

## RECIBO DE RETIRADA DE EDITAL PELA INTERNET

Credenciamento nº 001/2018

Tipo: Credenciamento

**OBJETO: Credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como operadora na modalidade de Administradora de Benefícios, visando à disponibilização de planos de saúde para prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no país, com padrão de enfermaria, apartamento, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a ser prestada aos membros e servidores ativos e inativos do Município de Lagoa Santa/MG, seus dependentes, e pensionistas, para cobertura (com abrangência na região metropolitana de Belo Horizonte, podendo ser regional, estadual ou nacional) de atendimentos médico-hospitalares e ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998, pela Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições, conforme mencionado no Anexo I, parte integrante deste Edital.**

Nome da Empresa:.....  
CNPJ:.....  
Endereço:.....nº.....Bairro:.....  
Cidade: .....  
Estado:.....  
Telefone:..... Fax: .....  
E-mail: .....  
Pessoa para contato: .....

Obtivemos através do acesso à pagina [www.lagoasanta.mg.gov.br](http://www.lagoasanta.mg.gov.br) , nesta data, cópia do instrumento convocatório da licitação acima identificada.

Local:.....

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2017.

ASSINATURA: .....

Senhor Licitante,

Visando comunicação futura entre este município e sua empresa, solicitamos a Vossa Senhoria preencher o recibo de retirada do edital e remeter à Comissão Permanente de Licitação, pelo e-mail: [licitacao@lagoasanta.mg.gov.br](mailto:licitacao@lagoasanta.mg.gov.br) ou pelo Fax (31) 3688-1320.

A não remessa do recibo exime ao município de Lagoa Santa da responsabilidade da comunicação por meio de fax ou e-mail de eventuais esclarecimentos e retificações corridas no instrumento convocatório, bem como de quaisquer informações adicionais, não cabendo posteriormente qualquer reclamação.

---

## EDITAL DE LICITAÇÃO

Credenciamento n° 001/2018

Tipo: Credenciamento

### ÍNDICE

1 - DO OBJETO.....	4
2 - CONSULTAS EAO EDITAL E ESCLARECIMENTOS.....	4
3 - DAS CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO.....	4
4 -DA REPRESENTAÇÃO DOS PROPONENTES.....	8
5 - DO CREDENCIAMENTO .....	9
6 - DA FORMA E LOCAL DE ENTREGA DOS DOCUMENTOS.....	10
7 - DO JULGAMENTO .....	10
8 - DO TERMO DE ACORDO .....	11
9 – DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS AOS BENEFICIÁRIOS.....	12
10 - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA .....	13
11 - DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL E INTERPOSIÇÃO DE RECURSOS ADM. ....	13
12 - DOS ECLARECIMENTOS E DISPOSIÇÕES GERAIS .....	14
ANEXO I.....	16
ANEXO II.....	33
ANEXO III.....	34
ANEXO IV .....	35
ANEXO V .....	36
ANEXO VI .....	38

---

**EDITAL****Credenciamento n° 001/2018****Tipo: Credenciamento****Órgão Requisitante: Secretaria Municipal de Gestão.**

**O MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA/MG**, por intermédio da Comissão Permanente de Licitação, nomeada pela nº 980 de 16/01/2018, torna público, para conhecimento de quantos possam se interessar, que, na data de dia **22/10/2018 às 9hs30min**, no Auditório do Centro Administrativo da Prefeitura Municipal de Lagoa Santa, situado na Avenida Acadêmico Nilo Figueiredo, nº. 2.500, Santos Dumont - Lagoa Santa/MG, estará procedendo a análise dos documentos referente ao **CREENCIAMENTO** para fins de **credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, para atuar como operadora na modalidade de Administradora de Benefícios, visando à disponibilização de planos de saúde para prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no país, com padrão de enfermaria, apartamento, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a ser prestada aos membros e servidores ativos e inativos do Município de Lagoa Santa/MG, seus dependentes, e pensionistas, para cobertura (com abrangência na região metropolitana de Belo Horizonte, podendo ser regional, estadual ou nacional), de atendimentos médico-hospitalares e ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998, pela Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições, deste edital, para o período de 12 (doze) meses, regido pela Lei Federal nº 9.656/98 com as alterações e resoluções pertinentes, subsidiariamente pela Lei Federal nº 8.666, de 21/06/93, fundamentada no art. 116 com as alterações posteriores e demais condições fixadas neste instrumento convocatório.

**OS DOCUMENTOS DEVERÃO SER ENTREGUES EM ENVELOPE FECHADO E IDENTIFICADO, NA DATA DE 22/10/2018, ATÉ ÀS 09:00h CONFORME DISPOSIÇÕES DO ITEM 6 DESSE EDITAL.**

O edital para o CREDENCIAMENTO encontra-se disponível para consulta no sítio eletrônico: [www.lagoasanta.mg.gov.br](http://www.lagoasanta.mg.gov.br).

**1. DO OBJETO:**

1.1. Constitui o objeto do presente o **credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como operadora na modalidade de Administradora de Benefícios, visando à disponibilização de planos de saúde para prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no país, com padrão de enfermagem, apartamento centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a ser prestada aos membros e servidores ativos e inativos do Município de Lagoa Santa/MG, seus dependentes, e pensionistas, para cobertura (com abrangência na região metropolitana de Belo Horizonte, podendo ser regional, estadual ou nacional), de atendimentos médico-hospitalares e ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998, pela Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.**

## 2. CONSULTAS AO EDITAL E ESCLARECIMENTOS

2.1. Cópia deste instrumento convocatório estará disponível na internet, no site deste município, no endereço [www.lagoasanta.mg.gov.br](http://www.lagoasanta.mg.gov.br), isento de custos, e também permanecerá afixado no Quadro de Avisos localizado no hall de entrada (andar térreo) do Edifício-Sede da Prefeitura de Lagoa Santa, situado na Rua São João, nº 290, Centro e no Centro Administrativo da Prefeitura Municipal de Lagoa Santa, situado na Rua Acadêmico Nilo Figueiredo, nº. 2.500, Santos Dumont, podendo ainda ser obtido junto à Comissão Permanente de Licitação, no Centro Administrativo da Prefeitura Municipal de Lagoa Santa, no horário de 12 às 18 horas, ao custo nos termos do Decreto nº. 2102/2011 e do Código Tributário Municipal, a ser recolhido aos cofres públicos através de guia de arrecadação que será fornecida pelo Setor de Arrecadação das 12 às 18 horas, até o último dia útil que anteceder a data do certame.

2.2. As empresas e/ou representantes que consultarem o instrumento convocatório via internet ou no quadro de avisos da Prefeitura, obrigam-se a acompanhar as publicações referentes a este processo no site [www.lagoasanta.mg.gov.br](http://www.lagoasanta.mg.gov.br) e as publicações no Diário Oficial dos Municípios Mineiros, com vista a possíveis alterações e avisos.

## 3. DAS CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO:

### 3.1. Habilitação Jurídica:

a) Registro comercial, no caso de empresário individual;

b) Ato constitutivo, (estatuto, contrato social ou certificado) em vigor, e de todas alterações ou da consolidação respectiva, devidamente registrado, em se tratando de sociedade empresária e sociedade simples, e quando for o caso, acompanhado de documento comprovando os seus administradores;

### 3.2. Regularidade Fiscal, Trabalhista e Econômico/Financeira:

a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) do Ministério da Fazenda, atualizada;

b) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, abrange inclusive as contribuições sociais, conforme Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1751 de 02/10/2014;

c) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes do estado ou do município, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade;

d) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, do domicílio ou sede do licitante: Certidão Negativa de Débitos Estaduais;

e) Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, do domicílio ou sede do licitante: Certidão Negativa de Débitos Municipais;

f) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (site: [www.tst.gov.br/certidao](http://www.tst.gov.br/certidao));

g) Prova de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei (site: [www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br));

#### h) **Qualificação Econômico-Financeira**

h.1. Certidão negativa de **FALÊNCIA, RECUPERAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL**, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, em data de emissão não anterior a 90 (noventa) dias da data da abertura do certame, se outro prazo não constar do documento.

