



TERMO DE REFERÊNCIA – TR

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VENDELINO

Secretaria Municipal da Administração

1. DEFINIÇÃO DO OBJETO

O presente Termo de Referência tem por objeto a contratação de operadora de plano privado coletivo empresarial de assistência à saúde, de adesão facultativa, regularmente registrada e autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, destinada aos beneficiários admitidos pela Lei Municipal nº 595, de 12 de junho de 2001, mediante prestação continuada de serviços de assistência suplementar à saúde.

O plano deverá contemplar cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, acomodação semiprivativa, rede assistencial com abrangência estadual no Estado do Rio Grande do Sul, atendimento de urgência e emergência em âmbito nacional, procedimentos de média e alta complexidade e demais coberturas estabelecidas neste Termo de Referência.

A prestação dos serviços ocorrerá por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, suficiente para realização de consultas, exames, terapias, internações, cirurgias, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, tratamentos especializados e demais serviços abrangidos pela contratação.

A contratação atenderá inicialmente aproximadamente 168 beneficiários, entre titulares e dependentes, conforme levantamento realizado pela Administração.

O quantitativo possui caráter exclusivamente estimativo e poderá variar durante a vigência contratual em razão de adesões, nomeações, contratações, admissões, desligamentos, aposentadorias, falecimentos, inclusões e exclusões de dependentes e demais movimentações cadastrais, não constituindo garantia mínima de vidas ou de faturamento à contratada.

A vigência inicial será de 12 (doze) meses, admitida a prorrogação na forma da Lei Federal nº 14.133/2021, desde que demonstrada a vantajosidade e atendidos os demais requisitos legais.

2. FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO

A contratação encontra-se fundamentada no Estudo Técnico Preliminar elaborado pela Administração, que demonstrou a necessidade de continuidade



do benefício de assistência suplementar à saúde instituído pela Lei Municipal nº 595/2001 e concluiu que a contratação de operadora especializada constitui solução técnica e economicamente adequada.

A contratação visa assegurar a continuidade assistencial, acesso adequado aos serviços de saúde, rede médica, hospitalar, laboratorial e multiprofissional compatível com a demanda, hospital de referência próximo ao Município e adequada gestão administrativa e financeira do benefício.

O presente Termo de Referência detalha os requisitos da solução identificada no Estudo Técnico Preliminar e estabelece as condições necessárias à seleção da proposta mais vantajosa e à execução e fiscalização do futuro contrato, nos termos da Lei Federal nº 14.133/2021.

3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

A solução compreende a disponibilização e administração de plano coletivo empresarial de assistência à saúde, mediante adesão facultativa dos beneficiários legalmente elegíveis.

A contratada será responsável pela integral operacionalização do plano, compreendendo, no mínimo:

- I – implantação e manutenção da carteira de beneficiários;
- II – inclusão, exclusão e alteração cadastral;
- III – disponibilização e manutenção da rede assistencial;
- IV – prestação dos serviços médicos, hospitalares, laboratoriais, diagnósticos e terapêuticos;
- V – atendimento multiprofissional;
- VI – processamento de autorizações;
- VII – atendimento de urgência e emergência;
- VIII – internações e tratamentos;
- IX – gestão e demonstração das coparticipações;
- X – faturamento;
- XI – emissão de relatórios;
- XII – manutenção de canais de atendimento aos beneficiários;
- XIII – canal específico de atendimento à Administração Municipal;
- XIV – disponibilização de ferramentas eletrônicas para utilização e acompanhamento do plano;
- XV – garantia de continuidade assistencial; e
- XVI – demais atividades necessárias à adequada execução do objeto.

4. PREVALÊNCIA DAS CONDIÇÕES DA CONTRATAÇÃO



As disposições deste Termo de Referência, do Edital, da proposta vencedora e do contrato constituirão condições obrigatórias da contratação.

Os regulamentos, manuais, protocolos administrativos, políticas comerciais, normas internas ou instrumentos próprios da contratada não poderão restringir, modificar ou afastar direitos, coberturas, prazos, condições de adesão, carências, requisitos de rede, valores ou demais obrigações expressamente estabelecidas na contratação.

A legislação relativa à saúde suplementar e as normas expedidas pela ANS deverão ser integralmente observadas como garantias mínimas dos beneficiários.

Quando o Edital, este Termo de Referência, o contrato ou a proposta vencedora estabelecerem condição mais favorável aos beneficiários do que o padrão mínimo previsto na legislação ou regulamentação, prevalecerá a condição mais favorável contratada, desde que juridicamente admissível.

5. REQUISITOS DA OPERADORA E DO PRODUTO

A licitante deverá ser operadora regularmente constituída e autorizada a atuar no mercado de saúde suplementar, mantendo registro ativo perante a ANS durante toda a execução contratual.

O produto ofertado deverá possuir registro regular perante a ANS e ser compatível com todas as características estabelecidas neste Termo de Referência.

A contratada deverá manter durante toda a execução:

- I – regularidade perante a ANS;
- II – condições de habilitação exigidas no procedimento licitatório;
- III – capacidade técnica e operacional;
- IV – rede assistencial mínima exigida;
- V – hospital de referência;
- VI – canais adequados de atendimento; e
- VII – demais condições necessárias ao integral cumprimento do objeto.

A contratada responderá integralmente pela adequada disponibilização dos serviços integrantes de sua rede própria, credenciada, contratada ou referenciada.

6. COBERTURA ASSISTENCIAL

O plano deverá possuir cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, compreendendo os procedimentos, exames, tratamentos e demais



eventos em saúde abrangidos pela segmentação contratada, pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e pela legislação vigente, inclusive as coberturas decorrentes da Lei Federal nº 9.656/1998 e suas alterações.

A cobertura deverá compreender, no mínimo:

I – consultas médicas, inclusive em todas as especialidades abrangidas pela cobertura contratada;

II – exames laboratoriais, anatomopatológicos, genéticos, de imagem e demais exames diagnósticos de cobertura obrigatória;

III – procedimentos diagnósticos e terapêuticos;

IV – procedimentos ambulatoriais e hospitalares;

V – terapias e atendimentos multiprofissionais;

VI – internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas e psiquiátricas;

VII – procedimentos cirúrgicos, inclusive de média e alta complexidade;

VIII – internação e assistência em unidade de terapia intensiva – UTI, quando indicada;

IX – atendimento de urgência e emergência;

X – procedimentos de alta complexidade – PAC;

XI – assistência integral aos pacientes oncológicos, compreendendo, quando indicados e de cobertura obrigatória, quimioterapia, radioterapia, imunoterapia, hormonioterapia, terapia-alvo, medicamentos antineoplásicos orais e demais modalidades de tratamento do câncer, bem como exames, procedimentos e acompanhamento necessários à continuidade da assistência;

XII – medicamentos utilizados durante internação, atendimento hospitalar ou procedimentos cobertos, bem como medicamentos de cobertura obrigatória no âmbito da assistência suplementar;

XIII – hemodiálise e diálise peritoneal, quando indicadas;

XIV – transplantes e procedimentos correlatos cuja cobertura seja obrigatória;

XV – órteses, próteses e materiais especiais – OPME vinculados a procedimentos cobertos, quando de cobertura obrigatória;

XVI – acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério;

XVII – assistência ao recém-nascido, observadas as condições legais e regulamentares;

XVIII – procedimentos relacionados à saúde mental, inclusive internações e tratamentos abrangidos pela cobertura contratada;

XIX – tratamentos e terapias destinados às pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA e às pessoas com deficiência, na extensão da cobertura legal e regulamentar;



XX – fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e nutrição, quando indicadas e abrangidas pela cobertura;

XXI – procedimentos de reabilitação;

XXII – demais procedimentos, exames, terapias, medicamentos e tratamentos cuja cobertura seja obrigatória durante a vigência contratual.

A enumeração constante deste item possui caráter mínimo e não exaustivo, não podendo ser interpretada como limitação das coberturas asseguradas pela legislação, pela regulamentação da ANS, pelo produto ofertado ou por condição mais favorável prevista neste Termo de Referência, no Edital, na proposta vencedora ou no contrato.

