

CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÕES

PROCESSO LICITATÓRIO: 12/2014
CREDENCIAMENTO – Nº 01/2014
DATA: 22/04/14

ÓRGÃO CREDENCIADOR: **CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO**

1) DO PREÂMBULO:

A Câmara Municipal de Ouro Preto/MG, com sede à Praça Tiradentes, 41, Bairro Centro, CNPJ n.º 19.146.752/0001-93, nesta, **torna público**, para conhecimento dos interessados, que fará realizar Licitação Pública, sob a modalidade CREDENCIAMENTO, para contratação de pessoa jurídica que preste serviços de cobertura de plano de saúde, consistente na prestação de serviços de assistência médica, médico-hospitalar, paramédica, amparadas pela Lei 9.656/98 conforme determina a Resolução Normativa 254/2011 da Agência Nacional de Saúde para os servidores da Câmara Municipal de Ouro Preto, para os vereadores da Câmara Municipal de Ouro Preto e seus dependentes nos termos deste Edital e seus anexos e em conformidade com a Lei n.º 8.666, de 21.06.93, e legislação complementar vigente. **Os documentos de habilitação e o requerimento de credenciamento serão recebidos até às 13:45 horas do dia 30 de abril de dois mil e quatorze**, no Departamento de Compras e Patrimônio da Câmara Municipal de Ouro Preto. A abertura da documentação de habilitação e das propostas de preços ocorrerá às 14:00 horas da mesma data (30.04.2014).

2) DO OBJETO:

É objeto da presente licitação o credenciamento de pessoa jurídica que preste serviços de cobertura de plano de saúde, consistente na prestação de serviços de assistência médica, médico-hospitalar, paramédica, amparadas pela Lei 9.656/98 conforme determina a Resolução Normativa 254/2011 da Agência Nacional de Saúde para os servidores da Câmara Municipal de Ouro Preto, para os vereadores da Câmara Municipal de Ouro Preto e seus dependentes.

2.1 DAS CONDIÇÕES DE COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE

As condições para a contratação de cobertura do plano de saúde serão as seguintes:

OBJETIVO E ATRIBUTOS DE CONTRATO

2.1.1. A contratação do serviço terá como objeto a ampliação da prestação continuada de serviços de saúde, aos beneficiários vinculados à pessoa jurídica contratante e aos seus dependentes legais, concedendo-lhes a assistência médica, hospitalar e obstétrica, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no Brasil, para doenças e problemas relacionados com a saúde, conforme orientação da organização mundial de saúde, respeitadas as exigências mínimas da Lei 9656/98 e Rol de Procedimentos da ANS.

2.1.2. Somente terão direito aos benefícios amparados por este contrato como associado titular, assim considerado, a pessoas física que comprovadamente possuir vínculo com a pessoa jurídica contratante, nas seguintes condições:

- a) Por relação empregatícia ou estatutária;
- b) Os sócios e administradores da pessoa jurídica contratante;

c) Os demitidos ou aposentados da pessoa jurídica contratante, conforme artigos 30 e 31 da Lei Nº. 9.656, de 1998;

c) Os agentes políticos;

d) Os trabalhadores temporários;

e) Os estagiários e menores aprendizes.

2.1.3. Poderão ser inscritos como dependentes, as pessoas físicas que possuírem grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica com relação ao titular, abaixo relacionadas:

a) cônjuge;

b) O(a) companheiro(a), havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial; O(s) filho(s) adotivo(s) ou não e enteado(s), solteiros até 18 anos incompletos;

c) O menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do beneficiário titular ou sob sua tutela, desde que não possua bens ou meios suficientes para o próprio sustento e educação, devendo tal condição ser comprovada;

d) O(s) filho(s) de qualquer idade comprovadamente incapaz(es).

2.1.4. Os contratos coletivos vigentes incompatíveis com a legislação por não observarem as condições de elegibilidade e legitimidade previstas na cláusula 1.2, serão mantidos para aqueles beneficiários que já se encontram inscritos na data da celebração do contrato de prestação de serviços, não sendo permitida por imposição legal, a inclusão de novos beneficiários ressalvados os casos de novo cônjuge e filhos.

2.1.5. A inclusão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência a saúde e a manutenção do preenchimento das condições que permitiram a inclusão.

2.1.6. O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá contratar um plano de saúde em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas no contrato.

2.1.7. É de responsabilidade da CONTRATANTE, encaminhar para a CONTRATADA a relação dos beneficiários a serem inscritos no plano com a cópia dos respectivos documentos: CPF, carteira de identidade e informar quaisquer alterações dos dados dos beneficiários inscritos no plano

DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

2.1. 8. As partes contratantes estabelecem que a prestação de serviços de assistência médica contratada passará a obedecer às garantias mínimas definidas na Lei 9.656/98 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, de acordo com a classificação estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde, na segmentação contratada, limites, prazos de carências e demais condições previstas, sem prejuízo das coberturas já amparadas no contrato original.

2.1.9. Os procedimentos e eventos que possuem cobertura obrigatória, listados no Rol de Procedimentos da ANS e Eventos em Saúde, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos Conselhos de

Classe, através de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de contratualização estabelecido pela operadora.

