelos beneficiários, para fins de reembolso das despesas médico-hospitalares.

19.5 Em caso de negativa total e/ou parcial de reembolsos solicitados, a operadora CONTRATADA deverá encaminhar para o beneficiário-titular do plano, juntamente com os documentos originais do pedido indeferido, justificativa formal que fundamente os motivos da negativa, nos termos e prazos da RN-ANS nº 623/2024 e atualizações.

19.6 Para fins de reembolso, o beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

## **20 DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

20.1 O beneficiário poderá se utilizar dos serviços oferecidos pela operadora CONTRATADA, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede da operadora, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à operadora efetuar o pagamento diretamente ao prestador do serviço, em nome e por conta do beneficiário. A lista de prestadores de serviço pode sofrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo, comprometendo-se a operadora em manter a informação relativa ao rol de prestadores sempre atualizada.

20.2 A operadora reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

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

20.4 Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da operadora, durante o período de internação de algum beneficiário, será 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 do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência.

20.5 A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos, quando exigirem autorização prévia ou auditoria médica devem ser feitas de forma a atender os prazos exigidos no artigo 3º da RN-ANS nº 566/2022 e alterações posteriores.

20.6 Nos casos de urgência e emergência a autorização deverá ser imediata, nos termos do inciso XVII do art. 3º da RN-ANS nº 566/2022 e alterações posteriores.

20.7 Em caso de divergência médica na concessão da autorização, será garantida a instauração de junta médica para definição do impasse, conforme definido pela RN-ANS nº 424/2017 e alterações posteriores.

20.8 Em caso de negativa de autorização de quaisquer serviços solicitados, a operadora deverá encaminhar a negativa formal para o beneficiário interessado, conforme a RN-ANS nº 623/2024, e alterações posteriores.

## **21 DEVERES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATANTE**

21.1 Relacionar os beneficiários, quando da assinatura do contrato, com todos os dados necessários para fins de cadastramento.

21.2 Informar periodicamente, por escrito ou via eletrônica, as movimentações cadastrais conforme subitem 6.7 (Da Operacionalização do Cadastro) deste Termo de Referência.

21.3 Comunicar à operadora CONTRATADA os casos em que o beneficiário, por qualquer motivo, perder o direito de atendimento, na forma prevista neste Termo de Referência.

21.4 Exercer a fiscalização e o acompanhamento da execução do contrato.

21.5 Proporcionar as facilidades indispensáveis à boa execução dos serviços.

21.6 Registrar, por escrito, com a devida comprovação, as principais ocorrências relacionadas à prestação de serviços.

21.7 Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pela CONTRATADA durante a execução do contrato.

21.8 Efetuar os pagamentos à operadora CONTRATADA, de acordo com as condições e prazos estabelecidos nas cláusulas contratuais.

## **22 DEVERES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA**

22.1 Indicar no ato da assinatura do contrato um preposto para o contrato, sendo este o interlocutor da CONTRATADA junto à Câmara Municipal do Rio Grande para os assuntos relativos ao cumprimento das cláusulas contratuais e para participar de reuniões de acompanhamento, sempre que solicitado.

- 22.2 Responsabilizar-se técnica e administrativamente pelo objeto contratado, não sendo aceito, sob qualquer pretexto, a transferência de responsabilidade a outras entidades ou terceiros.
- 22.3 Responder integralmente por perdas e danos que vier a causar à Câmara Municipal do Rio Grande, aos beneficiários do plano de saúde ou a terceiros em razão de ação ou omissão, dolosa ou culposa, sua ou dos seus prepostos, independentemente de outras combinações contratuais ou legais a que estiver sujeita.
- 22.4 Responder pelas despesas relativas a encargos trabalhistas, de seguro de acidentes, impostos, contribuições previdenciárias e quaisquer outras que forem devidas e referentes aos serviços executados por seus empregados, uma vez que os mesmos não possuem nenhum vínculo empregatício com a Câmara Municipal do Rio Grande.
- 22.5 Responder por eventuais valores adicionais ao valor do contrato, tais como custos de deslocamento, alimentação, transporte, alojamento, trabalho em sábados, domingos, feriados ou em horário noturno, bem como qualquer outro valor adicional.
- 22.6 Garantir o mais rigoroso sigilo sobre quaisquer dados, informações, documentos e especificações que venham a ter acesso em razão dos serviços prestados, não podendo, sob qualquer pretexto, revelá-los, divulgá-los ou reproduzi-los.
- 22.7 Manter, durante toda a vigência do contrato, as condições de habilitação exigidas na licitação.
- 22.8 Assegurar a execução dos serviços, conforme a forma preconizada em lei e de acordo com as normas e regulamentações expedidas pela ANS, Resoluções Normativas do CONSU (Conselho de Saúde Suplementar), e observando o estabelecido neste instrumento.
- 22.9 Garantir aos beneficiários atendimento mediante sua identificação, que poderá se dar por meio de apresentação da carteira de identificação, física ou digital, por reconhecimento facial, por identificação biométrica ou outra forma disponibilizada pela CONTRATADA, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade e quando necessária, a autorização prévia, assegure aos beneficiários o direito a utilização dos serviços, nos termos do presente Termo de Referência e da legislação vigente.
- 22.10 Possuir meio próprio para invalidar carteiras de identificação, quando canceladas em razão de exclusão, em caso de extravios ou quando da rescisão do contrato, instituindo controle de validade dos cartões físicos de identificação, devendo, antes de expirado o prazo de validade, entregar novos cartões à Câmara Municipal do Rio Grande.
- 22.11 A Câmara Municipal do Rio Grande não se compromete a devolver as carteiras de identificação entregues aos seus beneficiários.