A superveniência de norma legal ou regulamentar que amplie a cobertura obrigatória dos planos de saúde durante a execução contratual deverá ser observada pela contratada nos termos e prazos estabelecidos pela legislação aplicável, independentemente de alteração da relação exemplificativa constante deste Termo de Referência.

7. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A rede assistencial destinada aos atendimentos eletivos deverá possuir abrangência estadual no Estado do Rio Grande do Sul.

O atendimento de urgência e emergência deverá ser assegurado em todo o território nacional.

A abrangência estadual não afasta a obrigação de manutenção da rede regional mínima e do hospital de referência estabelecidos neste Termo de Referência.

8. HOSPITAL DE REFERÊNCIA E REDE ASSISTENCIAL DE REFERÊNCIA

A contratada deverá disponibilizar e manter, durante toda a vigência contratual, no mínimo 1 (um) hospital de referência situado em distância rodoviária não superior a 50 km da sede do Município de São Vendelino/RS, considerada a rota rodoviária regular de menor extensão.

O limite geográfico estabelecido constitui requisito mínimo da contratação e tem por finalidade assegurar aos beneficiários acesso efetivo e adequado aos serviços de saúde, evitando deslocamentos excessivos, especialmente em situações de urgência, internação, doença grave ou tratamentos que demandem comparecimento frequente ou sucessivo.



O hospital de referência deverá disponibilizar, diretamente ou por meio da rede assistencial de referência localizada dentro do mesmo limite máximo de 50 km, os seguintes serviços:

- I – atendimento de urgência e emergência 24 horas;
- II – internações clínicas e cirúrgicas;
- III – centro cirúrgico;
- IV – Unidade de Terapia Intensiva – UTI;
- V – atendimento pediátrico;
- VI – maternidade, atendimento obstétrico e assistência neonatal;
- VII – ortopedia e traumatologia;
- VIII – cardiologia;
- IX – neurologia;
- X – exames laboratoriais;
- XI – exames de diagnóstico por imagem;
- XII – procedimentos de média e alta complexidade compatíveis com a estrutura regional;
- XIII – assistência oncológica;
- XIV – quimioterapia;
- XV – radioterapia;
- XVI – imunoterapia e demais tratamentos oncológicos de cobertura obrigatória disponíveis regionalmente; e
- XVII – demais serviços necessários ao adequado suporte hospitalar dos beneficiários.

Não será exigido que todos os serviços acima estejam fisicamente concentrados no mesmo estabelecimento hospitalar, podendo ser prestados por hospitais, clínicas, centros de diagnóstico ou estabelecimentos especializados integrantes da rede assistencial disponibilizada pela contratada, desde que todos estejam situados dentro do limite máximo de 50 km da sede do Município, ressalvados exclusivamente os procedimentos de alta especialização cuja oferta seja comprovadamente inexistente dentro desse limite geográfico.

8.1. Assistência oncológica e tratamentos seriados

A contratada deverá assegurar rede especializada para assistência ao paciente oncológico, compreendendo consultas, exames, acompanhamento especializado e os tratamentos abrangidos pela contratação, inclusive quimioterapia, radioterapia, imunoterapia, hormonioterapia, terapia-alvo, terapia antineoplásica e demais modalidades terapêuticas de cobertura obrigatória, observadas a legislação e a regulamentação aplicáveis.



Os estabelecimentos destinados à realização de quimioterapia e radioterapia deverão obrigatoriamente estar situados dentro do limite máximo de 50 km da sede do Município, não se aplicando a esses serviços a ressalva prevista para procedimentos de alta especialização.

A limitação geográfica justifica-se pela natureza dos tratamentos oncológicos, especialmente quimioterapia e radioterapia, que podem exigir sessões sucessivas e recorrentes durante períodos prolongados, sendo necessário assegurar acessibilidade efetiva ao serviço, continuidade e adesão ao tratamento e redução do desgaste físico decorrente de deslocamentos reiterados de pacientes em condição de saúde fragilizada.

A abrangência estadual do plano não poderá ser utilizada para suprir a ausência, dentro do limite geográfico estabelecido, dos serviços oncológicos expressamente exigidos neste item.

8.2. Procedimentos de alta especialização

Para procedimentos de alta especialização cuja oferta seja comprovadamente inexistente dentro do limite de 50 km, tais como transplantes, determinadas cirurgias de alta complexidade, procedimentos especializados de baixa disponibilidade regional e outros de natureza equivalente, admitir-se-á atendimento em estabelecimento situado em distância superior, observadas a cobertura e a abrangência territorial contratadas.

A exceção deste subitem não se aplica ao hospital de referência, aos atendimentos de urgência e emergência, nem aos serviços de quimioterapia e radioterapia, que deverão permanecer disponíveis dentro do limite geográfico estabelecido.

8.3. Manutenção da rede de referência

O hospital e os demais estabelecimentos utilizados para cumprimento dos requisitos deste item deverão permanecer disponíveis aos beneficiários durante toda a execução contratual.

A exclusão, descredenciamento ou substituição deverá observar a legislação e a regulamentação aplicáveis, além das condições estabelecidas neste Termo de Referência.

Quando a alteração atingir estabelecimento necessário ao cumprimento da distância máxima de 50 km, a contratada deverá disponibilizar estabelecimento substituto que preserve o mesmo limite geográfico e capacidade assistencial equivalente ou superior, sem interrupção dos atendimentos.



Deverá ser assegurada, em qualquer hipótese, a continuidade das internações, tratamentos oncológicos, terapias e demais tratamentos em andamento.

9. REDE MÉDICA REGIONAL MÍNIMA

A contratada deverá manter, durante toda a vigência contratual, rede médica regional efetivamente disponível aos beneficiários, com atendimento em estabelecimentos situados dentro do limite máximo de 50 km da sede do Município de São Vendelino/RS, observado o critério de distância estabelecido no item 8.

A rede deverá contemplar, no mínimo:

Especialidade	Nº mínimo de profissionais credenciados
Clínica Médica	5
Pediatria	4
Ginecologia/Obstetrícia	4
Cardiologia	4
Ortopedia/Traumatologia	4
Cirurgia Geral	3
Neurologia	2
Psiquiatria	2
Dermatologia	2
Endocrinologia	2
Gastroenterologia	2
Urologia	2
Oftalmologia	3
Otorrinolaringologia	2
Pneumologia	2
Reumatologia	1
Nefrologia	1
Oncologia	1

Para fins de atendimento dos quantitativos mínimos:

I – serão considerados apenas profissionais distintos, regularmente habilitados e efetivamente integrantes da rede do produto ofertado, disponíveis para atendimento dos beneficiários;



II – o mesmo profissional não poderá ser computado mais de uma vez na mesma especialidade para fins de atingimento do quantitativo mínimo;

III – não será suficiente a mera inclusão do profissional em relação geral de credenciados da operadora, devendo estar habilitado a atender os beneficiários nas condições do plano contratado;

IV – os quantitativos deverão ser mantidos durante toda a execução contratual, cabendo à contratada promover sua recomposição sempre que houver descredenciamento, afastamento, indisponibilidade prolongada ou qualquer outra circunstância que reduza a rede abaixo do mínimo exigido;

V – a contratada deverá manter e disponibilizar ao Município e aos beneficiários relação atualizada da rede credenciada, contendo, no mínimo, nome do profissional, especialidade, município e estabelecimento/local de atendimento, além dos meios necessários para localização e agendamento;

VI – a Administração poderá, a qualquer tempo, verificar a efetiva disponibilidade dos profissionais indicados, inclusive mediante diligência, consulta aos canais da operadora ou solicitação de documentação comprobatória;

VII – eventual alteração da rede não poderá resultar em redução dos quantitativos mínimos nem comprometer a abrangência geográfica e a capacidade de atendimento exigidas neste Termo de Referência.

Os quantitativos acima constituem requisitos mínimos e não limitam a responsabilidade assistencial da contratada, que deverá manter rede suficiente para absorver a demanda dos beneficiários e assegurar a realização dos atendimentos nos prazos máximos estabelecidos pela regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A inexistência de agenda disponível junto aos profissionais que compõem a rede mínima não caracterizará cumprimento da obrigação contratual quando resultar na impossibilidade de atendimento dentro do prazo regulamentar.

Nessa hipótese, caberá à contratada indicar e viabilizar alternativa de atendimento dentro do prazo aplicável, adotando as providências necessárias para que o beneficiário não permaneça desassistido, nos termos da regulamentação vigente da ANS.