**OBS: Nos casos em que a certidão estiver positiva para recuperação judicial ou extrajudicial, a empresa deverá apresentar a comprovação de que o plano de recuperação foi homologado judicialmente, nos termos do art. 58 da Lei nº 11.101/2005, devendo ainda, demonstrar os demais requisitos para habilitação econômico-financeira como qualquer outro licitante.**

h.2. Balanço Patrimonial e demonstração de resultado do último exercício social, já exigíveis e apresentáveis na forma da lei, que comprovem a boa situação econômico-financeira do licitante, vedada a substituição por balancetes ou balanços provisórios,

podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrados há mais de 03 (três) meses da data de apresentação da proposta.

h.2.1. Tratando-se de empresa que ainda não encerrou o seu primeiro exercício contábil, por ter sido constituída a menos de um ano, deverá apresentar, em substituição ao subitem anterior, o balanço de abertura, considerando-o para fins de comprovação da boa situação financeira, em atendimento ao disposto no art. 31, inciso I da Lei nº 8.666/93.

h.2.2. Para efeitos de comprovação da boa situação financeira do licitante, serão avaliadas as demonstrações de Liquidez Corrente, Liquidez Geral e Índice de Solvência Geral, realizando-se cálculo de índices contábeis, adotando-se as seguintes fórmulas e pontuações:

A) Índice de Liquidez Geral (ILG) maior ou igual a 1.00 (um.zero.zero):

$$\text{ILG} = \frac{(\text{Ativo Circulante}) + (\text{Realizável a Longo Prazo})}{(\text{Passivo Circulante}) + (\text{Exigível a Longo Prazo})}$$

B) Índice de Solvência Geral (ISG) maior ou igual a 1.00 (um.zero.zero):

$$\text{ISG} = \frac{(\text{Ativo Total})}{(\text{Passivo Circulante}) + (\text{Exigível a Longo Prazo})}$$

C) Índice de Liquidez Corrente (ILC) maior ou igual a 1.00 (um.zero.zero):

$$\text{ILC} = \frac{(\text{Ativo Circulante})}{(\text{Passivo Circulante})}$$

**OBSERVAÇÃO:** Nos índices acima manter as 02 (duas) casas decimais.

h.2.3. As fórmulas deverão estar, preferencialmente, aplicadas em memorial de cálculos, caso a empresa opte em apresentar o memorial de cálculo o mesmo deverá estar anexado ao balanço, e assinado pelo representante legal da empresa e/ou contador da empresa.

**h.2.4. A empresa que apresentar resultado menor que 1.00 (um) em qualquer dos índices referidos no item h.2.2 deverá comprovar patrimônio líquido de 10% (dez por cento) do valor estimado da contratação.**

h.2.5. As empresas classificadas no regime de tributação Simples Nacional, devidamente enquadradas como Micro ou Pequenas Empresas (ME/EPP), estão dispensadas de apresentar a documentação relativa ao subitem h.2 e seus subitens, devendo apresentar em substituição a Declaração de Imposto de Renda da Pessoa Jurídica do último exercício.

### 3.3. Regularidade Técnica e Proposta de preços:

- 
- a) Atestado de capacidade técnica, emitido por entidades públicas ou privada comprovando que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadora devidamente registrada na ANS;
- b) Declaração expedida por entidades públicas ou privadas, em que demonstre a permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde;
- c) Termo de Contrato, Acordo ou Ajuste de Conduta celebrado entre, no mínimo, 01 (uma) operadora de Plano de Saúde e a Administradora de Benefícios, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com o Município de Lagoa Santa/MG;
- d) Proposta de preços dos planos de saúde de, no mínimo 01 (uma) operadora indicadas pela Administradora de Benefícios para o(s) respectivo(s) plano(s) ofertado(s) na forma constante do Anexo I deste edital e conforme modelo disponibilizado no Anexo II desde edital;
- d.1. O(s) preço(s) a ser (em) ofertado(s) para os planos de assistência à saúde deverá(ão) estar de acordo com as disposições da RN 63/2003.
- e) Declaração comprometendo-se em disponibilizar a todos os beneficiários, na área de abrangência geográfica da região metropolitana de Belo Horizonte, a qual está vinculado o titular do benefício, uma rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais descritos no Anexo I deste edital;
- f) Documento comprobatório que esteja devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa n° 196/2009.
- g) Declaração expedida pela ANS de que possuem profissional médico habilitado e registrado no Conselho Regional de Medicina, observando o que dispõe a Resolução Normativa ANS n° 255/2011, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários;
- h) Certidão, expedida pela ANS de que a empresa Administradora de Benefícios atende às exigências de ativos (depósitos) garantidores, relativa ao **2° trimestre de 2018**, exigível na forma da lei, conforme Resolução Normativa ANS n° 203/2009.

#### 3.4. Outras comprovações:

- a) O licitante que cumprir os requisitos legais para qualificação como Microempresa (ME) ou Empresa de Pequeno Porte (EPP), art.3º da Lei Complementar nº 123/2006, e que não estiver sujeito a quaisquer dos impedimentos constantes do §4 deste artigo, deverá comprovar sua condição, na habilitação por meio de uma declaração, conforme modelo constante no **Anexo III – Modelo de Declaração de Microempresa e Empresa de Pequeno Porte**.

b) Declaração do licitante demonstrando a regularidade no cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente, conforme dispõe o art. 7º, Inciso XXXIII, da Constituição Federal, e para fins do disposto no art. 1º da Lei Federal nº 9.854, de 27/10/1999, combinado com o art. 1º do Decreto Federal nº 4.358, de 05/9/2002, e no objetivo de cumprir a exigência do Inciso V, do Artigo 27 da Lei nº 8.666, de 21/6/1993, conforme modelo sugerido no **Anexo V – Modelo de Declaração**.

**3.5. Os documentos poderão ser apresentados por original, ou por qualquer processo de cópia reprográfica autenticada por Tabelião por força de Lei ou por publicação em órgão da imprensa oficial na forma da lei ou cópia simples por meio do cotejo do documento original para autenticação por funcionário do Município.**

3.6. Não serão aceitas certidões positivas de débito, exceto quando constar que é certidão positiva com efeito de negativa

3.7. A aceitação dos documentos obtidos via *internet* ficará condicionada à confirmação de sua validade, também por esse meio, se dúvida houver quanto à sua autenticidade, por funcionário do Município.

3.8. Para efeito de validade das certidões de regularidade de situação perante a Administração Pública, se outro prazo não constar da lei ou do próprio documento, será considerado o lapso de 90 (noventa) dias contados a partir da data de sua expedição.

3.9. O licitante que apresentar declaração falsa responderá por seus atos, civil, administrativo e penalmente.

3.10. Caso não utilizada a faculdade prevista no subitem 3.4 alínea “b”, será considerado que o licitante optou por renunciar aos benefícios previstos.

3.11. A documentação solicitada nos subitens 3.1 e 3.2 poderão ser substituídas pela apresentação do Certificado de Regularidade Cadastral – CRC atualizado, emitido pela Prefeitura Municipal de Lagoa Santa.

3.12. Os representantes dos licitantes deverão se apresentar para credenciamento no horário designado, e **entregar, cópia autenticada ou cópia simples devidamente acompanhada dos respectivos originais** dos documentos elencados.

#### **4. DA REPRESENTAÇÃO DOS PROPONENTES:**

4.1. Cada proponente deverá apresentar, **ANEXO AOS ENVELOPES**, o **respectivo ato constitutivo e todas as alterações, ou a consolidação**, juntamente com a **carta de credenciamento, nos termos do modelo que compõe o Anexo IV deste edital**, em papel timbrado da proponente subscrita pelo seu representante legal, com firma reconhecida, **ou procuração**, assinada também por seu representante legal, designando uma pessoa para representá-la, credenciada com poderes perante a



Comissão Permanente de Licitação para todos os atos relativos à presente licitação, em especial para interpor recursos ou desistir de sua interposição, com firma reconhecida, nos moldes do **ANEXO IV**, integrante deste edital.