22.12 Disponibilizar e divulgar, de forma clara e ostensiva, até o prazo de início da prestação dos serviços os canais de atendimento adequados às demandas dos beneficiários, nos termos da RN-ANS nº 623/2024

22.13 Disponibilizar meios de atendimento e acompanhamentos via sítio oficial, aplicativo próprio onde conste todas informações referentes ao plano com histórico detalhado, guia médico, e demais informações.

22.14 Manter a rede de atendimento em número igual ou superior ao apresentado no ato da contratação, e, caso haja descredenciamento de qualquer serviço, credenciar outro de mesmo porte e com a mesma capacidade técnica, abrangência e número de leitos, no prazo máximo de 30 dias contados do descredenciamento, e informar imediatamente à Câmara Municipal do Rio Grande.

22.15 Providenciar a imediata correção das deficiências nos serviços contratados, apontadas pela Câmara Municipal do Rio Grande, responsabilizando-se pelos fatos advindos da ineficiência, morosidade e irregularidades praticadas por seus empregados e prepostos, exceto no que se refere a procedimentos médicos, em que prevalece a relação médico-paciente, e a responsabilidade de ambos.

22.16 Manter rede própria, cooperada, CONTRATADA ou referenciada que propicie aos beneficiários a utilização de todos os serviços necessários ao tratamento, diagnóstico e prevenção das doenças abrangidas pelo presente instrumento.

22.17 Comunicar, por escrito, e com antecedência mínima de 30 dias, quando verificar condições inadequadas para a execução dos serviços ou a iminência de fatos que possam prejudicá-los, bem como eventual atraso ou paralisação dos serviços, neste caso, apresentando justificativas que serão objeto de apreciação pela Câmara Municipal do Rio Grande.

22.18 A CONTRATADA assumirá as despesas hospitalares decorrentes das internações sob a responsabilidade de outra operadora de saúde ou do SUS, a partir da data de início da prestação do serviço objeto, facultando-lhe a transferência dos beneficiários que estiverem internados em condições de remoção, para seus hospitais próprios ou credenciados, desde que não exista restrição médica que a impossibilite.

22.19 Dispor de equipe especializada para oferecer todo o suporte na implantação, manutenção e gerenciamento do plano, mantendo no decorrer deste contrato, um canal de comunicação exclusivo.

22.20 Comunicar à Câmara Municipal do Rio Grande, imediatamente, qualquer irregularidade cometida por beneficiário, por má-fé ou dolo, para as medidas cabíveis.

22.21 Prestar as informações e esclarecimentos solicitados, em até 48 (quarenta e oito) horas, a contar da solicitação da Câmara Municipal do Rio Grande.