A contratada deverá assegurar o atendimento das consultas médicas nos prazos máximos estabelecidos pela regulamentação vigente da ANS, independentemente dos quantitativos mínimos de profissionais previstos neste item.



9.1. Rede de Serviços Diagnósticos e Terapêuticos

A contratada deverá disponibilizar rede suficiente para realização dos exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos abrangidos pela contratação, observados os seguintes parâmetros:

I – análises clínicas e coleta de material: no mínimo 2 (dois) estabelecimentos ou pontos de coleta, situados em distância rodoviária não superior a 20 km da sede do Município de São Vendelino/RS;

II – demais exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos de utilização habitual, incluindo radiologia, ultrassonografia, mamografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, endoscopia, colonoscopia, eletrocardiograma e demais exames cardiológicos: disponibilidade em distância rodoviária não superior a 50 km da sede municipal;

III – procedimentos de alta especialização cuja oferta seja comprovadamente inexistente dentro do limite de 50 km: poderão ser disponibilizados em distância superior, observadas a cobertura e a abrangência territorial contratadas.

A exigência de maior proximidade para análises clínicas e coleta de material justifica-se pela frequência de utilização desses serviços, inclusive para acompanhamento de condições crônicas, realização periódica de exames e atendimento de crianças, idosos e demais beneficiários, devendo a rede contratada proporcionar acesso efetivo e adequado ao serviço.

A localização da rede deverá permitir que os procedimentos abrangidos pelo plano sejam efetivamente utilizados pelos beneficiários, reduzindo a necessidade de procura da rede pública de saúde para a realização de exames que constituam obrigação assistencial da contratada.

A realização dos exames e procedimentos deverá observar os prazos máximos estabelecidos pela regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, cabendo à contratada adotar as providências necessárias para assegurar o atendimento em caso de indisponibilidade ou insuficiência da rede.

10. TRANSPORTE DO BENEFICIÁRIO

A contratada deverá garantir, às suas expensas, o transporte do beneficiário até o local de atendimento e o respectivo retorno à localidade de origem, sempre que configurada hipótese de responsabilidade da operadora pelo transporte, nos termos da regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vedada a transferência de qualquer custo ao beneficiário ou ao Município.



Nos casos em que este Termo de Referência admitir, excepcionalmente, a realização de procedimento ou tratamento fora dos limites máximos de distância estabelecidos para a rede assistencial regional, em razão da comprovada inexistência de prestador apto dentro do limite previsto, a contratada deverá providenciar e custear o transporte adequado do beneficiário até o local de atendimento e seu retorno, sempre que o deslocamento exceder o limite geográfico estabelecido neste Termo de Referência.

O meio de transporte deverá ser compatível com as condições clínicas do beneficiário, observada a indicação médica quando necessária, incluindo transporte sanitário adequado e, quando houver indicação médica e necessidade assistencial, remoção em ambulância ou transporte aeromédico, conforme o caso.

11. REDE MULTIPROFISSIONAL

A contratada deverá manter, durante toda a vigência contratual, rede multiprofissional e especializada efetivamente disponível aos beneficiários, observados os seguintes quantitativos e limites geográficos mínimos:

Área profissional/especialidade	Nº mínimo	Distância máxima
Psicologia	4	20 km
Fisioterapia	4	20 km
Fonoaudiologia	3	20 km
Terapia Ocupacional	3	20 km
Nutrição	2	20 km
Neurologia Pediátrica / Neuropediatria	2	50 km
Psiquiatria Infantil / Psiquiatria da Infância e Adolescência	2	50 km

As distâncias serão consideradas a partir da sede do Município de São Vendelino/RS, pela rota rodoviária regular de menor extensão.

A exigência de maior proximidade para os serviços de psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e nutrição justifica-se pela natureza continuada ou seriada desses atendimentos, que podem exigir comparecimento frequente dos beneficiários, devendo a rede contratada assegurar acessibilidade efetiva e continuidade do tratamento, evitando deslocamentos excessivos e a consequente utilização da rede pública para serviços abrangidos pelo plano contratado.

A contratada deverá assegurar atendimento adequado às pessoas com deficiência e às pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA,



disponibilizando, conforme indicação assistencial, os profissionais, especialidades, terapias, métodos e procedimentos abrangidos pela contratação e pela legislação e regulamentação aplicáveis.

Deverão ser observadas as prescrições do profissional assistente, inclusive quanto aos métodos ou técnicas terapêuticas abrangidos, vedadas limitações quantitativas ou administrativas incompatíveis com as normas vigentes.

Os quantitativos mínimos deverão ser mantidos durante toda a execução contratual, sendo considerados apenas profissionais regularmente habilitados, integrantes da rede do produto ofertado e efetivamente disponíveis para atendimento.

A contratada deverá assegurar os atendimentos nos prazos máximos estabelecidos pela regulamentação vigente da ANS, não sendo considerada suficiente a indicação de profissional que não esteja recebendo novos pacientes ou que não disponha de agenda compatível com os prazos regulamentares.

Nos tratamentos continuados ou seriados já iniciados, deverá ser assegurada sua continuidade, evitando-se interrupções decorrentes de alteração, insuficiência ou indisponibilidade da rede credenciada.

Os estabelecimentos e serviços integrantes da rede deverão observar as normas aplicáveis de acessibilidade e atendimento não discriminatório.

12. GARANTIA DE ACESSO E PRAZOS DE ATENDIMENTO

A contratada deverá assegurar aos beneficiários acesso aos serviços e procedimentos abrangidos pelo plano dentro dos prazos máximos estabelecidos pela regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, observada a natureza do atendimento solicitado e eventual período de carência regularmente aplicável.

A obrigação de garantia de atendimento não se limita ao profissional ou estabelecimento inicialmente escolhido pelo beneficiário.

Na hipótese de indisponibilidade de agenda ou impossibilidade de atendimento pelo prestador inicialmente procurado, caberá à contratada indicar e viabilizar alternativa assistencial apta a realizar o atendimento dentro do prazo máximo aplicável.



Quando não houver disponibilidade de prestador integrante da rede em condições de atender dentro do prazo regulamentar, a contratada deverá adotar as providências necessárias à garantia do atendimento, inclusive mediante utilização de prestador alternativo, quando cabível, assumindo os custos de sua responsabilidade.

Sempre que acionada para garantia de atendimento, a contratada deverá fornecer número de protocolo, com registro da data da solicitação e identificação do serviço requerido, permitindo o acompanhamento pelo beneficiário e, quando necessário, pela fiscalização contratual.

O cumprimento dos prazos máximos de atendimento não afasta a obrigação de manutenção da rede mínima estabelecida neste Termo de Referência, especialmente do hospital de referência e dos profissionais e serviços mínimos exigidos para a rede regional.

A utilização eventual de prestadores alternativos para garantia do atendimento não poderá ser utilizada para justificar redução ou insuficiência da rede mínima contratada.

A indisponibilidade reiterada de profissionais, serviços ou estabelecimentos integrantes da rede poderá caracterizar insuficiência da rede assistencial e descumprimento das obrigações contratuais.

13. URGÊNCIA, EMERGÊNCIA, REMOÇÃO

A contratada deverá assegurar atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional, observadas a cobertura contratada e as garantias previstas na legislação e regulamentação vigentes.

A indisponibilidade de prestador próprio, credenciado ou referenciado não poderá resultar em desassistência do beneficiário, cabendo à contratada adotar as providências necessárias à garantia do atendimento, nos termos da regulamentação aplicável.

Quando o estado clínico do beneficiário exigir remoção ou transferência entre estabelecimentos de saúde, a contratada deverá providenciar e custear, nas hipóteses de sua responsabilidade, o meio de transporte assistencial adequado às condições do paciente, inclusive ambulância de suporte básico ou avançado, conforme indicação e necessidade clínica.

A remoção deverá compreender os recursos humanos, equipamentos, medicamentos e demais meios necessários à transferência segura do paciente,



de acordo com seu quadro clínico e com as normas técnicas e sanitárias aplicáveis.