4.1.1. Somente poderá manifestar-se nas reuniões e solicitar que sejam consignados assuntos nas atas de reuniões da Comissão de Licitação:

- a) Representante legal da empresa, indicado em seu contrato social e portando documento oficial de identidade original, vedada a apresentação de fotocópia, salvo se autenticada por cartório;
- b) Procurador, munido de procuração pública ou particular com firma reconhecida em cartório e portando documento oficial de identidade original, vedada a apresentação de fotocópia, salvo se autenticada por cartório;

**Parágrafo Único** - A carta de credenciamento, pública ou particular (com firma reconhecida), conferirá poderes ao representante para atuar em nome da proponente nesta licitação, com poderes para examinar as propostas, impugná-las, oferecer recursos e exercer todas as prerrogativas previstas neste Edital e na Lei Federal 8.666/93. O representante oficialmente indicado, conforme o modelo apresentado no **ANEXO IV – Modelo de Carta de Credenciamento, deverá estar obrigatoriamente munido de cédula oficial de identidade, sob pena de não ser admitida a sua atuação.**

## 5. DO CREDENCIAMENTO:

Poderão participar desta licitação pessoas jurídicas de natureza jurídica compatível com o objeto licitado, que atendam a todas as condições de habilitação estabelecidas neste instrumento convocatório, a saber:

5.1. Esteja devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009 da ANS, comprovando mediante apresentação de documento hábil.

5.2. Que não estejam sob processo de falência, recuperação judicial ou extrajudicial, concurso de credores, em dissolução ou liquidação.

5.3. Que não estejam sob pena de interdição de direitos, previstos na Lei nº 9.605/98.

5.4. Não poderá participar, direta ou indiretamente do presente processo, servidor ou dirigente do Município ou responsável pela licitação, conforme Art. 9º, III, § 3º, da Lei nº 8.666/93 e suas alterações.

### 5.5. PLANOS A SEREM OFERTADOS

5.8.1 Os planos a serem ofertados deverão compreender as coberturas descritas no Termo de Referência - Anexo I, para que o servidor possa fazer jus ao auxílio de caráter indenizatório, no valor per capita fixado pela Coordenadoria

de Recursos Humanos devendo o servidor complementar o custeio desses planos.

5.8.2 Os planos oferecidos aos beneficiários do município de Lagoa Santa/MG deverão ser planos tipos privados coletivos empresariais, conforme estabelecido no Termo de Referência – Anexo I.

## 6. DA FORMA E LOCAL DE ENTREGA DOS DOCUMENTOS

6.1. Os documentos deverão ser entregues em envelope fechado e identificado, na data de **22/10/2018, até às 09:00h** no Setor de Licitação, situado no Centro Administrativo Municipal, sito à Avenida Acadêmico Nilo Figueiredo, nº 2.500, Santos Dumont - Lagoa Santa, contendo, em sua parte externa, os seguintes dizeres:

**À COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA - MG**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2018  
DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO NO PROCESSO DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2018**

**RAZÃO SOCIAL/CNPJ/ENDEREÇO**

**ENTREGA EM ENVELOPE FECHADO E IDENTIFICADO: 22/10/2018 ATÉ ÀS 09H00MIN  
DATA/HORA DA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS: 22/10/2018 ÀS 9H30MIN.**

6.1.1 A Comissão de Licitação não se responsabilizará por documentação enviada via postal ou entregue em outros setores que não sejam o acima especificado.

6.2. A simples apresentação do envelope com a documentação submete o interessado às condições estipuladas neste edital e seus anexos.

6.3. Serão inabilitados os interessados que apresentarem documentos incompletos, ilegíveis, com emendas, rasuras ou qualquer irregularidade, bem como aqueles que não atenderem às exigências deste edital, salvo as situações que ensejarem a aplicação do disposto no subitem 7.3.1.

6.4. O licitante que apresentar declaração falsa responderá por seus atos, civil, administrativo e penalmente.

## 7. DO JULGAMENTO

7.1. Considerar-se-á habilitada a **pessoa jurídica** que apresentar corretamente e em tempo hábil, toda a documentação exigida.

7.2. A inabilitação importa em perda do direito de credenciamento.

**7.3. DA PARTICIPAÇÃO DE MICROEMPRESAS (ME), EMPRESAS DE PEQUENO PORTE (EPP) que atenderem o previsto no item 3.4, alínea “b”;**

7.3.1. Nos termos dos arts. 42 e 43 da Lei Complementar nº 123/06 e artigo 30 da Lei Municipal nº 3.222/2011, as MEI, ME e EPP deverão apresentar toda a documentação exigida no **Edital**, mesmo que esta apresente alguma restrição com relação à regularidade fiscal;

a) Havendo alguma restrição com relação à **regularidade fiscal**, será assegurado as MEI, ME e EPP o prazo de **05 (cinco) dias úteis**, cujo termo inicial corresponderá ao momento em que a licitante for declarada a vencedora do certame, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito, e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de certidão negativa.

b) A não regularização da documentação no prazo previsto acima implicará na **decadência do direito à contratação**, sem prejuízo das sanções previstas no art. 81 da Lei 8.666/93, sendo facultado à Administração convocar os licitantes remanescentes, na ordem de classificação, para contratação, ou revogar a licitação.

7.4. As dúvidas porventura surgidas no decorrer da abertura do envelope (documentação), em sendo possível, serão dirimidas pela Comissão Permanente de Licitação na própria reunião, com a respectiva consignação em ata, ou darão ensejo à suspensão da reunião para análise pelos membros da Comissão, que fixarão nova data para prosseguimento dos trabalhos.

7.5. Quando **todos** os licitantes forem inabilitados, a Administração poderá fixar aos licitantes o prazo de oito dias úteis para a apresentação de nova documentação ou de outras propostas escoimadas das causas que ensejaram a inabilitação ou a desclassificação, nos termos do § 3º do artigo 48, Lei 8.666/93.

## **8. DO CHAMAMENTO DOS CREDENCIADOS HABILITADOS PARA ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO**

8.1 Para o fiel cumprimento das obrigações assumidas será firmado Termo de Acordo com as Administradoras de Benefícios aptas, com vigência de 12 (doze) meses, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por mútuo acordo entre as partes, mediante termo aditivo, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme minuta constante do Anexo VI, a qual será adaptada à proposta das empresas habilitadas;

8.2 O município de Lagoa Santa/MG convocará as Administradoras de Benefícios aptas ao credenciamento, para assinar o do Termo de Acordo, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da notificação para comparecer à Administração, sob pena de decair do direito ao credenciamento;

8.2.1 O prazo estabelecido no subitem 8.2 para assinatura do Termo de Acordo poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, quando solicitado pela Administradora de Benefícios durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado e aceito pelo Município de Lagoa Santa/MG.

## **8.3. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

8.3.1 Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

8.3.1.1. Advertência por escrito;

8.3.1.2. Multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados à(s) operadora(s), do Plano de Saúde, por ventura, inadimplente(s), indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;

8.3.1.3. Multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculado à(s) operadora(s) do Plano de Saúde indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, no caso de inexecução total dos serviços;

8.4. Suspensão temporária do Termo de Acordo;

8.5. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante a autoridade que aplicou a penalidade;

8.6. As sanções previstas nos subitens 8.3.1.1 e 8.3.1.2 poderão ser aplicadas concomitantemente com as dos subitens 8.4.e 8.5, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;

8.7. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no presente Edital, no Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao município de Lagoa Santa/MG apuradas em processo administrativo.

## **9. DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS AOS BENEFICIÁRIOS**

9.1. O município de Lagoa Santa/MG realizará o acompanhamento da execução dos serviços prestados aos beneficiários, bem como fará o monitoramento do atendimento, por meio de relatórios gerenciais que deverão ser apresentados conforme exigências constantes do Termo de Referência - Anexo I, devendo as ocorrências ser registradas em relatórios anexados ao processo do(s) credenciado(s).

9.2. O acompanhamento e a fiscalização da execução do plano de saúde consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por um representante do município de Lagoa Santa/MG, especialmente designado na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata.

## **10. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

## 10.1. DO PAGAMENTO:

10.1.1. O pagamento será realizado mediante consignação em folha ou autorização de débito na conta corrente indicada no ato de adesão pelo beneficiário, ou mediante boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.