- 22.22 Corrigir faturas contestadas por esta Câmara Municipal do Rio Grande em um prazo máximo de 05 (cinco) dias.
- 22.23 Assumir inteira responsabilidade civil e administrativa por quaisquer danos e prejuízos materiais ou pessoais causados pela CONTRATADA aos beneficiários do serviço a ser contratado.
- 22.24 Para que seja admitida a não reposição dos credenciamentos a operadora deverá submeter para análise desta Câmara Municipal do Rio Grande:
- 22.25 Documentos que demonstrem que, apesar da diminuição da rede credenciada, não haverá influência na capacidade técnica para o cumprimento do contrato;
- 22.26 Documento expedido pela ANS que autoriza expressamente a diminuição da rede credenciada da operadora, nos termos do art. 17 da Lei nº 9.656/1998.
- 22.27 Manter, independentemente da situação os quantitativos mínimos constantes para atendimento ao beneficiário conforme proposta inicial até o final do contrato.
- 22.28 Demonstrar, durante toda a vigência do contrato, a manutenção da qualidade na prestação dos serviços especificados neste instrumento.
- 22.29 O descumprimento de qualquer das obrigações, assim como a não prestação ou interrupção dos serviços ou sua prestação em qualidade e quantidade inferior ao especificado, poderá ensejar a aplicação de sanções administrativas à CONTRATADA.

## **23 SANÇÕES APLICÁVEIS**

- 23.1 A inexecução do contrato poderá ser caracterizada pelo descumprimento, total ou parcial, de qualquer das obrigações nele previstas, a critério do CONTRATANTE.
- 23.2 O valor da parcela não executada do contrato corresponderá ao montante mensal estimado da contratação, multiplicado pelo número de meses restantes para o término da vigência contratual.
- 23.3 Na hipótese de descumprimento do prazo estabelecido no 22.1 para designação de preposto, a CONTRATADA estará sujeita à multa diária de 0,01% (um centésimo por cento) do valor mensal do contrato vigente na data estabelecida para cumprimento da obrigação, limitada a 0,1% (um décimo por cento) do referido valor.
- 23.4 Na hipótese de descumprimento do prazo estabelecido no 16.4 para envio dos cartões à Câmara Municipal do Rio Grande, a CONTRATADA estará sujeita à multa diária de 0,02% (dois centésimos por cento) do valor mensal do contrato vigente na data estabelecida para cumprimento da obrigação, limitada a 0,1% (um décimo por cento) do referido valor.
- 23.5 O atraso por período superior a 20 dias poderá caracterizar a inexecução parcial da contratação, a critério da Administração.

23.6 Na hipótese de descumprimento do item 22.13 (disponibilizar canais de atendimento) e 22.14 (disponibilizar portal eletrônico), a CONTRATADA estará sujeita à multa diária de 0,02% (dois centésimos por cento) do valor mensal do contrato vigente na data estabelecida para cumprimento da obrigação, limitada a 0,1% (um décimo por cento) do referido valor.

23.7 O atraso por período superior a 20 dias poderá caracterizar a inexecução parcial da contratação, a critério da Administração.

23.8 Na hipótese de descumprimento do subitem 22.15 e 22.16, a CONTRATADA estará sujeita, para cada ocorrência, à multa diária de 0,1% (um décimo por cento) do valor mensal do contrato vigente na data estabelecida para o credenciamento, limitada a 1% (um por cento) do referido valor.

23.9 O atraso por período superior a 30 (trinta) dias poderá caracterizar a inexecução parcial da contratação, a critério da Administração.

23.10 Na hipótese de descumprimento do subitem 22.17 e 22.21, a CONTRATADA estará sujeita, para cada ocorrência, à multa diária de 0,1% (um décimo por cento) do valor mensal do contrato vigente na data estabelecida para o credenciamento, limitada a 1% (um por cento) do referido valor.

23.11 Na hipótese de descumprimento do prazo estabelecido nos subitens 22.25 para prestação de informações e esclarecimentos solicitados pela Câmara Municipal do Rio Grande, a CONTRATADA estará sujeita, para cada ocorrência, à multa diária de 0,01% (um centésimo por cento) do valor mensal do contrato vigente na data limite para prestação das informações solicitadas, limitada a 0,1% (um décimo por cento) do referido valor.

23.12 Na hipótese de descumprimento do prazo estabelecido no subitem 22.26 para correção de faturas contestadas pela Câmara Municipal do Rio Grande, a CONTRATADA estará sujeita, para cada ocorrência, à multa diária de 0,02% (dois centésimos por cento) do valor mensal do contrato vigente na data fixada para a correção, limitada a 0,1% (um décimo por cento) do referido valor.