Quando houver indicação médica fundamentada e o transporte terrestre não se mostrar clinicamente adequado ou seguro, em razão do estado do paciente, da urgência, do tempo necessário ao deslocamento ou de outras circunstâncias assistenciais relevantes, a contratada deverá assegurar remoção aeromédica, com aeronave, equipe e equipamentos compatíveis com as necessidades clínicas do beneficiário.

A contratada deverá, ainda, assegurar o transporte do beneficiário até o local de atendimento e, quando aplicável, seu retorno à localidade de origem, sempre que configurada hipótese de responsabilidade da operadora pelo transporte, nos termos da regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vedada a transferência dos respectivos custos ao beneficiário ou ao Município.

Nos casos em que este Termo de Referência admitir, excepcionalmente, a realização de procedimento ou tratamento fora dos limites máximos de distância estabelecidos para a rede assistencial regional, em razão da comprovada inexistência de prestador apto dentro desses limites, a contratada deverá providenciar e custear o transporte do beneficiário até o local de atendimento e seu retorno, em meio compatível com suas condições clínicas.

As obrigações previstas neste item deverão ser cumpridas sem prejuízo da continuidade do atendimento e dos prazos máximos estabelecidos pela regulamentação vigente da ANS.

14. BENEFICIÁRIOS

Poderão aderir ao plano os servidores e demais beneficiários admitidos pela Lei Municipal nº 595/2001 e legislação municipal aplicável, bem como seus dependentes nas hipóteses legalmente previstas.

A condição de titular ou dependente será verificada pelo Município.

A adesão ao plano será facultativa, não havendo garantia de número mínimo de beneficiários.

15. ADESÃO, INCLUSÃO E MOVIMENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

A adesão ao plano será facultativa, observadas as categorias de titulares e dependentes elegíveis nos termos da legislação municipal e deste Termo de Referência.



As inclusões observarão as seguintes condições:

I – Beneficiários integrantes da atual carteira: os beneficiários vinculados ao plano de saúde municipal na data de início da nova contratação poderão aderir ao plano contratado no prazo de até 60 (sessenta) dias contados do início da vigência contratual, sem cumprimento de novos períodos de carência.

A contratada deverá assegurar a esses beneficiários a dispensa integral das carências previstas na contratação e a continuidade da assistência, inclusive quanto às internações, tratamentos, terapias, procedimentos oncológicos e demais tratamentos continuados que estejam em andamento, adotando as providências necessárias à adequada transição assistencial.

A dispensa de carências durante o período de 60 (sessenta) dias constitui condição específica e obrigatória desta contratação, independentemente de eventual prazo inferior de isenção previsto na regulamentação geral.

II – Novos servidores e demais titulares: os servidores, empregados públicos, ocupantes de cargos em comissão, contratados temporariamente e demais titulares elegíveis que constituírem vínculo com o Município durante a vigência contratual poderão aderir ao plano sem cumprimento de carências, desde que manifestem sua opção no prazo máximo de 30 (trinta) dias da respectiva vinculação.

Para essa finalidade, será considerada a data da posse ou início do exercício, admissão, início do contrato temporário ou outro marco que efetivamente constitua o vínculo e confira direito ao benefício, conforme o caso.

III – Dependentes: os dependentes incluídos juntamente com o titular observarão as mesmas condições de carência a ele aplicáveis, quando juridicamente admissível.

As inclusões decorrentes de nascimento, adoção, casamento, união estável, guarda, tutela ou outro evento superveniente serão processadas de acordo com a legislação e regulamentação vigentes, devendo ser observadas pela contratada todas as hipóteses de inclusão e de dispensa de carência legal ou regulamentarmente asseguradas.

IV – Adesões posteriores: encerrados os prazos especiais previstos nos incisos anteriores, serão realizados 2 (dois) períodos ordinários de adesão



a cada período de 12 (doze) meses de vigência contratual, em datas definidas pelo Departamento de Pessoal/RH e comunicadas previamente à contratada.

As adesões realizadas nesses períodos estarão sujeitas, quando juridicamente admissível, às carências máximas estabelecidas no item 16 deste Termo de Referência, ressalvadas as hipóteses legais, regulamentares ou contratuais de dispensa.

Os períodos ordinários não prejudicam o direito de ingresso dos novos titulares e dependentes nas hipóteses e prazos específicos previstos neste item.

V – Processamento das movimentações: caberá ao Departamento de Pessoal/RH receber as manifestações dos interessados, verificar a elegibilidade, reunir a documentação necessária e encaminhar à contratada as solicitações de inclusão, exclusão e alteração cadastral.

A contratada deverá disponibilizar canal eletrônico próprio e adequado para o processamento das movimentações, acusar o recebimento das solicitações e efetivá-las nos prazos e condições estabelecidos na contratação.

As inclusões, exclusões e alterações cadastrais produzirão os respectivos efeitos financeiros de forma proporcional à data de sua efetivação, vedada a cobrança de beneficiário após a data de exclusão regularmente comunicada, ressalvadas cobranças relativas a utilizações anteriores e demais valores legitimamente devidos.

6. CARÊNCIAS CONTRATUAIS

As carências previstas neste item serão aplicáveis exclusivamente aos beneficiários que não estejam abrangidos pelas hipóteses de dispensa de carência previstas no item 15 deste Termo de Referência, na legislação ou na regulamentação vigente.

Quando juridicamente admissível sua exigência, poderão ser aplicados, no máximo, os seguintes períodos de carência:

- I – urgência e emergência: 24 (vinte e quatro) horas;
- II – consultas médicas: 30 (trinta) dias;
- III – exames laboratoriais e demais exames simples: 30 (trinta) dias;
- IV – exames e procedimentos especiais: 90 (noventa) dias;
- V – terapias: 90 (noventa) dias;
- VI – internações clínicas e cirúrgicas: 180 (cento e oitenta) dias; e
- VII – parto a termo: 300 (trezentos) dias.



Os períodos acima constituem limites máximos admitidos nesta contratação, podendo a licitante oferecer períodos inferiores ou dispensa total ou parcial de carências, hipótese em que a condição mais favorável ofertada passará a integrar a proposta e o contrato.

Não estarão sujeitos às carências previstas neste item:

I – os beneficiários integrantes da atual carteira que aderirem no prazo de até 60 (sessenta) dias, na forma do item 15;

II – os novos servidores e demais titulares elegíveis que aderirem no prazo de até 30 (trinta) dias de sua vinculação ao Município, na forma do item 15;

III – os dependentes cuja inclusão, juntamente com o titular ou em razão de evento superveniente, esteja abrangida por hipótese de dispensa prevista na legislação, regulamentação ou neste Termo de Referência; e

IV – os demais beneficiários que, por disposição legal, regulamentar ou contratual, tenham direito à dispensa de carência.

Os beneficiários que aderirem ao plano nos períodos ordinários de adesão previstos no item 15 estarão sujeitos às carências estabelecidas neste item, salvo quando houver hipótese legal, regulamentar ou contratual de dispensa.

É vedado à contratada:

I – aplicar período de carência superior aos limites estabelecidos neste Termo de Referência;

II – instituir carência não prevista na contratação;

III – aplicar carência a beneficiário abrangido por hipótese de dispensa;

IV – reiniciar ou impor nova carência em razão de mera alteração cadastral, quando não houver fundamento legal ou contratual para tanto;

V – ampliar as carências mediante regulamento interno, manual, formulário de adesão ou qualquer outro instrumento; e

VI – aplicar condição menos favorável do que aquela constante da proposta vencedora ou deste Termo de Referência.

A contratada deverá observar a legislação e a regulamentação vigente da ANS relativas às Doenças ou Lesões Preexistentes – DLP e à Cobertura Parcial Temporária – CPT, sendo vedada sua aplicação nas hipóteses em que houver dispensa legal, regulamentar ou contratual.

Quando admitida, eventual Cobertura Parcial Temporária somente poderá ser aplicada nos limites e condições previstos na regulamentação vigente, vedada a imposição de restrições mais gravosas ao beneficiário.



17. MOVIMENTAÇÕES CADASTRAIS

As solicitações de inclusão, exclusão e alteração cadastral de beneficiários serão encaminhadas à contratada pelo Departamento de Pessoal/RH ou por outro setor formalmente designado pelo Município, observadas as condições de elegibilidade e os prazos previstos neste Termo de Referência.