## 10.2. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

10.2.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do município de Lagoa Santa/MG a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do plano de assistência à saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

## 11. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL E DA INTERPOSIÇÃO DE RECURSOS ADMINISTRATIVOS

11.1. Decairá do direito de impugnar os termos do edital o licitante que não o fizer até o 2º (segundo) dia útil que anteceder a abertura dos envelopes de habilitação, conforme disposto no § 2º do Art. 41, da Lei nº 8.666/93.

11.2. Sem prejuízo do prazo citado do subitem anterior, a impugnação será decidida no prazo de 03 (três) dias úteis, observando em qualquer caso o disposto no § 3º do Art. 41, da Lei nº 8.666/93.

11.3. A impugnação será dirigida à Comissão Permanente de Licitação e, feita tempestivamente pelo licitante, não o impedirá de participar do processo licitatório até o trânsito em julgado da decisão administrativa a ela pertinente.

11.4. Os recursos deverão ser apresentados **por escrito** e protocolados no Setor de Licitação, no Centro Administrativo da Prefeitura Municipal de Lagoa Santa, situado na Avenida Acadêmico Nilo Figueiredo, nº. 2.500, Santos Dumont, Lagoa Santa/MG, dirigidos à Comissão Permanente de Licitação.

11.5. A Comissão de Licitação terá o prazo de até 05 (cinco) dias úteis para exame e julgamento do recurso.

11.6. Conforme faculta o artigo 109 da Lei Federal nº 8666/93, as licitantes que se julgarem prejudicadas, poderão interpor recurso contra a decisão da Comissão Permanente de Licitação, no curso do procedimento licitatório, contra as seguintes decisões:

- a) De habilitação ou inabilitação de licitante;
- b) De julgamento das propostas (classificação/desclassificação);

11.7. Os recursos deverão ser dirigidos ao Secretário Municipal de Administração, por intermédio do Presidente da Comissão Permanente de Licitação, que poderá reconsiderar a decisão no prazo de 05 (cinco) dias úteis, ou mantendo-a, fazê-lo subir devidamente instruído para a decisão em 05 (cinco) dias úteis, contados do recebimento do recurso, sob pena de responsabilidade.

11.8. Deverão ser observados os pressupostos de admissibilidade recursal: legitimidade; interesse de recorrer; a existência de ato administrativo decisório; tempestividade; a forma escrita; fundamentação; pedido de nova decisão.

11.9. Os recursos serão opostos no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da intimação da decisão ou da lavratura da ata se presente na sessão a licitante interessada em recorrer, e terão os efeitos previstos em lei.

11.10. Das decisões de anulação ou revogação da licitação e de aplicação das penas de advertências, suspensão temporária ou de multa, caberá recurso à autoridade superior por intermédio daquela que proferiu a decisão.

11.11. Interposto o recurso, dele será dada ciência às demais licitantes, que poderão impugná-lo no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis.

11.12. Os recursos e impugnações do edital deverão ser entregues no Setor de Licitação do Município de Lagoa Santa, situado a Avenida Acadêmico Nilo Figueiredo, nº 2.500, Santos Dumont, aos cuidados da Comissão Permanente de Licitação, no horário de 12h as 17h, onde será emitido comprovante de recebimento.

11.13. Para Impugnação do edital ou interposição de recursos, o interessado ou licitante deverá apresentar junto com suas razões, os documentos necessários que identifiquem a empresa ou pessoa física (caso não seja sócio ou proprietário, deverá apresentar **procuração registrada no cartório**), bem como que identifiquem suas alegações.

11.14. O Município de Lagoa Santa não se responsabilizará por recursos e impugnação endereçada via postal ou por outras formas, entregues em locais diversos do Setor de Licitação e, que, por isso, não sejam entregues no prazo legal.

## 12. DOS ESCLARECIMENTOS E DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. As dúvidas surgidas na aplicação deste edital serão esclarecidas pela Comissão Permanente de Licitações, facultando-se aos interessados formular consultas **até o 10º (décimo) dia útil antecedente à data da realização da licitação** para o credenciamento.

12.1.1. As consultas deverão ser feitas à Comissão Permanente de Licitações através da Internet pelo e-mail [licitacao@lagoasanta.mg.gov.br](mailto:licitacao@lagoasanta.mg.gov.br).

---

12.1.2. A resposta será fornecida em até 03 (três) dias úteis após o recebimento da consulta, no endereço fornecido pelo interessado (e-mail), podendo, ainda, ser disponibilizada através da internet.

12.2. É de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações disponíveis no endereço eletrônico [www.lagoasanta.mg.gov.br](http://www.lagoasanta.mg.gov.br) e/ou divulgadas na Imprensa Oficial.

12.3. Nenhuma indenização será devida aos participantes pela elaboração e/ou apresentação de documentação relativa ao presente edital de credenciamento, ou ainda, por qualquer outro motivo alegado em relação a este processo de credenciamento.

12.4. A inobservância, em qualquer fase do processo de credenciamento, por parte do interessado, dos prazos estabelecidos em notificações pessoais ou gerais, será caracterizada como desistência, implicando sua exclusão do certame.

12.5. A inexistência de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, será causa de eliminação do interessado do processo de credenciamento, anulando-se a inscrição, bem como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal.

12.6. Integram o presente edital, dele fazendo parte integrante os seus anexos.

12.7. É facultada à Comissão Permanente de Licitação ou à autoridade competente, em qualquer fase do credenciamento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar do mesmo desde a realização da sessão pública.

12.8. O credenciamento será permitido a qualquer momento, de qualquer interessado, desde que atenda aos requisitos fixados no regulamento.

12.9. Fica eleito o foro da comarca de Lagoa Santa para conhecimento e decisão de quaisquer questões oriundas do edital.

12.10. Os casos omissos serão dirimidos pela Assessoria Jurídica do Município.

**Lagoa Santa em, 25 de setembro de 2018.**

**Daniele Batista dos Santos**  
**Presidente da Comissão Permanente de Licitação**

---

**ANEXO I**  
**ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO – TERMO DE REFERÊNCIA**

---

**Credenciamento n° 001/2018**  
**Tipo: Credenciamento****1 – DO OBJETO**

1.1. Credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como Operadora na modalidade de Administradora de Benefícios, visando à disponibilização de planos de saúde para prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no país, com padrão de enfermagem, apartamento, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a ser prestada aos membros e servidores ativos e inativos do município de Lagoa Santa/MG, seus dependentes, e pensionistas, para cobertura **(com abrangência na região metropolitana de Belo Horizonte, podendo ser regional, estadual ou nacional)** de atendimentos médico-hospitalares e ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998, pela Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.

**2 – DA CONCEITUAÇÃO**

Para fins deste documento, considera-se:

- 2.1. USUÁRIOS - os inscritos no Programa de Assistência à Saúde, na condição de beneficiários ativos e inativos, dependentes e pensionistas.
- 2.2. BENEFICIÁRIO TITULAR – membros e servidores efetivos ativos e inativos, os ocupantes de cargos comissionados e contratados, servidores requisitados e os pensionistas do Município de Lagoa Santa/MG.
- 2.3. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – grupo familiar do Beneficiário Titular, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Termo de Referência.
- 2.4. PENSIONISTA – beneficiário de pensão do Extinto Regime de Previdência Social da PMLS, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Termo de Referência.
- 2.5. AGREGADO – membro do grupo familiar do beneficiário titular, que não atende à condição de dependente, na forma estabelecida no item 3.4 deste Termo de Referência.
- 2.6. MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR - O valor correspondente ao plano de saúde contratado perante a administradora de benefícios, referente ao grupo