## **24 GESTÃO E FISCALIZAÇÃO**

24.1 Serão indicadas ao mínimo duas equipes para a Gestão e Fiscalização do Contrato:

24.1.1 Comissão de Gestão de Contratos;

24.1.2 Comissão de Fiscalização e Fiscal Técnico especialmente designado por Portaria.

24.2 Poderão ser indicados outros servidores não integrantes das comissões supracitadas.

## **25 PROCEDIMENTOS DE GESTÃO E FISCALIZAÇÃO**

25.1 A Comissão de Gestão de Contratos ficará responsável por organizar a reunião inicial; encaminhar alterações contratuais; controlar prazos e indicadores contratuais; atestar notas fiscais;

tratar eventuais irregularidades constatadas na execução contratual; realizar o recebimento definitivo, emitindo o respectivo termo; verificar obrigações previstas no encerramento do contrato.

25.2 A Comissão de Fiscalização de Contratos ficará responsável por participar da reunião inicial; monitorar e conferir cumprimento de prazos contratuais; conferir documentação exigida no contrato; verificar a conformidade da fatura do objeto contratado; acompanhar a execução do objeto de acordo com o contrato; encaminhar a CONTRATADA as demandas que surgirem no curso da execução do contrato, por e-mail ou outro canal a ser definido na reunião inicial; atestar se os requisitos de negócio da contratação foram atendidos; informar ao gestor do contrato qualquer irregularidade na execução do objeto ou descumprimento dos níveis de serviços contratados.

## **26 CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E PAGAMENTO**

26.1 O pagamento será efetuado até o 10º (décimo) dia após efetivo recebimento do objeto que terá fechamento contábil a cada dia 30 (trinta) de cada mês, e formalização da liquidação da despesa.

26.2 A CONTRATADA deverá enviar a nota fiscal para o e-mail informado.

26.3 Na nota fiscal deverão constar obrigatoriamente as informações do procedimento licitatório bem como os dados bancários, em fonte clara e legível no mínimo em fonte 10 (dez)

26.4 O pagamento ocorrerá após a liquidação da despesa pelo setor competente.

26.5 No caso de incorreção nos documentos apresentados, inclusive na nota fiscal, serão os mesmos devolvidos a CONTRATADA para correções necessárias, não respondendo a Câmara por quaisquer encargos resultantes de atrasos na liquidação do pagamento.

26.6 A Câmara não efetua pagamento antecipado, não sendo considerados os itens das propostas que assim se apresentarem.

26.7 As despesas bancárias decorrentes de transferência de valores para outras praças serão de responsabilidades da CONTRATADA.

## **27 ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

27.1 As despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta de recursos específicos consignados no orçamento da Câmara Municipal.

27.2 A contratação será atendida pelas seguintes dotações:

27.2.1 Código da despesa 5 33390080000000000000 - Outros benefícios assistenciais do servidor e do militar;

27.2.2 Classificação analítica 33390081101000000000 - Auxílio-Saúde - Pessoal Ativo, 33390081102000000000 - Auxílio-Saúde - Pessoal Inativo e 33390081103000000000 - Auxílio-Saúde – Pensionistas;

27.3 Todos sem comprometimento através do empenhamento no presente exercício, possuindo cobertura financeira para atendimento do objeto do presente processo, com um saldo até o término do exercício de R\$ 80.000,00

## **28 REAJUSTE CONTRATUAL**

28.1 O reajuste deverá ser concedido com a aplicação do IPCA-PLANOS DE SAÚDE, índice setorial do IBGE, referente ao serviço objeto da contratação, a contar data de assinatura do contrato.

28.2 Em caso de Break-Even na sinistralidade do plano de saúde a CONTRATADA deverá informar a CONTRATANTE por meio da Comissão de Gestão de Contratos.

28.3 Os demais critérios serão previstos no edital e/ou contrato.

## **29 FORMAS DE COMUNICAÇÃO**

29.1 Será realizada uma reunião inicial do contrato com a participação da CONTRATADA, do gestor e fiscais do contrato.

29.2 Toda a logística processual e de tratativas com a CONTRATADA deverá ocorrer, preferencialmente, por meio eletrônico.

29.3 O mecanismo formal de comunicação a ser utilizado para todos os assuntos relacionados ao contrato será o e-mail: [cfcdocumentos@camarariogrande.rs.gov.br](mailto:cfcdocumentos@camarariogrande.rs.gov.br) , ou outro meio a ser decidido na reunião inicial.

29.4 Poderão ser utilizados outros meios de comunicação para situações rotineiras do dia a dia, visando agilizar e solucionar pequenos problemas ou sanar eventuais questões referentes a execução do contrato, tais como telefones e ferramentas como WhatsApp.