A contratada deverá disponibilizar canal eletrônico específico para o processamento das movimentações, com possibilidade de comprovação da data de envio e recebimento da solicitação.

Recebida a solicitação, caberá à contratada:

- I – acusar seu recebimento;
- II – processá-la no prazo estabelecido contratualmente;
- III – comunicar, de forma clara e fundamentada, eventual pendência documental;
- IV – confirmar ao Município a efetivação da movimentação; e
- V – promover os correspondentes ajustes cadastrais e financeiros na fatura.

A exclusão de beneficiário poderá ocorrer por solicitação do titular, perda da condição de titular ou dependente, desligamento funcional, falecimento ou demais hipóteses previstas na legislação, regulamentação ou contratação, ressalvados os direitos de permanência eventualmente assegurados pela legislação aplicável.

As movimentações regularmente comunicadas pelo Município deverão produzir os efeitos cadastrais e financeiros correspondentes, vedada a manutenção de cobrança de mensalidades relativas a período posterior à efetiva exclusão do beneficiário, sem prejuízo da cobrança de coparticipações ou outros valores legitimamente devidos por utilizações anteriores.

Não poderão ser recusadas ou retardadas movimentações em razão de exigências documentais desarrazoadas, não previstas na contratação ou incompatíveis com a legislação e regulamentação aplicáveis.

A contratada deverá manter registro das movimentações realizadas, com identificação do beneficiário, tipo de movimentação, data da solicitação e data de sua efetivação, disponibilizando essas informações ao gestor ou fiscal do contrato quando solicitado.



As movimentações deverão ser processadas em até 5 (cinco) dias úteis após o recebimento da documentação completa, ressalvado prazo inferior estabelecido pela legislação ou regulamentação aplicável.

18. CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

A contratada deverá assegurar especial proteção aos beneficiários que se encontrem em tratamento continuado.

Não poderão ser indevidamente interrompidos em razão da transição contratual, alteração ou substituição da rede:

- I – internações;
- II – tratamentos oncológicos;
- III – quimioterapia;
- IV – radioterapia;
- V – hemodiálise;
- VI – tratamentos relacionados ao TEA;
- VII – terapias continuadas;
- VIII – assistência gestacional e obstétrica;
- IX – tratamentos pós-operatórios; e
- X – demais tratamentos cuja interrupção possa representar risco assistencial.

A contratada deverá adotar, juntamente com o Município, as providências necessárias à transição segura da carteira.

19. REDE ASSISTENCIAL, MANUTENÇÃO E ATENDIMENTO

A licitante provisoriamente vencedora deverá comprovar que o produto ofertado possui rede assistencial compatível com todas as exigências deste Termo de Referência, mediante apresentação, no mínimo, do hospital de referência, hospitais e estabelecimentos credenciados, médicos por especialidade, laboratórios, serviços de diagnóstico, rede multiprofissional, atendimento a TEA e serviços oncológicos, com indicação dos respectivos endereços e, quanto aos profissionais médicos, nome e CRM.

Somente serão considerados para atendimento dos requisitos mínimos os prestadores integrantes da rede do produto ofertado e efetivamente disponíveis aos beneficiários. A Administração poderá realizar diligências para confirmação das informações apresentadas.

A contratada deverá manter a rede mínima exigida durante toda a vigência contratual. Alterações, substituições ou descredenciamentos deverão observar a regulamentação vigente e não poderão reduzir os quantitativos mínimos, descumprir as distâncias estabelecidas, comprometer o hospital de



referência ou ocasionar descontinuidade de tratamentos, devendo eventual substituição ocorrer por prestador de capacidade equivalente ou superior.

A contratada deverá disponibilizar aos beneficiários central telefônica e canais eletrônicos de atendimento, com acesso à carteira digital, rede credenciada atualizada, solicitações e acompanhamento de autorizações, informações sobre coparticipações e protocolos de atendimento, bem como canal específico de relacionamento com o Departamento de Pessoal/RH e com a fiscalização do contrato.

A ausência ou demora na disponibilização de cartão físico não poderá impedir o atendimento de beneficiário regularmente cadastrado.

As solicitações de autorização deverão ser processadas nos prazos estabelecidos pela regulamentação vigente da ANS, vedadas exigências burocráticas desnecessárias ou que retardem indevidamente o atendimento.

Eventual negativa de cobertura ou autorização deverá ser expressamente fundamentada e disponibilizada ao beneficiário, na forma da regulamentação vigente, não sendo admitidas negativas genéricas ou fundamentadas em normas internas incompatíveis com a legislação, a regulamentação da ANS ou as condições desta contratação.

20. MENSALIDADES E VALORES MÁXIMOS POR FAIXA ETÁRIA

As mensalidades serão estabelecidas por faixa etária, observados os seguintes valores unitários mensais máximos:

Faixa etária	Mensalidade máxima
0 a 18 anos	R\$ 235,43
19 a 23 anos	R\$ 244,98
24 a 28 anos	R\$ 245,56
29 a 33 anos	R\$ 247,40
34 a 38 anos	R\$ 284,97
39 a 43 anos	R\$ 331,36
44 a 48 anos	R\$ 393,02
49 a 53 anos	R\$ 449,13
54 a 58 anos	R\$ 512,48
59 anos ou mais	R\$ 604,33

A proposta da licitante deverá indicar o valor mensal por beneficiário para cada faixa etária, vedada a apresentação de valor superior aos limites acima estabelecidos.



Os valores ofertados deverão compreender todos os custos necessários à execução integral do objeto, inclusive despesas administrativas, tributos, encargos, manutenção da rede assistencial e demais custos inerentes à prestação dos serviços, ressalvadas exclusivamente as coparticipações previstas neste Termo de Referência.

A alteração do valor da mensalidade em razão da mudança de faixa etária do beneficiário ocorrerá exclusivamente nas faixas previstas neste Termo de Referência, observados os valores unitários contratados e a legislação e regulamentação aplicáveis.

A alteração produzirá efeitos somente quando o beneficiário efetivamente ingressar na nova faixa etária, vedada a aplicação de valor diverso daquele contratado para a respectiva faixa.

A mudança deverá ser individualmente identificada na fatura mensal, de modo a permitir sua conferência pela Administração.

O faturamento mensal corresponderá ao número efetivo de beneficiários ativos em cada faixa etária, multiplicado pelos respectivos valores unitários contratados, acrescido das coparticipações regularmente devidas.

A quantidade estimada de beneficiários destina-se exclusivamente ao planejamento da contratação e ao julgamento das propostas, não constituindo garantia de número mínimo de vidas ou de faturamento mínimo à contratada, em razão do caráter facultativo da adesão.

A mudança de faixa etária do beneficiário durante a execução contratual implicará aplicação do valor correspondente à nova faixa, observadas a legislação, a regulamentação vigente e os valores contratados.

Não será admitida cobrança de mensalidade, taxa administrativa ou qualquer outro valor além daqueles expressamente previstos na contratação.

A contratada emitirá mensalmente fatura ou boleto único em nome do Município, correspondente às mensalidades dos beneficiários ativos e às coparticipações regularmente devidas, observadas as movimentações cadastrais do período.

O pagamento à contratada será realizado pelo Município, após conferência e ateste da fatura pelo fiscal do contrato.

Os valores de responsabilidade dos beneficiários, relativos às mensalidades e às coparticipações, serão recolhidos pelo Município,



preferencialmente mediante desconto autorizado em folha de pagamento, observadas a legislação municipal e as autorizações aplicáveis.

O fato de o Município efetuar o pagamento integral da fatura à contratada não altera a distribuição do custeio entre Município e beneficiários, cabendo à Administração realizar internamente os descontos e cobranças correspondentes.

21. COPARTICIPAÇÃO

O plano será contratado com coparticipação dos beneficiários, observados os procedimentos, critérios de incidência, hipóteses de isenção e valores máximos estabelecidos no Anexo I – Tabela de Coparticipações, que integra este Termo de Referência para todos os fins.

Os valores previstos no Anexo I constituem limites máximos, podendo a licitante oferecer valores inferiores ou isenção, hipótese em que a condição mais favorável integrará a proposta e o contrato.

É vedada a cobrança de coparticipação em valor superior ao contratado, a criação de novas hipóteses de cobrança, a alteração unilateral da tabela ou a cobrança por procedimento isento, não realizado ou em duplicidade.