- familiar, para pagamento na forma escolhida, indicada no ato da adesão do beneficiário titular.
- 2.7. REDE CREDENCIADA – hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Programa de Assistência à Saúde pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.
  - 2.8. ABRANGÊNCIA DA REDE – localidades em que as operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, deverão oferecer rede credenciada na área de abrangência geográfica da região metropolitana de Belo Horizonte ofertados pelas operadoras, com a qual o Município de Lagoa Santa/MG celebrará Acordo de Cooperação devendo disponibilizar serviços de Assistência Médico-Hospitalar, onde ofertará, no mínimo **01 (uma) operadora** prestadora dos serviços de plano de saúde nacionais, podendo, ainda, apresentar operadoras com produtos regionais.
  - 2.9. OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE – empresa responsável pela prestação de assistência médica, ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Nacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, e atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998, pela Resolução Normativa nº 428, de 07/11/2017, e demais resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros(as) profissionais/instituições.
  - 2.10. TIPOS DE PLANOS – A Administradora deverá oferecer plano de saúde na modalidade com e/ou sem co-participação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.
  - 2.11. PLANO BÁSICO - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria.
  - 2.12. PLANO ESPECIAL – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo, com direito a acompanhante.
  - 2.13. PLANO ESPECIAL PLUS – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada – hospitais de alto custo.
  - 2.14. UTI MÓVEL – compreende a prestação de assistência de Pronto Socorro Móvel de Emergência Médica, para todos os tipos de planos, na forma disciplinada neste Termo de Referência.
  - 2.15. REMOÇÃO - deslocamento dos usuários para o atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Termo de Referência, de acordo com a Resolução Normativa da ANS nº 259/2011, para garantir os prazos máximos de atendimento.
  - 2.16. TERMO DE ADESÃO – termo que formaliza a adesão da entidade vinculada ao Termo de Acordo firmado entre o Município de Lagoa Santa/MG e a Administradora de Benefícios.
  - 2.17. CO-PARTICIPAÇÃO – é o valor que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

### 3 – DOS BENEFICIÁRIOS

- 3.1. São considerados beneficiários titulares membros e servidores efetivos ativos,

ocupantes de cargos comissionados e contratados, servidores requisitados, pensionistas e inativos vinculados ao regime próprio de previdência. Os servidores inativos vinculados ao regime geral de previdência serão regidos pelas regras previstas na Resolução Normativa 279/2011.

3.2. São considerados beneficiários dependentes:

3.2.1. o cônjuge ou companheiro(a) em união estável;

3.2.2. o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

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

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

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

3.2.6. o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos itens 3.2.4 e 3.2.5;

3.2.7. a existência de dependentes constantes nos itens 3.2.1 e 3.2.2 inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante do item 3.2.3;

3.2.8. o pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependente economicamente dos beneficiários titulares, conforme declaração anual de imposto de renda e, ainda, que constem no respectivo assentamento funcional, desde que o beneficiário titular assumam o valor do custeio, observados os mesmos valores por ele contratados;

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

3.3.1. Para fins do item 3.4, são considerados membros do grupo familiar do membro ou servidor:

3.3.1.1. mãe, pai, madrasta e padrasto;

3.3.1.2. os filhos e enteados que não satisfaçam as condições dos itens 3.2.4 e 3.2.5;

3.3.1.3. os irmãos; e

3.3.1.4. os netos.

#### 4 - RELAÇÃO DE SERVIDORES POR FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETARIA	QUANTIDADE DE SERVIDORES
00 – 18	0
19 – 23	59
24 – 28	185
29 – 33	361

34 – 38	460
39 – 43	499
44 – 48	394
49 – 53	409
54- 58	292
59 +	233
<b>TOTAL</b>	<b>2892</b>

## **5 – CO-PARTICIPAÇÃO NOS CUSTEIOS DOS SERVIÇOS**

5.1. Caberá a administradora/operadora definir quais os procedimentos são passíveis de autorização previa e a forma de coparticipação de produtos ofertados na sua proposta.

5.2. A participação no custo dos serviços utilizados poderá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, autorização de débito em conta corrente, ou boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.

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

## **6 – DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

6.1. A inclusão de beneficiários no Programa de Assistência à Saúde far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa perante a Administradora de Benefícios.

6.2. É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este termo de referência.

6.3. O Beneficiário Titular disporá do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação da Administradora de Benefícios, para solicitar as suas adesões e dos seus dependentes, se for o caso, no Programa de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após esse prazo os beneficiários cumprirão as carências determinadas pela ANS.

6.4. O Beneficiário Titular que ingressar no município de Lagoa Santa/MG após a data a que se refere o subitem 5.3, disporá do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrar em exercício, para solicitar a sua inclusão e dos seus dependentes, se for o caso, no Programa de Assistência à Saúde, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruir dos serviços abrangidos. Após esse prazo, o beneficiário deve cumprir as carências determinadas pela ANS.

6.5. Os pensionistas e demais beneficiários dos titulares falecidos durante a vigência do contrato poderão permanecer no Programa de Assistência à Saúde, desde que façam a opção por permanecer na titularidade do plano junto a Coordenação de Recursos Humanos, após a publicação do ato de concessão, e terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a opção. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências determinadas pela ANS.

6.6. Os membros e servidores ativos permanentes do município de Lagoa Santa/MG, incluídos no Programa de Assistência à Saúde, não serão excluídos ao passarem à

inatividade, salvo se solicitarem expressamente a sua exclusão, o que implicará exclusão também a dos seus dependentes.

6.7. Os dependentes que adquirirem essa condição por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade após a inclusão inicial de membros e servidores ativos e inativos terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no Programa de Assistência à Saúde, sob pena do cumprimento da carência determinadas pela ANS.

6.7.1. Aqueles que perderem a condição de elegibilidade poderão seguir a regra do subitem 3.4.1.

6.8. Fica sujeita à carência determinadas pela ANS a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo Beneficiário Titular, ou por perda da condição de dependente.

6.9. É garantida aos membros e servidores efetivos ativos e inativos, os ocupantes de cargos comissionados e contratados, servidores requisitados e os pensionistas a manutenção no Plano de Saúde, após a perda do vínculo com município de Lagoa Santa/MG, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio, por meio de débito em conta corrente ou boleto bancário.

6.10. Poderá a Administradora de Benefícios, manter o servidor requisitado como beneficiário do Plano de Saúde, após a perda do vínculo com o município de Lagoa Santa/MG, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio, em conformidade com o disposto da Resolução Normativa nº 279/11 da ANS.

6.11. A solicitação de inscrição de beneficiário no Programa de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	INÍCIO DE VIGÊNCIA
1º ao 15º dia	1º dia do mês subsequente.
16º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente.

6.12. A solicitação de exclusão de beneficiário no Programa de Assistência à Saúde deverá ser realizada de acordo com o previsto na Resolução Normativa nº 412/17 da ANS.

PERÍODO DE EXCLUSÃO	FIM DE VIGÊNCIA
1º ao 15º dia	1º dia do mês subsequente.
16º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente.

6.12. Caberá ao município de Lagoa Santa/MG a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos membros e servidores ativos e inativos, seus dependentes, e pensionistas, indicando a relação de parentesco dos dependentes com o membro ou servidor, quando solicitados pela Administradora de Benefícios.

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

6.14. Os atuais beneficiários do município de Lagoa Santa/MG poderão manter os contratos nos planos de saúde firmados com a Administradora de Benefícios anteriormente credenciada, caso essa venha a ser habilitada no presente certame.

## 7 – DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

7.1. A exclusão do titular no Programa de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique a suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e outras situações previstas em Lei.

7.2. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no Programa de Assistência à Saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas por meio de débito em conta corrente ou boleto bancário.

7.3. Ressalvadas as situações previstas no item 6.1 a Administradora de Benefícios poderá promover a rescisão unilateral do contrato do Beneficiário Titular que, por fraude ou inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o Beneficiário Titular seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

7.4. É de responsabilidade do Beneficiário Titular solicitar, formalmente à Administradora de Benefícios, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

7.5. Os beneficiários excluídos do Programa de Assistência à Saúde do Município de Lagoa Santa/MG serão responsáveis pela devolução imediata à Administradora de Benefícios de sua carteira de identificação, as de seus dependentes e as dos demais vinculados, se houver.

7.6. A exclusão do titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes e agregados.

## 8 – DA CARÊNCIA

8.1. Em referência aos prazos de carências os mesmos deveram ser pautados em conformidade com o inciso V do art. 12 da Lei Federal nº 9.656/98, **sendo facultada às administradoras/operadoras a apresentação de propostas com supressão de carências.**

8.2. Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.

8.3. Para os pedidos de inclusão efetuados após o prazo estabelecido no item 6, deverão ser cumpridas as carências determinadas pela ANS.

## 9 – DOS BENEFÍCIOS

9.1 As operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefício cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, hospitalares, psiquiátricos e obstétricos, previstos na legislação vigente e conforme o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Resolução Normativa nº 428/2017.