2.1.10. Estão cobertos os atendimentos de planejamento familiar, em conformidade com o inciso III do artigo 35-C da Lei 9656/98 e com a Resolução Normativa da ANS 211/2010, e suas posteriores alterações.

2.1.11. Está coberta a participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.

2.1.12. Atendimento assistencial, dentro da segmentação contratada e da área de abrangência geográfica definida no contrato original, está assegurada independentemente do local de origem do evento.

2.1.13. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT definido no caso de inclusão de beneficiário portador de doenças ou lesões preexistentes.

2.1.14. Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

2.1.15. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias somente terão cobertura assegurada se estiverem especificada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e de acordo com a segmentação contratada.

2.1.16. COBERTURA AMBULATORIAL

A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, dentro dos recursos próprios ou contratados, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes, observadas as seguintes coberturas:

I. Consultas médicas com médicos em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

III. Medicamentos registrados/regularizados pela ANVISA utilizados nos procedimentos de diagnósticos e terapêuticos, contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde vigente.

IV. Consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente e observadas as Diretrizes de Utilização:

A) Consultas com Nutricionista limitadas a 12 (doze) consultas/sessões por ano de contrato, conforme prescrição do médico assistente, desde que preenchidos os critérios das diretrizes de utilização definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar:

- Diagnóstico confirmado de diabetes (tipo I ou tipo II em uso de medicação);

- Ter o beneficiário realizado pelo menos 02 (duas) consultas médicas especializadas nos últimos 2(dois) meses com endocrinologista e/ou oftalmologista e/ou cardiologista e/ou nefrologista);
- Ter realizado pelo menos 1 (um) ECG nos últimos 12 meses; Ter realizado pelo menos 2 (dois) exames de hemoglobina glicosilada nos últimos 12 meses.

Parágrafo único: Assiste ao beneficiário direito a cobertura de no máximo 6 (seis) consultas/sessões, por ano de contrato, para os casos não enquadrados nos critérios listados nos incisos I a IV.

(B) Consultas/Sessões com Fonoaudiólogo limitadas a 24(vinte e quatro) consultas/sessões, por ano de contrato, com fonoaudiólogo, conforme indicação e prescrição do médico assistente, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- Pacientes com perda de audição (CID H90 e H91);
- Pacientes com gagueira [tartamudez] ou taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.5 ou F.98.6);
- Pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (CID F80);
- Pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- Pacientes com disfagia (CID R13);
- Pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
- Pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disfasia e afasia; disartria e anartria; apraxia; dislexia e disfonia (R47.0; R47.1; R48.2 e R48.0 e R49.0).

Parágrafo único: Assiste ao beneficiário o direito a cobertura de no máximo 6(seis) consultas/sessões, por ano de contrato, para os casos não enquadrados nos critérios listados nos incisos I a VII.

C) Consulta/sessões com Terapeuta Ocupacional: Cobertura obrigatória de até 12 (doze) consultas/sessões, por ano de contrato, conforme prescrição do médico assistente, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 à F 03);
- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 à F 79).
- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F 82, F 83).

D) Consultas/sessões com Psicólogo: Cobertura obrigatória de até 40 consultas/ sessões, por ano de contrato, conforme prescrição do médico assistente, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F 20 a F 29);
- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F84);
- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F 50);
- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F 31, F33)

E) Sessões de Psicoterapia que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico ou Psicólogo, de até 12 (doze) sessões, por ano de contrato, de acordo com as Diretrizes de Utilização, conforme indicação do médico assistente, observados os seguintes critérios:

- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F 40 a F 48);
- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F 51 a F 59);
- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da infância e adolescência (CID F 90 a F 98);
- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F 80, F 81, F 83, F 88, F 89);
- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F 30, F 32, F 34, F 38, F 39);
- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F 10 a F 19).

V. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

VI. Ações de planejamento familiar, que envolve as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

VII. Procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Radioterapia ambulatorial, desde que listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, em unidade de terapia intensiva e unidades similares;
- e) Hemoterapia ambulatorial;
- f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

VIII. O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão), e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes (art. 2º, I, "a" da Resolução Consu 11/1998).

IX. A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitado a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas (art. 2º, I, b da Resolução Consu 11/1998);

2.1.17. COBERTURA HOSPITALAR: A cobertura hospitalar compreende os atendimentos realizados em unidade hospitalar, em regime de internação, dentro dos recursos próprios ou contratados, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, observados as seguintes coberturas:

I-Internações hospitalares, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, na acomodação contratada;

II - Internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

III-Diária de internação hospitalar, em acomodação apartamento;

IV-Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação para o paciente;

V-Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

VI - Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, durante o período de internação hospitalar.

VII- Remoção do paciente, por falta de recurso, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

VIII- Despesas relativas a um acompanhante, que incluem: (a) acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes menores de 18 anos; (b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir do 60 anos de idade, e pessoas portadoras de deficiências.

IX- Atendimento por outros profissionais de saúde, nas coberturas previstas pelo Rol de Procedimentos da ANS, de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar quando indicado pelo médico assistente.

X- Cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, observadas às alíneas a seguir:

a) quando se referir ao processo gestacional, em urgências e emergências, será garantido o atendimento previsto na cobertura ambulatorial;

b) quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para cobertura ambulatorial não garantindo, portanto, cobertura para internação;

c) a urgência decorrente de acidente pessoal será garantida, sem restrições, após o período de carência legal de 24 (vinte quatro) horas.

XI- Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-facial listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;

XII- Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizadas durante o período de internação hospitalar, observadas o seguinte:

a) em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

b) os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura.

XIII- Órteses e próteses registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico, constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, observado o seguinte:

a) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos;

b) O médico requisitante deve, quando solicitado pela Operadora, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

c) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a Operadora a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora.

XIV- Procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados em ambulatório, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalares, a seguir relacionados:

- Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- Radioterapia, como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- Hemoterapia;
- Nutrição parenteral ou enteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes, exceto o fornecimento de medicação de manutenção.

XV- Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

XVI- Cirurgia plástica para fins de reparação de órgãos e funções em razão de acidente, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

- a) custeio integral de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, por ano de contrato, não cumulativos;
- b) custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação psiquiátrica, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, mediante a cobrança de co-participação de 30% (trinta por cento) sobre as despesas médico-hospitalares, de terapia e diagnóstico relacionado ao tratamento;

XVII- Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais estão inclusive, os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;

XVIII- Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, desde que haja indicação do médico assistente e preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);
 - b) paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29);
 - c) paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);
 - d) paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).
- IXX- Transplantes de medula óssea, rins e córneas, transplantes autólogos e alogênicos, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos, incluindo:

- a) Despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) Os medicamentos utilizados durante a internação;
- b) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- c) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

XX- Assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, a critério do médico.

XXI- Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.

XXII- O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção.

XXIII- Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação para o paciente e para um acompanhante do paciente menor de 18 (dezoito) anos, maior de 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais e da gestante no trabalho de parto, parto e pós-parto. O número de alimentação fornecida ao acompanhante compreenderá o total oferecido pelo prestador de serviço.

XXIV- Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

XXV- Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

XXVI- Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, em território brasileiro;

2.1.18. COBERTURA OBSTÉTRICA: A cobertura obstétrica compreende os procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério, dentro dos recursos próprios e contratados pela Operadora, devendo incluir as seguintes coberturas:

I- Despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato.

II- Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

III- Desde que a mãe ou adotante tenha cumprido as carências específicas, estarão cobertas as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva do recém-nascido, filho natural ou adotivo, bem como medicamentos nacionais, materiais e exames indispensáveis ao seu tratamento, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento ou a adoção. Decorrido este prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão em plano de assistência à saúde, observado o disposto na cláusula terceira.

IV- O parto normal poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

2.1.19 - Em conformidade com o previsto no artigo 10 da Lei nº. 9656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei 9.656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, estão excluídas da cobertura deste contrato:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aqueles que:

A) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

B) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou

C) cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada sejam por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência

intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, ressalvado os casos de internações domiciliares;

VII – fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

VIII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

IX – tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XI - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

XII - tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais;

XIII - atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;

XIV - despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo faciais que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;

XV - os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos odontológicos;

XVI - despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos e maior de 60 (sessenta) anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

XVII - cirurgias para mudança de sexo;

XVIII - produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;

XIX - procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou serviços não credenciadas a Operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;

XX - enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XXI - aplicação de vacinas;

- XXII - exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XXIII - aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XXIV – todo e qualquer atendimento domiciliar, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- XXV - remoção domiciliar;
- XXVI - transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos e alogênicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento;
- XXVII - tratamentos em SPA e casas sociais;
- XXVIII - procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- XXIX - investigação de paternidade, maternidade ou consangüinidade;
- XXX - procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; e
- XXXI - especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

DA REDE DE PRESTADORES

- 2.1.20. Os serviços contratados serão prestados pela rede de prestadores relacionada de forma atualizada no Guia Médico da Operadora, disponibilizado ao beneficiário.
- 2.1.21. Quaisquer alterações na rede de prestadores hospitalares serão realizadas em conformidade com o disposto no art.17 da Lei 9656/98.
- 2.1.22. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
- 2.1.23. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da Operadora durante período de internação do beneficiário, o hospital obriga-se a manter a internação e a Operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico.
- 2.1.24. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a Operadora arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.
- 2.1.25. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar deste plano, por redução, será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e o CONTRATANTE.
- 2.1.26. Os serviços de apoio/diagnósticos, tratamentos e todos os demais procedimentos ambulatoriais serão prestados pela Operadora através da rede própria ou contratada, constante do GUIA MÉDICO, por intermédio da solicitação do médico assistente ou cirurgião-dentista, devidamente habilitado, não podendo haver restrição aos pedidos dos profissionais não pertencentes à rede própria ou contratada.

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES - DLP

2.1.27. Os beneficiários que estiverem cumprindo a Cobertura Parcial Temporária CPT por doenças ou lesões preexistentes previstas no contrato de origem, no novo contrato deverão continuar cumprindo-a pelo prazo máximo de 24 meses a contar do ingresso ao plano de saúde.