A contratada deverá apresentar demonstrativo individualizado das coparticipações, contendo, no mínimo, beneficiário, data do atendimento, prestador, procedimento e valor cobrado.

22. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Além das demais obrigações previstas neste Termo de Referência, caberá à contratada:

- I – executar integralmente o objeto;
- II – manter o hospital de referência;
- III – manter a rede mínima exigida;
- IV – assegurar a garantia de atendimento;
- V – processar tempestivamente as movimentações cadastrais;
- VI – fornecer identificação aos beneficiários;
- VII – manter ferramentas eletrônicas;
- VIII – emitir faturas e demonstrativos detalhados;
- IX – prestar esclarecimentos ao Município;
- X – manter representante ou canal específico de atendimento à Administração;
- XI – comunicar alterações da rede;
- XII – garantir a continuidade assistencial;
- XIII – atender às solicitações da fiscalização;



- XIV – manter regularidade perante a ANS;
- XV – observar a LGPD;
- XVI – preservar a confidencialidade dos dados;
- XVII – responder pela adequada disponibilização de sua rede;
- XVIII – corrigir irregularidades constatadas;
- XIX – manter as condições de habilitação; e
- XX – cumprir integralmente o Edital, este Termo de Referência, a proposta vencedora e o contrato.

23. OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

Compete ao Município:

- I – fornecer as informações necessárias à implantação;
- II – indicar os beneficiários elegíveis;
- III – receber as manifestações de adesão;
- IV – verificar a elegibilidade;
- V – encaminhar as movimentações cadastrais;
- VI – conferir as faturas;
- VII – comunicar irregularidades;
- VIII – designar gestor e fiscais;
- IX – efetuar os pagamentos devidos;
- X – realizar internamente os descontos ou cobranças de responsabilidade dos beneficiários; e
- XI – fiscalizar a execução contratual.

24. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

Para fins de estimativa da contratação, foi considerada a composição atual da carteira de beneficiários vinculados ao plano de saúde municipal, correspondente a aproximadamente 168 vidas, distribuídas entre as faixas etárias previstas neste Termo de Referência.

A estimativa foi obtida mediante a multiplicação do número atual de beneficiários enquadrados em cada faixa etária pelo respectivo valor unitário mensal máximo admitido na contratação, conforme quadro abaixo:

Faixa etária	Efetivos	Dependentes	Total de vidas	Mensalidade máxima	Valor mensal estimado
0 a 18	0	31	31	R\$ 235,43	R\$ 7.298,33
19 a 23	1	3	4	R\$ 244,98	R\$ 979,92
24 a 28	1	2	3	R\$ 245,56	R\$ 736,68
29 a 33	7	3	10	R\$ 247,40	R\$ 2.474,00
34 a 38	12	3	15	R\$ 284,97	R\$ 4.274,55
39 a 43	23	2	25	R\$ 331,36	R\$ 8.284,00



Faixa etária	Efetivos	Dependentes	Total de vidas	Mensalidade máxima	Valor mensal estimado
44 a 48	11	6	17	R\$ 393,02	R\$ 6.681,34
49 a 53	8	2	10	R\$ 449,13	R\$ 4.491,30
54 a 58	9	0	9	R\$ 512,48	R\$ 4.612,32
59 ou mais	32	12	44	R\$ 604,33	R\$ 26.590,52
Total	104	64	168	—	R\$ 66.422,96

A distribuição estimada das vidas por faixa etária constante do quadro acima será utilizada também para o cálculo do valor global das propostas, para fins de julgamento do certame.

Os quantitativos utilizados possuem caráter exclusivamente estimativo e refletem a composição atual da carteira, podendo sofrer alterações durante a execução contratual em razão de adesões, inclusões, exclusões, desligamentos, novas admissões, alterações de dependentes, mudanças de faixa etária e demais movimentações cadastrais.

A estimativa não constitui garantia de número mínimo de beneficiários nem de faturamento mínimo à contratada, considerando o caráter facultativo da adesão ao benefício.

O pagamento mensal observará exclusivamente o número de beneficiários efetivamente ativos em cada faixa etária na respectiva competência, multiplicado pelos valores unitários constantes da proposta vencedora, acrescido das coparticipações regularmente devidas.

25. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E PAGAMENTO

A medição mensal considerará o valor da mensalidade correspondente à faixa etária multiplicado pelo número de beneficiários efetivamente vinculados ao plano na respectiva competência, acrescido das coparticipações regularmente incidentes e comprovadas.

Não serão considerados devidos valores decorrentes de:

- I – beneficiário indevidamente mantido;
- II – cobrança duplicada;
- III – coparticipação sem identificação suficiente;
- IV – valor superior ao contratado;
- V – procedimento não realizado;
- VI – cobrança incompatível com a tabela contratada; ou
- VII – qualquer valor sem fundamento legal ou contratual.



O pagamento será efetuado após apresentação da Nota Fiscal/Fatura, documentos exigidos e ateste da fiscalização. Havendo divergência, a contratada será comunicada para promover a correção.

A existência de divergência administrativa relativa a parcela da fatura não poderá ocasionar suspensão indevida do atendimento dos beneficiários.

26. REAJUSTE E REEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO

Os preços poderão ser reajustados após o interregno mínimo de 12 (doze) meses, contado da data do orçamento estimado da contratação, pela variação acumulada do IPCA/IBGE, ou índice oficial que venha a substituí-lo.

O reajuste dependerá de requerimento da contratada, acompanhado da memória de cálculo, e será formalizado mediante termo aditivo.

O reequilíbrio econômico-financeiro somente será admitido nas hipóteses previstas na Lei Federal nº 14.133/2021, mediante comprovação do fato superveniente, do nexo causal e do efetivo impacto sobre a equação econômico-financeira do contrato.

A sinistralidade da carteira, o aumento ordinário da utilização do plano, o envelhecimento dos beneficiários, a movimentação entre faixas etárias e a variação normal dos custos da atividade, isoladamente considerados, não caracterizam desequilíbrio econômico-financeiro.

27. FORMA E CRITÉRIO DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

A contratação será realizada mediante **Pregão Eletrônico**, adotando-se o critério de julgamento de **menor preço global**, desde que atendidas integralmente as especificações, requisitos e condições estabelecidos neste Termo de Referência e no Edital.

A proposta deverá ser apresentada em planilha padronizada, com indicação do valor mensal unitário ofertado para cada faixa etária, observado o respectivo valor máximo admitido neste Termo de Referência.

Para fins de julgamento, o valor global da proposta será apurado mediante a multiplicação do valor mensal ofertado para cada faixa etária pelo respectivo quantitativo estimado de beneficiários constante do item Estimativa do Valor da Contratação, somando-se os resultados obtidos e multiplicando-se o total por 12 (doze) meses.

A distribuição estimada dos beneficiários por faixa etária será utilizada exclusivamente para fins de comparação objetiva das propostas e definição da



proposta mais vantajosa, não constituindo garantia de quantitativo mínimo de beneficiários ou de faturamento à futura contratada.

Será considerada vencedora a proposta que apresentar o menor valor global para o período de 12 (doze) meses, desde que:

I – nenhum dos valores unitários ofertados por faixa etária ultrapasse os respectivos valores máximos estabelecidos neste Termo de Referência;

II – sejam atendidas integralmente as exigências técnicas e assistenciais da contratação; e

III – a proposta seja considerada exequível e compatível com as demais condições estabelecidas no Edital.

28. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Para comprovação da capacidade técnica, poderão ser exigidos, observada a Lei Federal nº 14.133/2021:

I – comprovação do registro ativo da operadora perante a ANS;

II – identificação e comprovação do registro do produto ofertado perante a ANS;

III – atestado(s) de capacidade técnica que demonstre(m) experiência na prestação de serviços compatíveis com o objeto;

IV – declaração de que o produto ofertado atende integralmente aos requisitos de cobertura e rede assistencial estabelecidos neste Termo de Referência; e

V – demais documentos de qualificação técnica necessários à comprovação da aptidão para execução do objeto, nos limites legalmente admitidos.