## 10 – DAS EXCLUSÕES

10.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei Federal nº 9.656/98, e nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei.

10.2. São excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de:

- 10.2.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 10.2.2. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- 10.2.3. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- 10.2.4. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- 10.2.5. Inseminação artificial;
- 10.2.6. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 10.2.7. Tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- 10.2.8. Transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
- 10.2.9. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- 10.2.10. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;
- 10.2.11. Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 10.2.12. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 10.2.13. Aplicação de vacinas preventivas;
- 10.2.14. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 10.2.15. Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- 10.2.16. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 10.2.17. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e
- 10.2.18. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

## 11 – DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

11.1. Atendimentos de Emergência e Urgência nos seguintes casos:

- 11.1.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal

ou de complicação no processo da gestação.

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

11.1.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

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

11.1.4.1. Caberá às operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando à continuidade do atendimento.

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

## 12 – DO REEMBOLSO

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

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

12.1.2. Se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;

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

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

12.1.5. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício os seguintes

documentos:

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

12.1.7. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

12.1.9. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

12.1.10. Para fins de reembolso, o servidor, ativo ou inativo, e o pensionista deverão apresentar a documentação adequada no prazo máximo de doze meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

### **13 – DA REMOÇÃO**

13.1. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

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

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

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

13.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 12.1.4.1, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

### **14 – DAS ACOMODAÇÕES**

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

14.1.1 PLANO BÁSICO - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria.

14.1.2 PLANO ESPECIAL – compreende as coberturas do Plano Básico, com



acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo, com direito a acompanhante.

14.1.3 PLANO ESPECIAL PLUS – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada – hospitais de alto custo.

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

14.3. Os planos deverão ser oferecidos de acordo com a disponibilidade e interesse da Administradora de Benefícios, na modalidade com e/ou sem a co-participação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

14.4. A Administradora de Benefícios poderá ofertar adicionalmente aos produtos apresentados para atender às exigências deste Termo de Referência, outros planos de saúde com condições contratuais diferenciadas, desde que observados os requisitos mínimos exigidos na legislação.

## **15 – DA UTI MÓVEL (PRONTO SOCORRO MÓVEL)**

15.1. Atendimento imediato para os casos de quadros clínicos agudos que impliquem risco de morte. As características e condições da assistência incluem a presença, no local onde o paciente se encontre, de uma equipe liderada por um médico especialista, e pessoal técnico auxiliar, com todos os equipamentos e medicamentos necessários para tratar as emergências e suas possíveis complicações. O tratamento se prolongará até a estabilização do paciente e, caso seja indicado, proceder-se-á a remoção deste até um centro de tratamento definitivo, estruturado, para evitar o risco vital.

15.2. São considerados quadros clínicos de emergência:

- a) Cardiovasculares - parada cardíaco-respiratória, infarto agudo do miocárdio, angina “pectoris”, edema agudo de pulmão, arritmias e acidente vascular cerebral;
- b) Respiratórios - insuficiência respiratória aguda, crise asmática;
- c) Neurológicos - síncope, convulsão, coma;
- d) Comas metabólicos;
- e) Politraumatismos graves;
- f) Afogamentos;
- g) Choques elétricos;
- h) Intoxicações graves;
- i) Anafilaxia; e
- j) Toda outra situação que comprometa severamente um ou mais sistemas vitais.

15.3. A solicitação do atendimento deverá ser requerida através de central telefônica que atenderá às solicitações de serviços sem interrupções durante as 24 horas, em todos os dias.

15.4. Tendo em vista que os serviços de UTI Móvel não integram as coberturas do plano de saúde, os mesmos podem ser contratados de forma adicional e como opcionais pelo beneficiário caso as operadoras de plano de saúde contratadas pelas administradoras ofereçam o referido serviço.

## 16 – REDE CREDENCIADA

16.1. As operadoras de plano de saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios deverão oferecer a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar na área de abrangência da região metropolitana de Belo Horizonte, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos da ANS.

16.2. Caso as operadoras de plano de saúde contratadas pelas administradoras optem em oferecer o serviço de UTI móvel, as mesmas deverão oferecer os serviços em todas as cidades onde exista rede credenciada.

16.3. Manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta.

## 17 – DAS OBRIGAÇÕES

17.1. São obrigações da Administradora de Benefícios:

- a) Disponibilizar aos Beneficiários do município de Lagoa Santa/MG, no mínimo 01 (uma) operadora prestadora dos serviços de assistência médico-hospitalar, devidamente registrada na ANS que disponibilize cobertura nacional, estadual ou regional.
- b) Fiscalizar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere à alteração da rede credenciada;
- c) Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários do município de Lagoa Santa/MG;
- d) Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas na legislação de saúde suplementar e as do Termo de Acordo;
- e) Exigir dos beneficiários o documento que comprove seu vínculo junto ao município de Lagoa Santa/MG, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;
- f) Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;
- g) Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, impedindo a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- h) Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- i) Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;
- j) Apresentar, mensalmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante às operadoras de planos de saúde, visando à prestação de contas da alínea “I”;

- 
- k) Informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora;
- l) Elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;
- m) Executar, quando solicitado pelo município de Lagoa Santa/MG, ações de saúde preventiva, bem como de qualidade de vida dos servidores e de seus dependentes, sem ônus financeiro para o município de Lagoa Santa/MG;
- n) Intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos;
- o) Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- p) Comunicar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro) anos para estudantes;
- q) Proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a Resolução Normativa ANS nº 255/2011;
- r) Comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;
- s) Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Fiscalização, com os seguintes dados:
- I – Perfil Demográfico da Carteira;
  - II – Relatório de sinistralidade;
  - III – Indicadores sobre a Utilização;
    - a) Beneficiários;
    - b) Prestadores.
  - IV – Casos Crônicos e de Risco;
    - a) Identificação de casos Crônicos;
    - b) Descrição das Patologias.
- t) Enviar ao Departamento de Pessoal do município, até o dia 18 (dezoito) de cada mês, relatório contendo nome do beneficiário titular, cpf, valor total por beneficiário titular, já incluídos os valores dos seus dependentes, para consignação em folha de pagamento.
- u) Enviar a Nota Fiscal ou fatura e boleto bancário juntamente com relatório detalhado de gastos por beneficiário (titular e dependentes) ao Departamento de Pessoal do município, até o último dia útil de cada mês.

## 17.2. São obrigações das Operadoras:

18.2.1. Caberá às operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei Federal nº 9.656/98, da Resolução Normativa nº. 428, de 07 de novembro de 2017; da

Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13/08/09); e demais normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

- a) Oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;
- b) O pagamento do reembolso, se previsto no plano ofertado pela Administradora de Benefícios na proposta comercial, será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.
- c) Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras contratadas pela administradora de benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;
- d) Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício os seguintes documentos:
  - a. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
  - b. Recibos de pagamento dos honorários médicos;
  - c. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
  - d. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.
- e) Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados;
- f) Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência da prestação de serviços;
- g) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, a 1ª (primeira) via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- h) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios);
- i) Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios;

- j) Fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários;
- k) Assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infecto-contagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações;
- l) Deverá possuir a facilidade “disque 24 horas”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

17.3. São obrigações do município de Lagoa Santa/MG:

- a) Colocar à disposição da Administradora Benefícios informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;
- b) Permitir à Administradora Benefícios a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;
- c) Permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios o acesso às dependências do município de Lagoa Santa/MG, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;
- d) Acompanhar e fiscalizar a execução dos Termos de Acordos, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento;
- e) Acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes perante as Administradoras.