2.1.28. O beneficiário deverá informar à Operadora, quando expressamente solicitado na documentação contratual, por meio do preenchimento da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época do seu ingresso e/ou adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/1998.

2.1.29. Doença e Lesão Preexistente são aquelas que o titular ou o beneficiário dependente é sabedor no momento da contratação do plano.

2.1.30. Ao ser declarado pelo beneficiário a existência de doença e lesão preexistente, a Operadora oferecerá obrigatoriamente a Cobertura Parcial Temporária (CPT), sendo facultado o oferecimento de agravo como opção à CPT.

2.1.31. Cobertura Parcial Temporária - CPT é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário.

2.1.32. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão do conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a Operadora deverá comunicar imediatamente ao beneficiário e oferecer as opções de CPT ou Agravo, ou providenciar a abertura de processo administrativo para julgamento da alegação da omissão de informação ou fraude na declaração de saúde.

2.1.33. Instaurado o processo administrativo na ANS, a Operadora não poderá, sob qualquer alegação, negar a cobertura assistencial, assim como, a suspender ou rescindir unilateral o contrato, até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

2.1.34. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente (DLP) quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela Operadora, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

2.1.35. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o beneficiário Titular e/ou dependente preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

2.1.36. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela Operadora, sem qualquer ônus para o beneficiário.

2.1.37. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Operadora, poderá fazê-lo, assumindo o ônus financeiro dessa entrevista.

2.1.38. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário sobre o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde serão declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação ou da adesão ao plano de assistência à saúde, além, de esclarecer questões relativas às coberturas e as consequências da omissão e da fraude às informações.

2.1.39. Sendo constatada, por perícia ou na entrevista qualificada, ou através de declaração expressa do beneficiário a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade, a Operadora oferecerá a cobertura parcial temporária e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do Agravo.

2.1.40. Agravo é acréscimo no valor da contraprestação paga pelo beneficiário ao plano de assistência à saúde, para que tenha direito integral à cobertura para a doença ou lesão preexistente declarada, após cumprido os prazos de carências previstos neste contrato, de acordo com as condições negociadas entre a Operadora e o beneficiário.

2.1.41. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a Operadora somente poderá suspender as coberturas de procedimentos cirúrgicos, do uso de leito de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade, quando estes estiverem relacionados diretamente à doença ou lesão Preexistente do beneficiário.

2.1.42. Os procedimentos de alta complexidade considerados pela ANS encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento, disponível no site www.ans.gov.br

2.1.43. É vedada à Operadora a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

2.1.44. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

2.1.45. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar expressamente o percentual ou valor do Agravo e seu período de vigência.

2.1.46. Na instauração do processo administrativo na ANS, à Operadora deverá apresentar provas da sua alegação, podendo utilizar qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição sabida quanto à existência de doença ou da lesão preexistente.

2.1.47. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

2.1.48.- Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

2.1.49. Após julgamento e acolhida a alegação da Operadora pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada, que tenham relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação pela Operadora, e se for o caso, poderá ser excluído do contrato.

DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

2.1.50. A Operadora garantirá a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência.

- Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

- Considera-se atendimento de emergência o evento que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

2.1.51. O atendimento em situação de urgência e emergência será realizado de acordo com a segmentação contratada, sendo garantida a remoção, quando necessária, por indicação médica, para outra unidade ou para o SUS quando não houver cobertura para a continuidade do tratamento.

2.1.52. Uma vez cumpridas as carências, é garantida a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

2.1.53. É garantida a remoção para unidade de atendimento da rede credenciada do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

2.1.54. O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

2.1.55. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar de urgência ou emergência decorrente da condição gestacional de pacientes ainda cumprindo período de carência, é garantida a cobertura prevista para a segmentação ambulatorial, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, não havendo, portanto, cobertura para internação.

2.1.56. Nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será igual àquela prevista para a segmentação ambulatorial, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, não havendo, portanto, cobertura para internação.

2.1.57. Quando o atendimento de urgência ou emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação, este abrange somente a cobertura prevista para a segmentação ambulatorial e limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, não havendo, portanto, cobertura para internação.

2.1.58. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à Operadora.

2.1.59. É garantida a remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, no caso do beneficiário estar cumprindo período de carência para internação ou ainda no caso em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

REMOÇÃO PARA UNIDADE DO SUS

2.1.60. Na impossibilidade de haver remoção por risco de vida, a CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Operadora, desse ônus.

2.1.61. Caberá à Operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

2.1.62. Na remoção, a Operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

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

REEMBOLSO

2.1.64. A Operadora assegura o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, dentro do território nacional, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados, exceto nos hospitais de tabela própria ou de alto custo.

2.1.65. O reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da Operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

- a) Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- b) Relatório do médico assistente, atestando a urgência/emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento com CID da doença e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital, data da alta hospitalar, descrição das complicações e relatório da alta;
- c) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- d) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem e, se for o caso, a duração do ato anestésico;
- e) Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

2.1.66. O valor do reembolso nas urgências e emergências não será inferior ao valor praticado pela Operadora junto à rede de prestadores do plano.