A comprovação do hospital de referência, da rede assistencial mínima, dos profissionais por especialidade e dos demais prestadores exigidos será realizada pela licitante provisoriamente classificada em primeiro lugar, como condição para aceitação da proposta, na forma prevista neste Termo de Referência.

As exigências de qualificação técnica deverão limitar-se ao necessário para demonstrar a aptidão da licitante para a execução do objeto, vedadas exigências desnecessárias ou que restrinjam injustificadamente a competitividade.

29. MODELO DE GESTÃO E FISCALIZAÇÃO

A gestão e fiscalização serão exercidas por servidores formalmente designados pela autoridade competente.

O acompanhamento deverá abranger especialmente:



- I – manutenção do hospital de referência;
- II – manutenção da rede médica mínima;
- III – manutenção da rede multiprofissional;
- IV – garantia e disponibilidade de atendimento;
- V – reclamações dos beneficiários;
- VI – negativas de cobertura;
- VII – autorizações;
- VIII – continuidade dos tratamentos;
- IX – cumprimento das regras de carência;
- X – movimentações cadastrais;
- XI – faturamento;
- XII – coparticipações;
- XIII – alterações da rede; e
- XIV – regularidade perante a ANS.

A contratada deverá apresentar os documentos, relatórios e esclarecimentos solicitados pela fiscalização.

30. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

O descumprimento das obrigações assumidas sujeitará a contratada às sanções previstas na Lei Federal nº 14.133/2021, no Edital e no contrato, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

Constituem ocorrências passíveis de apuração, entre outras:

- I – descumprimento injustificado das condições de atendimento;
- II – insuficiência ou redução da rede mínima;
- III – perda do hospital de referência sem adequada substituição;
- IV – interrupção indevida de tratamento;
- V – cobrança indevida reiterada;
- VI – recusa indevida de cobertura;
- VII – descumprimento das regras de carência;
- VIII – não processamento injustificado das movimentações cadastrais;
- IX – apresentação de informações falsas ou desatualizadas sobre a rede;
- X – descumprimento das obrigações relativas à proteção de dados; e
- XI – reincidência em falhas na execução.

A aplicação das sanções não afasta a obrigação da contratada de reparar os prejuízos eventualmente causados ao Município ou aos beneficiários.



31. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes da contratação correrão à conta das dotações orçamentárias próprias consignadas no orçamento vigente do Município de São Vendelino, observada a disponibilidade de recursos, conforme segue:

Órgão 2 - 1- GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL

Unidade 1 - MANUT DO GABINETE DO PREFEITO

2002 - MANUTENCAO GABINETE DO PREFEITO

Despesa 2001 - 3.3.90.08.00.00.00.00 - OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR

Órgão 3 - 4- SEC. MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E MEIO AMBIENTE Unidade 1 - MANUT DA SECRETARIA DE ADMINISTRACAO

2004 - MANUTENCAO DA SECRET MUN ADMINISTRACAO

Despesa 3002 - 3.3.90.08.00.00.00.00 - OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR

Órgão 4 - 6- SEC. MUN. DE PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

Unidade 1 - MANUT DA SECRETARIA DO PLANEJAMENTO E DESENV. ECONÔMICO

2006 - MANUTENCAO SEC MUN PLANEJAMENTO

Despesa 4002 - 3.3.90.08.00.00.00.00 - OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR

Órgão 5 - 5- SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

Unidade1 - MANUT DA SECRETARIA DA FAZENDA

2007 - MANUTENCAO SEC MUN DA FAZENDA

Despesa 5002 - 3.3.90.08.00.00.00.00 - OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR

Órgão 6 - 9- SEC. MUN. DE EDUCAÇÃO, CULTURA, DESPORTO E TURISMO

Unidade 1 – EDUCAÇÃO

2011 - MANUTENÇÃO DA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

Despesa 6183 - 3.3.90.08.00.00.00.00 - OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR

2027 - MANUTENCAO ENSINO FUNDAMENTAL

Despesa 6003 - 3.3.90.08.00.00.00.00 - OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR

2008 - PRIMEIRA INFÂNCIA - MANUT. ESCOLA EDUCAÇÃO INFANTIL

Despesa 6040 - 3.3.90.08.00.00.00.00 - OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR



Órgão 6 - 9- SEC. MUN. DE EDUCAÇÃO, CULTURA, DESPORTO E TURISMO

Unidade 2 - FUNDO MUNICIPAL DA CULTURA

2064 - FUNDO DA CULTURA - MANUT. ATIV. E ESPAÇOS CULTURAIS

Despesa 6564 - 3.3.90.08.00.00.00.00 - OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR

Órgão 6 - 9- SEC. MUN. DE EDUCAÇÃO, CULTURA, DESPORTO E TURISMO

Unidade 3 - DESPORTO E TURISMO

2099 - FUNDO MUNICIPAL DO TURISMO - MANUTENCAO ATIVIDADES TURISMO

Despesa 6581 - 3.3.90.08.00.00.00.00 - OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR

2097 - MANUTENCAO ATIVIDADES DE LAZER E DESPORTO

Despesa 6081 - 3.3.90.08.00.00.00.00 - OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR

Órgão 8 - 8- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Unidade 1 - FUNDO MUNICIPAL DA SAUDE

2014 - MANUTENCAO SEC MUN SAUDE

Despesa 8003 - 3.3.90.08.00.00.00.00 - OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR

2036 - MANUTENCAO DO ESF- ESTRATEGIA SAUDE FAMILIA

Despesa 8134 - 3.3.90.08.00.00.00.00 - OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR

2056 - PROGRAMA AGENTES COM.SAUDE- PACS

Despesa 8558 - 3.3.90.08.00.00.00.00 - OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR

2020 - MANUT. AÇÕES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Despesa 8527 - 3.3.90.08.00.00.00.00 - OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR

2049 - AÇÕES DA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Despesa 8532 - 3.3.90.08.00.00.00.00 - OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR

Órgão 8 - 8- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Unidade 3 - FUNDO MUN ASSIST SOCIAL

2015 - MANUT. REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL

Despesa 8065 - 3.3.90.08.00.00.00.00 - OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR

2068 - MANUTENCAO PISO BASICO FIXO- CRAS



Despesa 8453 - 3.3.90.08.00.00.00.00 - OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR

2077 - RECURSO PISO BASICO VARIABEL – SCFV

Despesa 8544 - 3.3.90.08.00.00.00.00 - OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR

Órgão 9 - 7- SECRETARIA MUNIC.DE OBRAS,TRÂNSITO E AGRICULTURA

Unidade 1 - MANUT DA SEC DE OBRAS/TRANSITO

2016 - MANUT SEC MUN OBRAS E TRANSITO

Despesa 9004 - 3.3.90.08.00.00.00.00 - OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR

Órgão 9 - 7- SECRETARIA MUNIC.DE OBRAS,TRÂNSITO E AGRICULTURA

Unidade 2 - MANUTENÇÃO DA AGRICULTURA

2013 - MANUTENÇÃO DEP. AGRICULTURA

Despesa 9074 - 3.3.90.08.00.00.00.00 - OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR

Órgão 9 - 7- SECRETARIA MUNIC.DE OBRAS,TRÂNSITO E AGRICULTURA

Unidade 3 – SANEAMENTO

2025 - MANUTENCAO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA

Despesa 9310 - 3.3.90.08.00.00.00.00 - OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR

Fundo de Previdência do Servidor de São Vendelino

Órgão 3 - 4- SEC. MUN. DE ADMINISTRAÇÃO E MEIO AMBIENTE

Unidade 2 - FUNDO DE PREVIDENCIA SERVIDOR-FPS

32. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

A contratada deverá observar integralmente a Lei Federal nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD, especialmente em razão do tratamento de dados pessoais sensíveis relacionados à saúde.

Os dados deverão ser utilizados exclusivamente para finalidades relacionadas à execução da contratação e ao cumprimento das obrigações legais da operadora.

A contratada deverá adotar medidas técnicas e administrativas adequadas para proteção das informações contra acessos não autorizados, perda, destruição, alteração ou divulgação indevida.



Incidentes relevantes envolvendo dados dos beneficiários deverão ser comunicados ao Município, sem prejuízo das demais providências legalmente exigidas.

33. DISPOSIÇÕES FINAIS

A apresentação da proposta implicará pleno conhecimento e aceitação das condições estabelecidas no Edital e neste Termo de Referência.