29.5 A CONTRATADA deverá manter, também, um (a) consultor (a) gerente devidamente assessorado (a) por equipe de relacionamento empresarial, com disponibilidade para atendimento por intermédio de rede de telefonia fixa e/ou móvel, para tratativas relacionadas as demandas que possam surgir e que exijam medidas imediatas.

## **30 SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO**

30.1 As partes envolvidas deverão observar as disposições da Lei nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), quanto ao tratamento dos dados pessoais que lhes forem

confiados, observando a finalidade e boa-fé na utilização de informações para consecução dos fins a que se propõe o contrato, especialmente considerando os dados sensíveis dos beneficiários.

### **31 CRITÉRIOS DE SUSTENTABILIDADE**

31.1 Aplicam-se, no que couber, a Lei n. 12.305/2010, que dispõe acerca da instituição de Política nacional de Resíduos Sólidos.

31.2 A CONTRATADA deverá observar as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), relacionadas ao tema.

31.3 A comunicação com a CONTRATADA se dará, preferencialmente, por meio eletrônico.

31.4 Os documentos elaborados pela CONTRATADA serão entregues no formato digital.

### **32 BASE LEGAL:**

32.1 Lei nº 14.133, de 01/04/2021 (Institui normas para licitações e contratos da Administração Pública).

32.2 Resolução nº006/2025 (Autoriza a Mesa Diretora a firmar Contrato que propicie a prestação de Serviços de Assistência Médico-Hospitalar aos Vereadores e Servidores da Câmara Municipal e aos seus dependentes, e dá outras providências).

32.3 Resolução nº011/2025 (Altera a Resolução 06, de junho de 2025).

32.4 Lei nº 9.656/1998 (Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde).

32.5 Lei nº 14.454/2022, que estabelece critérios para cobrir tratamentos fora do rol da ANS ([https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2022/lei/l14454.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14454.htm))

32.6 Lei nº 10.185/2001 (Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde).

32.7 Resoluções Normativas do CONSU (Conselho de Saúde Suplementar).

32.8 Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, versão atualizada, conforme mantido pela ANS, respeitadas as respectivas Diretrizes de Utilização.

32.9 Instruções normativas e demais deliberações da ANS relacionadas a normatização e controle dos serviços de prestação de assistência à saúde suplementar. (<http://www.ans.gov.br/legislacao/elaboracao-das-normas-da-saude-suplementar>)

32.10 Resolução Normativa ANS Nº 563, de 15 de dezembro de 2022 ([https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0563\\_30\\_12\\_2022.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0563_30_12_2022.html))



## **ANEXO II**

### **REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO**

#### **DADOS CADASTRAIS** (informações mínimas):

- Nome empresarial;
- Endereço;
- Cidade;
- UF;
- Telefone; Celular;
- E-mail;
- Banco (Agência, Conta Corrente);
- CNPJ;
- Inscrição Estadual (se houver).

#### **EXEMPLO DE REQUERIMENTO**

Conforme dados cadastrais acima, a empresa XXXXXXXX vem, por meio do presente, solicitar seu CREDENCIAMENTO para operar planos de assistência à saúde, conforme descrição, quantidade e valores abaixo discriminados:

1. Quantidade estimada;
2. Valor mensal estimado;
3. Valor anual estimado.

Plano de assistência à saúde (NOME DO PLANO) com abrangência XXXXX e em todo território nacional para urgências e emergências, destinado aos servidores da CMRG e seus dependentes legais, conforme rol de procedimentos previstos pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar e em conformidade com a lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998, para XXX usuários por XX meses e XXX vidas.

Local e data. Nome, identificação e assinatura do interessado.

## **ANEXO III**

### **MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS**

Razão social:



CNPJ:

Endereço:

Telefone:

Endereço eletrônico (e-mail) para contato:

Objeto:

Validade da proposta: 60 (sessenta) dias.