2.1.67. O beneficiário tem o prazo de 01 (um) ano, contado a partir da data do evento, para apresentar a documentação acima listada, sob pena de prescrição.

2.1.68. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar a situação de urgência ou emergência.

DAS CARÊNCIAS

2.1.69. Se porventura houver beneficiário que esteja ainda cumprindo os prazos de carências do contrato de origem, na data da nova contratação fica estabelecido a obrigatoriedade do cumprimento dessas carências respeitado os limites máximos previstos na Lei 9656/98:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência;
- b) 30 (trinta) dias para consultas e exames básicos;
- c) 180 (cento e oitenta) dias para os demais procedimentos;
- d) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos e cirúrgicos, realizados em ambiente hospitalar ou ambulatorial;
- e) 180 (cento e oitenta) dias para o direito às internações;
- f) 300 (trezentos) dias para parto a termo

2.1.70. Os novos beneficiários incluídos no contrato (novo cônjuge e filhos) de acordo com as condições de dependência prevista no contrato original deverão cumprir os prazos de carência nos prazos previstos neste termo de acordo com a Lei 9656/98.

2.1.71. Dos planos de contratação coletiva empresarial com menos de 30 (trinta) usuários: No plano de assistência à saúde coletiva empresarial com número de participantes menor que 30 (trinta), em casos de doenças e lesões preexistentes haverá cláusula de agravamento da contraprestação ou de cobertura parcial temporária, bem como a exigência de cumprimento de prazos de carência.

2.1.72. Dos planos de contratação coletivo empresarial com 30 (trinta) usuários ou mais: No plano de assistência à saúde coletiva empresarial com número de participantes maior ou igual a 30 (trinta), em casos de doenças ou lesões preexistentes não haverá cláusula de agravamento da contraprestação ou de cobertura parcial temporária, e não será exigido cumprimento de prazos de carência, desde que a inclusão do beneficiário titular e de seus dependentes ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da celebração deste contrato ou da vinculação do beneficiário titular a pessoa jurídica CONTRATANTE.

DAS FAIXAS ETÁRIAS

2.1.73. Fica estabelecida a alteração com relação à mudança de faixa etária adequando o contrato às regras da Resolução Normativa 63 da ANS, que estabelece dez faixas etária, a partir da assinatura do presente termo aditivo.

2.1.74. A variação do preço das mensalidades por faixa etária ocorre em razão da alteração da idade do beneficiário que importa em deslocamento para a faixa etária subsequente. A contraprestação pecuniária será alterada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para faixa etária subsequente, conforme abaixo:

Faixas Etárias Percentual

- 1ª - de 0 até 18 (dezoito) anos; 0 %
- 2ª - de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade; 15%
- 3ª - de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade); 15%
- 4ª - de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade; 15%
- 5ª - de 34 (trinta e quatro) a 38(trinta e oito) anos de idade; 15%
- 6ª- de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade; 16%

- 7ª - de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade; 21%
- 8ª- de 49 (quarenta e quatro) a 53 (cinquenta e três) anos de idade; 30%
- 9ª - de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade; 35%
- 10ª- de 59(cinquenta e nove) anos ou mais. 39%

2.1.75. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual do contrato.

2.1.76. Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

2.1.77. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas.

2.1.78. A variação do preço em razão da mudança de faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário, desta forma o(s) beneficiário(s) com mais de 60 (sessenta) anos de idade, estará(ão) isento(s) do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual.

DA CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL

2.1.79. As inclusões e exclusões serão consideradas a partir do 1º (primeiro) dia do mês seguinte ao do recebimento da solicitação pela CONTRATANTE.

2.1.80. Condições de permanência no plano de saúde do demitido sem justa causa: É assegurado ao beneficiário titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício, com pessoa jurídica contratante, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário titular e dos beneficiários dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à Operadora o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, nos termos do art. 30 da Lei 9656/98 e deste contrato, observando:

I-Nos contratos coletivos custeados pela empresa não é considerada contribuição o pagamento de co-participação pelo beneficiário;

II- O exonerado ou demitido deverá optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento da empresa.

III- O período de manutenção da condição de beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

IV-A manutenção do beneficiário em razão de vínculo de emprego nas condições previstas neste capítulo é entendida aos dependentes inscritos no plano, assim, em caso de morte do titular, é assegurado aos dependentes inscritos no plano de assistência a saúde, a permanência no plano na forma e o prazo estipulados, desde que assumam o pagamento das contraprestações pecuniárias.

V- O direito assegurado ao beneficiário demitido não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

VI- A condição de beneficiário assegurada nesta cláusula deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular demitido em outro emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato à Operadora.

2.1.81. Direito de permanência no plano de saúde para o aposentado: É assegurado ao beneficiário titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manutenção como beneficiário titular e dos beneficiários dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à Operadora o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da lei 9.656/98), observando:

I- Não é considerada contribuição o pagamento de co-participação pelo beneficiário.

II- O aposentado deverá optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento da empresa.

III- Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário titular e dos beneficiários dependentes a ele vinculados à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

IV- Em caso de morte do titular aposentado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano de assistência à saúde, obedecida a forma e o prazo estipulados para a manutenção dos dependentes, desde que assumam o pagamento das contraprestações pecuniárias, conforme for o caso.

V- O direito assegurado ao beneficiário aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

VI- A condição de beneficiário assegurada nesta cláusula deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular aposentado em outro emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato à Operadora.

VII- O beneficiário aposentado ou demitido na forma e prazo previstos neste contrato, assim como o beneficiário ente da administração pública direta ou indireta, caso deixe de efetuar o pagamento das prestações de sua responsabilidade, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia que se dará até o 50º (quinqüagésimo) dia de inadimplência, poderá ser excluído do plano sem prejuízo do direito da Operadora requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias.

2.1.81. No caso de cancelamento deste contrato pela CONTRATANTE, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do contrato, por ingressar em um plano Individual ou Familiar da Operadora, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

a) A Operadora disponha de um Plano Individual/Familiar;

b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas contraprestações pecuniárias e de seus dependentes.

DOS VALORES DAS MENSALIDADES

2.1.82. Em razão da adequação dos planos contratados à regulamentação da Lei 9656/98, as partes estabelecem a aplicação de ajuste nos valores das mensalidades, de acordo com o cálculo atuarial, em obediência a Resolução

Normativa – RN 254/2011 da ANS, a ser aplicado sobre a contraprestação pecuniária vigente na data da celebração do presente aditivo, no percentual de 20,59% (vinte virgular cinquenta e nove por cento).

2.1.83. O aumento na contraprestação pecuniária definido para fins de adequação/adaptação do contrato será devido a partir da data da assinatura do novo contrato e não se confunde com o reajuste anual aplicável na data base do contrato e nas condições previstas na cláusula 10ª.

REAJUSTE DO CONTRATO COLETIVO

2.1.84. Será definida de comum acordo, a data base para reajuste anual das mensalidades.

2.1.85. Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

2.1.86. O contrato somente sofrerá reajuste na periodicidade de 12 (doze) meses, independentemente, das variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato.

2.1.87. O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com o IGPM ou outro índice que vier a ser definido mediante negociação entre as partes, apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato.

2.1.88. Além da revisão monetária, será procedida de forma complementar a aplicação do reajuste através da análise do índice de sinistralidade da carteira com base na proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário, considerada como o mês de assinatura do contrato.

2.1.89. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única.

2.1.90. Não haverá aplicação de percentuais de reajustes diferenciados dentro do plano contratado.

2.1.91. No caso da legislação autorizar reajuste em período inferior a 12 (doze) meses, a Operadora adotará este novo período de reajuste.

2.1.92. Os percentuais de reajuste aplicados serão informados pela Operadora à ANS na forma estabelecida na regulamentação específica.

DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

2.1.93. Para utilização das coberturas assistenciais contratadas deverão ser observadas os mecanismos de regulação adotados pela Operadora, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

2.1.94. Os valores relativos a co-participação (fator moderador), deverão ser pagos pela CONTRATANTE diretamente à Operadora, após a realização de procedimentos pelos beneficiários na mesma forma das mensalidades.

2.1.95. São devidos os valores e percentuais de co-participação nos termos da Resolução 11/98 do CONSU, correspondente a 20 % (vinte por cento) das despesas referentes a:

a) tratamento de portadores de transtornos mentais, não ocasionados por dependência química, que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo e que necessitem de internação hospitalar, em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, por período superior a 30 (trinta) dias, contínuos ou não, durante o período de 12 (doze) meses, a contar do primeiro dia de internação.

b) internações em hospital geral para portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização, circunscritas ao tratamento de "desintoxicação", por prazo superior a 15 (quinze) dias contínuos ou não, por ano, não cumulativos.

DA RESCISÃO E DA SUSPENSÃO

2.1.96. O contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência de 12 (doze) meses e mediante notificação prévia, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

2.1.97. Não será admitida a inclusão ou exclusão de beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito no contrato.

2.1.98. O atraso no pagamento da mensalidade implicará na suspensão da cobertura assistencial até que a CONTRATANTE efetue o pagamento devido à Operadora.

2.1.99. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

2.1.100. A não concordância por parte da CONTRATANTE com o índice de reajuste anual do contrato poderá implicar a rescisão deste contrato.

2.1.101. Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, mediante prévia notificação, com prazo determinado para cumprimento das normas legais, nas seguintes situações:

a) Prática de fraude comprovada;

b) Inadimplência da CONTRATANTE por período superior a 30 (trinta) dias nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, com notificação à CONTRATANTE, sem prejuízo do direito da Operadora de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas conseqüências moratórias;

c) Descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste contrato;

d) Falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial das partes.

2.1.102. É de responsabilidade da CONTRATANTE, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação para a Operadora.

2.1.103. A Operadora poderá cobrar da CONTRATANTE, por acordo entre as partes, ou pelos meios legais cabíveis, as eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao(s) beneficiário(s), após a rescisão do contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da Operadora.