A proposta vencedora integrará o contrato e vinculará a contratada durante toda a execução.

As condições mais favoráveis ao Município ou aos beneficiários eventualmente oferecidas na proposta passarão a integrar a contratação e deverão ser mantidas durante sua vigência.

Nenhum regulamento interno da contratada poderá afastar ou reduzir obrigação expressamente assumida na licitação.

Os casos omissos serão solucionados observando-se a Lei Federal nº 14.133/2021, a Lei Federal nº 9.656/1998, a Lei Municipal nº 595/2001, a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e as demais normas aplicáveis.

São Vendelino, 08 de Setembro de 2026.

CAREN ISABEL SCHNEIDER DALCIN

Secretária Geral de Governo

Resp. pela Secretaria Municipal da Administração e Meio Ambiente



ANEXO I

TABELA DE CO-PARTICIPAÇÕES E VALORES MÁXIMOS

	GRUPOS	ESPECIFICAÇÕES	TABELA ESTADUAL EMPRESARIAL		
			REGIONAL	ESTADUAL	
CONSULTAS	100	Consultas Médicas	R\$ 34,30	R\$ 34,30	Por Consulta
		Consultas de Nutrição			
		Consultas de Terapia Ocupacional			
		Consultas de Fonoaudiologia			
		Sessões de Psicoterapia			
	102	Puericultura	R\$ 34,30	R\$ 34,30	Por Consulta
EXAMES	21	Análises Clínicas	Isento	Isento	Por Exame
		Prova Ventilatória Simples			
		Citopatológico e diagnose em Ginecologia			
	22	RX Simples	R\$ 15,59	R\$ 15,59	Por Exame
		Prova Vent./Espirometria			
		Med. Nuclear em Vitro			
	23	ECG	R\$ 15,59	R\$ 15,59	Por Exame
		Alergologia			
		Ex.Citopat./Citológicos			
	19	Teste do Pezinho – Simples	R\$ 15,59	R\$ 15,59	Por Exame
		Tonometria			
		Fundoscopia			
	24	Exames Anátomo Patológicos	R\$ 20,79	R\$ 20,79	Por Exame
		RX Contrastado			
		Ecografia/Ultrassonografia			
	18	Neurofisiologia Clínica	R\$ 104,40	R\$ 104,40	Por Exame
		Densitometria Óssea			
		Medicina Nuclear In Vivo			
	25	Neuroradiologia	R\$ 104,40	R\$ 104,40	Por Exame
		Angiografia			
		Radiologia Intervencionista			
		Ergometria			
		Outros Ex.Cardiológicos			
		Teste Cardiopulmonar de Exercício			
		Ecografia/Ultrassonografia c/ Doppler			
		Endoscopia digestiva diagnóstica			
		Endoscopia Peroral			
		Fibro-Naso-Faringo-Laringoscopia			
		Endoscopia Urológica			
		Endoscopia Cirúrgica			
	30	Tomografia Computadorizada			
	31	Mamografia			
	26	Genética (Cariotipo, etc.)	R\$ 313,59	R\$ 313,59	Por Exame
		PH Metria Esofágico			
		Sessões de Oxigenoterapia Hiperbárica			
		Polissonografia			
	27	Exames realizados por técnica de PCR	R\$ 155,90	R\$ 155,90	Por Exame
		Ressonância Magnética (em geral)			
EXAMES		Análise Molecular de DNA para doenças Genéticas	R\$ 313,59	R\$ 313,59	Por Exame
		Genética Molecular, Genética Análise Molecular			
		Deteção de receptores de secreção hormonal e/ou deteção de marcadores de células neoplásicas			
		Proteínas associadas e/ou ensaios de receptores de estrogênios e progesterona em bloco de parafina			
		HPV, deteção por técnicas imuno histoquímica			
TRATAMENTOS	37	Fisioterapia	R\$ 26,04	R\$ 26,04	Por sessão
		Reabilitação Labirintica	R\$ 20,79	R\$ 20,79	Por sessão
	36	Acupuntura/sessão	R\$ 34,30	R\$ 34,30	Por sessão
	25	Hemodiálise (cada sessão)	R\$ 104,40	R\$ 104,40	Por sessão
		Quimioterapia			



Município de São Vendelino
Estado do Rio Grande do Sul



PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	32	PET-SCAN Oncológico	R\$ 259,82	R\$ 259,82	Por sessão
		Braquiterapia ou Radioterapia			
	33	Litotripsia/SAI	R\$ 584,50	R\$ 584,50	Por sessão
		Remoção de Pigmentos de Lente Intraocular com YagLaser, após Cirurgia de Catarata	Isento	Isento	Por procedimento
		Injeção Ocular de Toxina Botulínica Músculo dos Olhos			
		Implante de Dispositivo Intra-uterino (DIU) não hormonal com dispositivo	Isento	Isento	Por Implante
		Implante de Dispositivo Intra-uterino (DIU) não hormonal com dispositivo – Com Anestesia	Isento	Isento	Por Implante
		Implante de Dispositivo Intra-uterino (DIU) hormonal com dispositivo	Isento	Isento	Por Implante
HOSPITALIZAÇÕES		Implante de Dispositivo Intra-uterino (DIU) hormonal com dispositivo – Com Anestesia	Isento	Isento	Por Implante
		Internações Clínicas Psiquiátricas para Transtornos Psiquiátricos de 0 (zero) a 30 (trinta) dias por ano	Isento	Isento	Isento
		Internações Clínicas Psiquiátricas para Transtornos Psiquiátricos após 30 (trinta) dias por ano	Isento	Isento	Por Dia
		Internações Clínicas Psiquiátricas para Quadros de intoxicação ou abstinência pelo alcoolismo ou para dependência química de 0 (zero) a 15 (quinze) dias por ano	Isento	Isento	Isento
		Internações Clínicas Psiquiátricas para Quadros de intoxicação ou abstinência pelo alcoolismo ou para dependência química após 15 (quinze) dias por ano	Isento	Isento	Por Dia
		Bariátrica (Obesidade Mórbida) por video	Isento	Isento	
		Bariátrica (Obesidade Mórbida) aberta	Isento	Isento	
		Dermolipectomia para correção do abdômem em avental pós tratamento de obesidade mórbida	Isento	Isento	
		Cirurgia de Miopia	Isento	Isento	
		Cirurgias Cardíacas e Cirurgias hemodinâmicas	Isento	Isento	
		Osteoplastia para prognatismo, micrognatismo ou laterognatismo (Cirurgia reparadora e funcional da face)	Isento	Isento	
		Tratamento cirúrgico da Macrostomia	Isento	Isento	
		Vasectomia	Isento	Isento	
		Ligadura tubária e Ligadura tubária laparoscópica	Isento	Isento	
		Recanalização tubária	Isento	Isento	
		Implante de prótese peniana (semi-rígida)	Isento	Isento	
		Profilaxia de ginecomastia (homens hormonoterapia)	Isento	Isento	Por Procedimento
		Transplante renal			
		Transplante de córneas (cfe. Determina a LPS)			
		Transplante Autólogo de Medula			
		Transplante Autólogo de Medula Óssea Alogêncio			
		Congelamento de células progenitoras da Medula Óssea			
		Manutenção por congelamento de células progenitoras da Medula Óssea			
		Descongelamento de células progenitoras da Medula Óssea			
		Demais Internações clínicas ou cirurgicas de 0 (zero) a 30 (trinta) dias por ano	Isento	Isento	Isento
		Demais Internações clínicas ou cirurgicas após 30 (trinta) dias por ano	R\$ 134,47	R\$ 168,37	Por Dia
		UTI: Internações até 30 (trinta) dias	R\$ 0,00	R\$ 0,00	Isento
		UTI: Internações de 31 (trinta e um) dias e até 119 (cento e dezenove) dias	R\$ 268,99	R\$ 336,69	Por Dia
		UTI: Internações a partir de 120 (cento e vinte) dias	R\$ 619,14	R\$ 866,29	Por Dia
		Órteses e próteses e implantes realizados no Hospital da Unimed Vale do Caí	R\$ 0,00	R\$ 0,00	Isento
		Órteses e próteses e implantes realizados	R\$ 0,00	R\$ 0,00	Isento