PLANO 1 – HOPITALAR COM OBSTETRÍCIA - COPARTICIPATIVO			
	FAIXA ETÁRIA	VALOR	VALOR POR EXTENO
1 <sup>a</sup>	00 a 18 anos	R\$	
2 <sup>a</sup>	19 a 23 anos	R\$	
3 <sup>a</sup>	24 a 28 anos	R\$	
4 <sup>a</sup>	29 a 33 anos	R\$	
5 <sup>a</sup>	34 a 38 anos	R\$	
6 <sup>a</sup>	39 a 43 anos	R\$	
7 <sup>a</sup>	44 a 48 anos	R\$	
8 <sup>a</sup>	49 a 53 anos	R\$	
9 <sup>a</sup>	54 a 58 anos	R\$	
10 <sup>a</sup>	59 anos ou mais	R\$	

PLANO 1 - VALORES DE COPARTICIPAÇÃO		
EVENTOS	VALOR	VALOR POR EXTENO
	R\$	

PLANO 2 – AMBULATORIAL - COPARTICIPATIVO		
	FAIXA ETÁRIA	VALOR
1 <sup>a</sup>	00 a 18 anos	R\$
2 <sup>a</sup>	19 a 23 anos	R\$
3 <sup>a</sup>	24 a 28 anos	R\$
4 <sup>a</sup>	29 a 33 anos	R\$
5 <sup>a</sup>	34 a 38 anos	R\$
6 <sup>a</sup>	39 a 43 anos	R\$
7 <sup>a</sup>	44 a 48 anos	R\$



8 <sup>a</sup>	49 a 53 anos	R\$	
9 <sup>a</sup>	54 a 58 anos	R\$	
10 <sup>a</sup>	59 anos ou mais	R\$	

**PLANO 2 - VALORES DE COPARTICIPAÇÃO**

EVENTOS	VALOR	VALOR POR EXTENSO
	R\$	

- a) No preço proposto estão incluídos todos os tributos, encargos sociais e quaisquer outros ônus que porventura possam recair sobre o objeto do presente certame.
- b) Os valores poderão ser reajustados anualmente, com base nas regras da ANS ou conforme índice oficial previamente pactuado e autorizado legalmente, mediante prévia notificação à Prefeitura e aos beneficiários.

Rio Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável legal da empresa

**ANEXO IV**  
**MODELO DE DECLARAÇÃO**

**A proponente XXXXXX, CNPJ XXXXXXXXXX**

DECLARA, para os devidos fins:

- 1) QUE não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 anos, nos termos do art. 7º, XXXIII, da Constituição Federal e art. 68, VI, da Lei Federal 14.133/2021;
- 2) QUE até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação/credenciamento, estando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;
- 3) QUE recebeu todos os documentos e informações, sendo orientado acerca de todas as regras, direitos e obrigações previstas no Edital de Credenciamento nº 00X/2025, acatando-as em sua totalidade;
- 4) QUE tem conhecimento dos serviços para os quais solicita credenciamento e que os realizará de forma satisfatória;
- 5) QUE tem conhecimento da forma de seleção;
- 6) QUE concorda e aceita prestar os serviços para os quais se credencia pelos preços estipulados na Tabela de Valores acima;
- 7) QUE o proprietário, o diretor e/ou provedor do estabelecimento a ser credenciado não pertence ao quadro de servidores públicos da CMRG e não ocupa cargo de chefia ou função de confiança;
- 8) QUE não possui entre os proprietários nenhum titular de mandato eletivo;
- 9) QUE cumpre as exigências da lei relativos à reserva de cargos para pessoas com deficiência ou reabilitados da previdência social. (caso se enquadrar nas hipóteses de exigência)

Data:

---

Assinatura  
Representante legal proponente



## **ANEXO V**

### **MINUTA DE CONTRATO**

Contrato que entre si fazem a CMRG e ..... , fundamentado do no PROCEDIMENTO DE CREDENCIAMENTO N° XX/2025

CREDENCIANTE: \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob nº \_\_\_\_\_, com endereço a Av/Rua: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, e RG \_\_\_\_\_.

CREDENCIADA: \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob nº \_\_\_\_\_, com endereço a Av/Rua: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_ e RG \_\_\_\_\_.

#### **AUTORIZAÇÃO**

A lavratura do presente termo foi autorizada pela Presidente da Câmara Municipal do Rio Grande, o qual homologou o resultado do processo de inexigibilidade em ato de ..../..../2025, o qual consta dos autos, após análise da documentação e o deferimento pelo agente de contratação.

#### **CELEBRAÇÃO DO INSTRUMENTO CONTRATUAL E SUJEIÇÃO DOS CREDENCIANTES**

As partes acima nomeadas no presente Termo de Credenciamento, cuja celebração foi autorizada no Processo Administrativo nº XX/2025, derivado do Edital de Credenciamento n.º 0XX/2025, regido pela Lei Federal nº. 14.133/2021 e alterações introduzidas por legislação posterior, e documentos que fazem parte integrantes do presente Processo, têm entre si como consagrada as seguintes cláusulas:

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

1.1 Contratação de operadora de plano de assistência médica com abrangência XXXXX e XXXXX, destinado aos servidores da CMRG e seus dependentes legais, conforme rol de procedimentos

previstos pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar e em conformidade com a lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998.