DISPOSIÇÕES GERAIS

2.1.104. Com a assinatura do novo contrato, as condições anteriormente contratadas se submetem a todas as disposições da Lei 9.656/98 a partir da vigência e assinatura do contrato, inclusive quanto a reajustes e revisões.

2.1.105. As ampliações das coberturas decorrentes do novo contrato não alteram ou excluem as coberturas já previstas no contrato de origem que estão compatíveis com a legislação em vigor.

2.1.106. As cláusulas contratuais do contrato de origem que estejam compatíveis com a legislação em vigor ficam mantidas no novo contrato.

2.1.107. O início da vigência do contrato será no ato da sua celebração e assinatura pelo contratante do plano.

2.1.108. Após a assinatura do novo contrato, este passa a ser adaptado não sendo possível o retorno ao contrato de origem.

2.1.109. O contrato ficará sujeito às disposições da Lei 9656/98 e suas regulamentações editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

2.1.110. Permanecerão em vigor todas as demais cláusulas do contrato original não alteradas ou modificadas pelo presente termo.

3) DA HABILITAÇÃO:

3.1) Para participar do presente convite, a empresa interessada, deverá apresentar cópia atualizada do (a):

A - Inscrição no CNPJ;

B - Ato constitutivo (publicação), Contrato Social ou estatuto social em vigor, comprovante da regular constituição da empresa, devidamente registrado;

C - Certidão Negativa de Débito - CND com o INSS (Lei 8.212 de 25 de Julho de 1991);

D - Certidão de regularidade junto ao Fundo de Garantia por tempo de serviço - FGTS (Lei 8.036 de 11 de maio de 1990);

E - Certidão Negativa de Débito com a Fazenda Municipal sede do licitante;

F - Apresentar comprovante atestando que já realizou objeto semelhante ao pretendido neste credenciamento, e portanto já tem experiência, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado (o comprovante não deverá ser subscrito pela própria licitante);

G - Indicação do nome, documento de identidade e CPF da pessoa responsável pela assinatura do Contrato;

H – Inscrição Estadual(se houver).

I – Comprovante de registro junto à ANS – Agência Nacional de Saúde.

3.2) - Os documentos para habilitação poderão ser apresentados em cópias autenticadas ou cópias simples.

3.3) - Se a licitante optar pela apresentação de cópias simples, deverá apresentar, também, no momento da abertura dos envelopes, os respectivos originais dos documentos para serem confrontados com as cópias simples, as quais serão autenticadas por membro da Comissão Permanente de Licitações. Após esta conferência e autenticação, os originais serão devolvidos à licitante.

3.4) - A falta de quaisquer dos documentos listados no sub-item 3.1, ou apresentação dos mesmos, em desacordo com o presente Edital, ou com o prazo vencido, implicará na inabilitação do licitante de participar da licitação.

3.5) - O presente convite é estendido aos demais cadastrados na correspondente especialidade que manifestarem seu interesse com antecedência de até 24 (vinte e quatro) horas da apresentação das propostas.

4) DA APRESENTAÇÃO DO REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO E DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO:

4.1) Os documentos **deverão ser entregues até às 13:45 horas do dia 30/04/2014** em envelopes opacos hermeticamente fechados, (Envelope n.º 01 - HABILITAÇÃO - Envelope n.º 02 – REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO), contendo em sua parte externa e frontal os seguintes dados:

CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÕES
ENVELOPE N.º 01 – DOCUMENTOS HABILITAÇÃO
PROCESSO LICITATÓRIO N.º 12/2014
CREDENCIAMENTO N.º 01/2014
(NOME DO PROPONENTE)
(ENDEREÇO E CNPJ)

CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÕES
ENVELOPE N.º 02 – REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO
PROCESSO LICITATÓRIO N.º 12/2014
CREDENCIAMENTO N.º 01/2012
(NOME DO PROPONENTE)
(ENDEREÇO E CNPJ)

4.2) Nos envelopes deverão ser facilmente identificáveis o nome e o endereço do proponente legal, o CNPJ da empresa e o nome do representante legal.

4.3) o requerimento de credenciamento deverá ser apresentado em papel timbrado da empresa ou com carimbo do CNPJ, conforme modelos constantes nos Anexos II e III, sem emendas, rasuras, entrelinhas e ressalvas, devidamente datada, assinada e rubricada em todas as suas páginas e anexos, de fácil leitura e compreensão, sob pena de desclassificação e contendo ainda, obrigatoriamente:

- a - Razão social, endereço atualizado; incluindo, telefone e fax atualizados;
- b - N.º e Modalidade da Licitação (Convite);
- c - Especificações detalhadas e claras dos serviços a serem prestados;
- d - O prazo de validade da proposta não poderá ser inferior a 45 dias, a contar da data da abertura da presente licitação e obrigará o proponente a manter o seu preço, inclusive com os descontos apresentados por todo o período de vigência do contrato e seus termos aditivos;
- e - Apresentação da proposta em 01 (uma) via datilografada ou digitada.