## 18 – REQUISITOS TÉCNICOS PARA ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO

18.1. As empresas Administradoras de Benefícios interessadas em firmar Termo de Acordo com município de Lagoa Santa/MG deverão cumprir as seguintes condições:

18.1.1. Estar devidamente registrada na ANS como administradora de benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009 da ANS e possuir autorização de funcionamento;

18.1.2. Estipular plano(s) de operadora(s) prestadora(s) dos serviços de saúde, devidamente registrada na ANS, a(s) qual(ia) deverá(ão) prestar os respectivos serviços aos beneficiários do município de Lagoa Santa/MG, contemplando as regras estabelecidas neste Termo de Referência, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários;

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

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

18.1.5. Declaração expedida por entidades públicas ou privadas, em que demonstre a permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela

prestação dos serviços de saúde;

18.1.6. Apresentar certidão expedida pela ANS de que a empresa atende às exigências de ativos garantidores, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009;

18.1.7. Declarar que dispõe de rede credenciada para atender aos beneficiários do município de Lagoa Santa/MG, na forma exigida neste termo;

18.1.8. A Administradora apresentará ao município de Lagoa Santa/MG os Termos de Contratos, Acordos ou Ajustes celebrados com as operadoras disponibilizadas, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com o Município de Lagoa Santa/MG.

## **19 – DA VIGENCIA E DO REAJUSTE**

19.1. O prazo de vigência do credenciamento será de 12 (doze) meses, renováveis até o limite do inciso II do art.57 da Lei 8.666/93.

19.2. Observando o disposto na Resolução Normativa ANS nº 309, de 24/10/2012 e demais normas em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários do município de Lagoa Santa/MG poderão ser objeto de reajuste, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora, bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

19.3. Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e o município de Lagoa Santa/MG, por intermédio da Coordenação de Recursos Humanos.

## **20 – DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO**

20.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do município de Lagoa Santa/MG a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

20.2. O pagamento será realizado mediante consignação em folha ou autorização de débito na conta corrente indicada no ato de adesão pelo beneficiário, ou mediante boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.

## **21 – DISPOSIÇÕES GERAIS**

21.1. Serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infecto-contagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas complicações, respeitadas as situações de cobertura parcial temporária na forma prevista na legislação (RN 162/2007).

21.2. Os serviços de pronto-socorro devem dar atendimento médico de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internação e exames complementares de diagnóstico.

21.3. A Administradora de Benefícios deverá possuir, na data de assinatura do Termo de Acordo, Central de Atendimento, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

21.4. As exclusões de usuários do Programa de Assistência à Saúde serão, tempestivamente, comunicadas à empresa prestadora dos serviços, pela Coordenação de Recursos Humanos. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da Administradora de Benefícios.

21.5. As operadoras de plano de saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios reservam-se no direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei Federal nº 9.656/98.

21.6. Não caberá às operadoras de plano de saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios nenhuma responsabilidade por atos culposos, dolosos ou acidentais que acarretem dano à saúde do servidor ou de seus dependentes, provocado por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do servidor.

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

21.8. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão das operadoras de plano de saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios do Programa de Assistência à Saúde.

21.9. As operadoras de plano de saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios poderão exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

21.10. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

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

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

21.13. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 05 (cinco) anos de idade.

21.14. As operadoras de plano de saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios não se responsabilizarão pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.



---

21.15. Os parâmetros a serem adotados em relação ao reajuste de preços serão os estabelecidos levando-se em consideração o índice de sinistralidade apurado no mês de aniversário do contrato.

21.16. Os casos omissos serão dirimidos pela Coordenação de Recursos Humanos em conjunto com a Administradora de Benefícios.





---

## ANEXO II - CARTA PROPOSTA PARA CREDENCIAMENTO

---

**Razão Social:** \_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

Nome dos Sócios Representantes (conforme consta no Contrato Social/Estatuto em vigor): \_\_\_\_\_ CPF n.º \_\_\_\_\_

**Dados bancários:**

Nome Banco: \_\_\_\_\_ N.º Agência: \_\_\_\_\_ C/C: \_\_\_\_\_

*Operadora(s) a ser(em) credenciada(s) bem como os respectivas tabelas de valores:*

Rua/Av.

Bairro Cidade UF CEP: Tel.: ( )

Fax: ( )

Vem requerer ao Município de Lagoa Santa/MG o credenciamento desta Administradora de Benefícios para prestação dos serviços objeto deste credenciamento, nos termos do Edital referente ao Aviso de Credenciamento e da Minuta do Termo de Acordo. Em anexo, a documentação exigida.

Pede deferimento,

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do Representante legal da Pessoa Jurídica

**\*A LICITANTE DEVERÁ APRESENTAR ESTA CARTA PROPOSTA NO ENVELOPE LACRADO CONTENDO A DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO.**

---

**ANEXO III – MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA E  
EMPRESA DE PEQUENO PORTE**

---

**Credenciamento n° 001/2018****Tipo: Credenciamento**

A \_\_\_\_\_ (NOME/RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA), inscrita no CNPJ/MF sob o n° 00.000.000/0000-00, por intermédio de seu representante legal, o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador do Documento de Identidade nº \_\_\_\_\_ e CPF sob o nº 000.000.000-00, DECLARA, sob as penas da Lei, que cumpre os requisitos legais para qualificação como \_\_\_\_\_ (incluir uma das condições da empresa, se é Micro Empresa (ME) ou Empresa de Pequeno Porte (EPP) ), nos termos da legislação vigente, art. 3º da Lei Complementar nº 123/2006 e que não está sujeita a quaisquer dos impedimentos do §4º deste artigo, estando apta a usufruir do tratamento favorecido estabelecido nos arts. 42º a 49º da referida Lei.

Local e data.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Representante da Empresa)

- **Declaração a ser emitida em papel timbrado de forma que identifique a proponente.**
- **Apresentar junto com a documentação para inscrição no processo de credenciamento.**

---

**ANEXO IV – MODELO DE CARTA DE CREDENCIAMENTO**

---

**PROCURAÇÃO**

A (nome da EMPRESA), inscrita no CNPJ/MF sob o n° 00.000.000/0000-00, com sede no endereço \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo (s) (diretores ou sócios, com qualificação completa – nome, RG, CPF, nacionalidade, estado civil, profissão e endereço) \_\_\_\_\_, pelo presente instrumento, credencia procurador(es) o(a) Senhor(a) \_\_ (nome, RG, CPF, nacionalidade, estado civil), (Profissão e endereço) \_\_\_\_\_, para participar das reuniões relativas ao processo licitatório acima referenciado (ou de forma genérica para licitações em geral), o qual está autorizado a requerer vistas de documentos e propostas, manifestar-se em nome da EMPRESA, desistir e interpor recursos, assinar propostas comerciais, apresentar lances verbais, negociar preços e demais condições, confessar, transigir, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, rubricar documentos, assinar atas, contratos e praticar todos os atos necessários ao procedimento licitatório, a que tudo dará por firme e valioso.

Local e data.

---

Assinatura do representante legal da empresa,  
**COM FIRMA RECONHECIDA POR CARTÓRIO COMPETENTE.**

**Observações:**

- **Utilizar papel timbrado da licitante;**
- **Identificar o signatário e utilizar carimbo padronizado da empresa.**

---

**ANEXO V – MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO E DE SITUAÇÃO REGULAR PERANTE O MINISTÉRIO DO TRABALHO**

---

**Credenciamento n° 001/2018****Tipo: Credenciamento**

A \_\_\_\_ (Nome da Empresa), neste ato representada por \_\_\_\_ (nome completo do representante), com sede no Endereço: \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 00.000.000/0000-00, interessada em participar da licitação em epígrafe que se encontra autuada no Processo Licitatório acima indicado, cujo objeto é o Credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como Operadora na modalidade de Administradora de Benefícios, visando à disponibilização de planos de saúde para prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a ser prestada aos membros e servidores ativos e inativos do Município de Lagoa Santa/MG, seus dependentes, e pensionistas, para cobertura, em todo território nacional, de atendimentos médico-hospitalares e ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998, pela Resolução Normativa nº 428, de 07 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições., promovida pelo Município de Lagoa Santa/MG, DECLARA, sob as penas da Lei, que:

**a)** Até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo licitatório, assim como que está ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;

---

**b)** Encontra-se em situação regular perante o Ministério do Trabalho no que se refere à observância do disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal, não mantendo em seu quadro de pessoal menores de 18 (dezoito) anos em horário noturno de trabalho ou em serviços perigosos ou insalubres, não possuindo ainda, qualquer trabalho de menores de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

Local e data.