1.2 Para todos os efeitos legais, para melhor caracterização dos serviços, bem assim para definir procedimentos e normas decorrentes das obrigações ora contraídas, integram este instrumento, como se nele estivessem transcritos, os seguintes documentos:

- a) O Edital de Credenciamento nº 00X/2025 e seus anexos;
- b) O Termo de Referência;
- c) O Requerimento de Credenciamento
- D) Declarações da Contratada;

## **CLÁUSULA SEGUNDA - DAS CONDIÇÕES, REGIMES E FORMAS DE EXECUÇÃO**

2.1 A CREDENCIADA deverá estar apto a iniciar a prestação de serviços em até 30 (trinta) dias da publicação do contrato no PNCP.

## **CLÁUSULA TERCEIRA – DOS PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

3.1 O preço unitário fixado encontra-se definido abaixo:

3.1.1 Plano de Assistência Médica XXXXXXXX (cento e XXXXXX) vidas R\$ XXXXX (XXXXX)

3.2 O preço total estimado do objeto enunciado na cláusula primeira é de R\$ XXXXX (XXXXX), para o período de 12 meses.

3.3 A CREDENCIADA enviará a fatura até o dia XX (XXX) do mês, para que no prazo de até 10 (dez) dias úteis do mês subsequente a CMRG realize o pagamento.

3.4 Para fazer jus ao pagamento, a CREDENCIADA deverá manter as condições de habilitação previstas no Edital de Chamamento Público.

3.5 Nenhum pagamento será efetuado à CREDENCIADA, enquanto houver pendência de liquidação de obrigação financeira, em virtude de penalidade ou inadimplência contratual.

## **CLÁUSULA QUARTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E RECURSOS FINANCEIROS**

4.1 Estima-se que as mensalidades totalizarão R\$ XXXXX (XXXXX) anual.

## **CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO**

5.1 Este instrumento terá vigência de XX meses a contar da publicação no PNCP, prorrogável por até XXX meses, na forma da lei, equiparando-se a serviços de natureza continuada, na forma do art. 107 da Lei 14.133/2021, em havendo interesse público e vantajosidade.

6.1 As obrigações constam do Edital e do Termo de Referência.

## **CLÁUSULA SÉTIMA - DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIANTE**

7.1 Proporcionar à CREDENCIADA condições para a fiel execução do objeto credenciado.

7.2 Rejeitar, no todo ou em parte, os serviços prestados em desacordo com as obrigações assumidas pela CREDENCIADA.

7.3 Notificar a CREDENCIADA, por escrito, acerca da aplicação de penalidade, garantindo-lhe a prévia defesa.

7.4 Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pela CREDENCIADA.

7.5 Impedir que terceiros executem o serviço credenciado.

7.6 Efetuar o pagamento à CREDENCIADA no prazo e condições estipuladas neste Termo de Referência.

### **CLÁUSULA OITAVA – DO REAJUSTAMENTO DE PREÇO**

8.1 O preço oferecido não estará sujeito a reajustamento até o final do período de 12 (doze) meses, contados da data da assinatura do contrato.

8.2 O reajuste do preço levará em consideração o IPC/Saúde da FIPE ou outro índice que vier a substituí-lo.

8.3 O reajuste será efetuado por meio de simples apostilamento.

### **CLÁUSULA NONA - DA EXTINÇÃO DO CONTRATO**

9.1 A CREDENCIADA reconhece os direitos da Administração, em caso de rescisão administrativa, previstos no art. 155 da Lei Federal nº. 14.133/ 2021.

9.2 Faltas injustificadas, inexecução, defeitos ou vícios na prestação dos serviços constituem razões para o descredenciamento unilateral, podendo ainda ser aberto processo administrativo para apuração de eventuais responsabilidades

9.3 A Administração terá o direito de extinguir o contrato a qualquer tempo, sem ônus, quando não dispuser de créditos orçamentários para sua continuidade ou quando entender que não necessita mais da prestação do serviço, notificando a CREDENCIADA com antecedência mínima de 30 dias.

9.4 A CREDENCIADA poderá optar por encerrar a relação com a CREDENCIANTE, sem ônus, a qualquer tempo, desde que notifique a CREDENCIANTE com antecedência mínima de 90 dias.

9.5 Todas as decisões deverão ser motivadas pela Administração Pública, observado o contraditório e a ampla defesa.

### **CLÁUSULA DÉCIMA - DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO**

10.1 O gestor do contrato exercerá a administração dos serviços prestados pelas credenciadas, com a atribuição de controle das questões documentais, devendo verificar a situações pertinentes ao pagamento, prazo e vigência do instrumento contratual, necessidade de renovação/prorrogação, bem

como verificar a realização de possíveis reajustes, reequilíbrio econômico financeiro e da celebração dos termos aditivos, etc

10.2 A fiscalização dos serviços será exercida por fiscal designado, ao qual compete exercer a verificação concreta do objeto, acompanhando toda a execução, anotando em registro próprio todas as ocorrências pertinentes.

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS ENCARGOS**

11.1 Os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais, de transportes e seguro, inclusive aqueles relativos a impostos e taxas, são de inteira responsabilidade da CREDENCIADA, bem como despesas e obrigações financeiras de qualquer natureza, despesas operacionais e de mão-de-obra, sendo que sua inadimplência, com relação a tais encargos, não transfere à CREDENCIANTE o ônus pelo seu pagamento, não podendo onerar a presente avença.

### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS SANÇÕES**

12.1 Com fulcro na Lei nº 14.133 de 2021, pela inexecução parcial ou total do credenciamento e outras infrações na prestação do serviço, a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos CREDENCIADOS e as seguintes sanções, sem prejuízo das responsabilidades civil e criminal:

12.1.1 advertência;

12.1.2 multa;

12.1.3 impedimento de licitar e contratar, nos seguintes casos:

a) abandonar a prestação do serviço sem comunicação prévia, reiteradamente, colocando em risco o patrimônio público.

12.1.4 declaração de inidoneidade, nos seguintes casos:

a) apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o credenciamento ou prestar declaração falsa durante o procedimento;

b) fraudar o credenciamento;

c) comportar-se de modo inidôneo, desonesto, ou cometer fraude de qualquer natureza, em especial quando:

c.1 agir em conluio ou em desconformidade com a lei;

c.2 induzir deliberadamente a erro no julgamento;

12.1.5 na aplicação das sanções serão considerados:

12.1.6 a natureza e a gravidade da infração cometida;

12.1.7 as peculiaridades do caso concreto;

12.1.8 as circunstâncias agravantes ou atenuantes;

12.1.9 os danos que dela provierem para a Administração Pública;

12.2 A multa será recolhida em percentual de 2%, 5% ou 10% incidente sobre o valor anual, estimado, da prestação do serviço, recolhida no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, a contar da comunicação oficial, graduada conforme a gravidade da infração.

12.3 As sanções de advertência, impedimento de licitar e contratar poderão ser aplicadas, cumulativamente ou não, à penalidade de multa.

12.4 Na aplicação da sanção de multa será facultada a defesa do interessado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação.

12.5 Faltas injustificadas, inexecução, defeitos ou vícios na prestação dos serviços constituem razões para o descredenciamento unilateral, podendo ainda ser aberto processo administrativo para apuração de eventuais responsabilidades.

12.6 A apuração de responsabilidades, relacionadas às sanções de impedimento de licitar e contratar, e de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar demandará a instauração de processo de responsabilização, concedido o contraditório e a ampla defesa.

12.7 A aplicação das sanções previstas neste edital não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral dos danos eventualmente causados à Administração Pública.

13.1 Este instrumento reger-se-á de acordo com o disposto na Lei Federal n.º 14.133/2021 e posteriores alterações, Credenciamento nº 001/2024 e demais disposições legais e aplicáveis.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO**

14.1 Fica eleito o Foro da Comarca do Rio Grande RS, para dirimir quaisquer questões relativas ao presente contrato que não possam ser solucionadas pelo mútuo entendimento das partes.

E, por estarem justos e acertados, firmam o presente contrato em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas, para todos os efeitos legais e de direito.

Rio Grande/RS, aos \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ de 2025.

Câmara de Vereadores do Rio Grande, doravante denominada  
CREDENCIANTE \_\_\_\_\_.

XXXXXX doravante, denominada

CREDENCIADA \_\_\_\_\_.

Testemunhas:

A) \_\_\_\_\_ B) \_\_\_\_\_