---

**(nome, R.G, cargo e assinatura do representante legal)**

---

## ANEXO VI

### MINUTA DO TERMO DE ACORDO

---

**O MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob nº 73.357.469/0001-56, com sede na rua São João, nº 290, Centro, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Saúde, titular da Cédula de Identidade RG nº XXXXXX SSP/XX, inscrito no CPF/MF sob o nº XXXXXXX, doravante simplesmente denominado CREDENCIANTE e XXX (qualificação) adiante denominada simplesmente CREDENCIADO, por este instrumento e na melhor forma de direito, acordam, vinculados, para o CREDENCIAMENTO nº 001/2018, regendo-se o presente instrumento pela Lei Federal nº 9.656/98 com as alterações e resoluções pertinentes, subsidiariamente pela Lei Federal nº 8.666, de 21/06/93, fundamentada no art. 116 com as alterações posteriores, para fins de credenciamento de pessoas jurídicas mediante as condições e cláusulas seguintes:

#### CLAUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente termo tem por objeto o credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como Operadora na modalidade de Administradora de Benefícios, visando à disponibilização de planos de saúde para prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no país, com padrão de enfermaria, apartamento, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a ser prestada aos membros e servidores ativos e inativos do Município de Lagoa Santa/MG, seus dependentes, e pensionistas, para cobertura **(com abrangência na região metropolitana de Belo Horizonte, podendo ser regional, estadual ou nacional)** de atendimentos médico-hospitalares e ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998, pela Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.

1.2. Este instrumento de acordo guarda inteira conformidade com os termos do Edital de Credenciamento nº 001/2018, dos quais são partes, como se aqui estivessem integralmente transcritos, vinculando-se, ainda, à proposta da Administradora Credenciada.

---

## **CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES**

### 2.1. São obrigações da Administradora de Benefícios:

- a) Disponibilizar aos Beneficiários do município de Lagoa Santa/MG, no mínimo 01 (uma) operadora prestadoras dos serviços de assistência médico-hospitalar, devidamente registradas na ANS que disponibilizem cobertura nacional, estadual ou regional;
- b) Fiscalizar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere a alteração da rede credenciada;
- c) Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários do município de Lagoa Santa/MG;
- d) Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas na legislação de saúde suplementar e as do Termo de Acordo;
- e) Exigir dos beneficiários o documento que comprove seu vínculo junto ao município de Lagoa Santa/MG, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;
- f) Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;
- g) Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, impedindo a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- h) Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- i) Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;
- j) Apresentar, mensalmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante às operadoras de planos de saúde, visando à prestação de contas da alínea “I”;
- k) Informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora;
- l) Elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;
- m) Executar, quando solicitado pelo município de Lagoa Santa/MG, ações de saúde preventiva, bem como de qualidade de vida dos servidores e de

seus dependentes, sem ônus financeiro para o município de Lagoa Santa/MG;

- n) Intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos;
- o) Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- p) Comunicar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro) anos para estudantes;
- q) Proteger os sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a Resolução Normativa ANS nº 255/2011;
- r) Comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;
- s) Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela fiscalização, com os seguintes dados:

I – Perfil Demográfico da Carteira;

II – Relatório de sinistralidade;

III – Indicadores sobre a Utilização;

- a) Beneficiários;
- b) Prestadores.

IV - Casos Crônicos e de Risco;

- a) Identificação de casos Crônicos;
- b) Descrição das Patologias.

t) Enviar ao Departamento de Pessoal da Prefeitura, até o dia 18 de cada mês, relatório contendo nome do beneficiário titular, CPF, valor total por beneficiário titular, já incluídos os valores dos seus dependentes, para consignação em folha de pagamento.

u) Enviar a nota fiscal ou fatura e boleto bancário juntamente com relatório detalhado de gastos por beneficiário (titular e dependentes) ao Departamento de Pessoal da Prefeitura, até o último dia útil de cada mês.

## 2.2. São obrigações das Operadoras

2.2.1. Caberá às Operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, da Resolução Normativa nº. 428, de 07 de novembro de 2017; da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009



---

(alterada pela Resolução nº 200, de 13/08/09); e demais normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

- a) oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;
- b) O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.
- c) Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras contratadas pela administradora de benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;
- d) Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício os seguintes documentos:
  - a. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
  - b. Recibos de pagamento dos honorários médicos;
  - c. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital;
  - e
  - d. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.
- e) Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados;
- f) Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência da prestação de serviços;
- g) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, a 1ª (primeira) via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- h) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras

---

contratadas pela Administradora de Benefícios);

- i) Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios;
- j) Fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários;
- k) Assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infecto-contagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações;
- l) Deverá possuir a facilidade “disque 24 horas”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

### 2.3. São obrigações do município de Lagoa Santa/MG:

- a) Colocar à disposição da Administradora Benefícios informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;
- b) Permitir à Administradora Benefícios a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;
- c) Permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios o acesso às dependências do município de Lagoa Santa/MG, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;
- d) Acompanhar e fiscalizar a execução do Termo de Acordo, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento;
- e) Acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes perante as Administradoras.

## **CLÁUSULA TERCEIRA – DOS BENEFICIÁRIOS**

3.1. Os beneficiários são aqueles previstos no Termo de Referência – Anexo I do Edital de Credenciamento.

## **CLAUSULA QUARTA – DAS SANÇÕES**

4.1. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita às

seguintes sanções previstas na Lei Federal nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

- 4.1.1. Advertência por escrito;
- 4.1.2. Multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados à(s) operadora(s), do Plano de Saúde, por ventura, inadimplente(s), indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;
- 4.1.3. Multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculado à(s) operadora(s) do Plano de Saúde indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, no caso de inexecução total dos serviços;
- 4.1.4. Suspensão temporária do Termo de Acordo, por prazo não superior de um ano, devidamente justificada pela fiscalização do termo;
- 4.1.5. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante à autoridade que aplicou a penalidade;
- 4.1.6. As sanções previstas nos subitens 4.1.1 e 4.1.2 poderão ser aplicados concomitantemente com as dos subitens 4.1.4.e 4.1.5, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;
- 4.1.7. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no presente Edital, no Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao Município de Lagoa Santa/MG apuradas em processo administrativo.

#### **CLÁUSULA QUINTA – VIGÊNCIA**

5.1. O prazo de vigência do Termo de Acordo será de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, a critério da administração, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme o disposto no inciso II do art. 57 da Lei nº 8.666/1993.

#### **CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E PAGAMENTO**

6.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Município de Lagoa Santa/MG a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

6.2. O pagamento será realizado mediante consignação em folha ou autorização de débito na conta corrente indicada no ato de adesão pelo beneficiário, ou mediante boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – RESCISÃO**

7.1. Este acordo poderá ser rescindido de pleno direito, a qualquer tempo, pela desistência de um dos signatários ou pela superveniência de norma legal, que o torne material ou formalmente inexecuível, mediante comunicado por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, ou, ainda, sobrevindo caso fortuito ou de força maior, idem com relação a justo motivo, inclusive na hipótese de inexecução total ou parcial de qualquer de suas cláusulas e condições.

7.2. Obrigam-se os signatários a cumprir todas as cláusulas e condições durante o prazo de 90 (noventa) dias que anteceder à rescisão.

### **CLAUSULA OITAVA - CONDIÇÕES GERAIS**

8.1. O presente termo de acordo é aceito pelo município de Lagoa Santa/MG em caráter de não exclusividade, sendo dispensado o procedimento licitatório em função de não existir desembolso de recursos públicos.

### **CLÁUSULA NONA – DA PUBLICAÇÃO**

9.1. A eficácia do presente termo de acordo está vinculada à publicação do seu extrato no jornal “Diário Oficial dos Municípios Mineiros”, a cargo do CREDENCIANTE, devendo ser realizada nos termos do parágrafo único, do artigo 61, da Lei Federal 8.666/93.

### **CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO**

10.1 As partes elegem o foro da comarca de Lagoa Santa/MG, para dirimir quaisquer dúvidas emergentes do presente contrato.

E por estarem assim justos e acordados, assinam o presente instrumento em 03 (três) vias, de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas.

Lagoa Santa, xxx de xxxxxxx de 2018.

**MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA**  
**XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**  
**Secretário Municipal de Gestão - CREDENCIANTE**

---

**CRENCIADO**