5) DO CREDENCIAMENTO

5.1) Para manifestação nas reuniões, assinaturas em atas e demais documentos, a empresa participante deverá se fazer representar por pessoa devidamente credenciada através de documento hábil, conforme modelo do Anexo I, com carimbo padronizado da empresa, assinado por um representante legal, identificado como tal e acompanhado de cópia de documento do credenciado.

5.2) O documento de credenciamento deverá conferir ao credenciado amplos poderes, inclusive para renúncia do direito de recorrer.

5.3) O documento de credenciamento será retido pela Comissão Permanente de Licitações e juntado ao processo licitatório.

5.4) Do procedimento de credenciamento:

- a) iniciada a sessão e antes da abertura dos envelopes de documentos, a Comissão Permanente de Licitações procederá ao credenciamento dos representantes dos licitantes;
- b) será indeferido o credenciamento sempre que não forem apresentados os documentos necessários à identificação do interessado ou demonstrada sua condição de representante do licitante;
- c) as pessoas interessadas não credenciadas poderão acompanhar as sessões de abertura dos envelopes, desde que cheguem no horário previsto e não interfiram de modo a perturbar ou impedir a realização dos trabalhos;
- d) os representantes das empresas participantes que adentrarem à reunião após o seu início, poderão, ainda assim, ser credenciados para acompanhá-la, desde que devidamente munidos dos documentos exigidos.

6) DA ENTREGA E ABERTURA DOS ENVELOPES:

6.1 - LOCAL: Prédio da Câmara Municipal de Ouro Preto, sito na Praça Tiradentes, 41, Centro, Ouro Preto.

6.2 - DATA E HORÁRIO: **30/04/2014, às 13:45 horas para a ENTREGA e às 14:00 horas da mesma data para ABERTURA.**

6.3 - A Comissão Permanente de Licitações abrirá, inicialmente, para apreciação, o envelope contendo a DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO.

6.4 - Após a apreciação da documentação de habilitação, a Comissão recusará a participação do concorrente inabilitado na fase subsequente da licitação, sendo o envelope devolvido lacrado aos licitantes em momento posterior.

6.5 - Lavrar-se-ão ATAS circunstanciadas da abertura dos envelopes da habilitação e do requerimento de credenciamento, as quais deverão ser assinadas pelos licitantes presentes e pelos membros da Comissão Permanente de Licitações.

6.6 - As dúvidas surgidas durante a abertura dos envelopes com a documentação de habilitação e com o requerimento de credenciamento serão dirimidas pela Comissão Permanente de Licitações, com consignação em ATA.

6.7 - A abertura dos envelopes contendo os documentos de habilitação e o requerimento de credenciamento, será ato público.

6.8 - Havendo renúncia expressa de eventuais recursos, decididos os eventualmente interpostos, a Comissão Permanente de Licitações poderá passar à fase seguinte.

7) DO JULGAMENTO DAS PROPOSTAS:

7.1 - Faculta-se à Comissão Permanente de Licitações o direito de realizar a análise dos documentos, reservadamente ou em público, bem como o direito de solicitar esclarecimentos e/ou outros procedimentos, se necessário, ficando os licitantes sujeitos a atender à solicitação, sob pena de desclassificação.

7.2 - Após a fase de habilitação, não cabe desistência do requerimento de credenciamento, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente e aceito pela Comissão Permanente de Licitações

7.3 – O credenciamento será homologado pelo Presidente da Câmara Municipal de Ouro Preto.

8 - DO RECURSO:

8.1 - Dos atos da Administração praticados nesta licitação cabem:

Recurso, no prazo de 02(dois) dias úteis a contar da intimação do ato de lavratura da ata, nos casos de:

a) habilitação ou inabilitação do licitante;

b) credenciamento;

c) anulação ou revogação da licitação;

d) rescisão do contrato;

e) aplicação das penas de advertência, suspensão temporária ou de multa.

f) Representação, no prazo de 02 (dois) dias úteis da intimação da decisão relacionada com o objeto da licitação.

8.2 - Interposto o recurso poderá ser comunicado aos demais licitantes, que poderão impugná-lo no prazo de 02 (dois) dias úteis.

8.3 - Decairá do direito de impugnar os termos do presente edital, aquele que, tendo-o aceito sem objeção, venha após a entrega dos envelopes, apontar falhas ou incorreções. Qualquer alegação posterior a esse respeito, não terá efeito de recurso perante este Legislativo Municipal.

8.4 - O recurso será dirigido ao Presidente da Câmara Municipal de Ouro Preto, através do Presidente da Comissão Permanente de Licitações no prazo cabível contado da intimação do ato ou da Ata, conforme previsão nos artigos 105 e 106, da Lei Estadual 9444 de 25.11.87 c/c os artigos 109 e 110, da Lei n.º 8666/93.

8.5) As petições contendo as razões dos licitantes **não serão admitidas em forma de “fax”, e-mail ou via postal**, devendo ser protocolizadas na Secretaria da Câmara Municipal de Ouro Preto.

9) DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

9.1 - Para efeito do recebimento, o licitante / credenciado, emitirá nota fiscal, sem a qual não será processado pagamento.

9.2 - O pagamento será efetuado no prazo, máximo, de até 30 (trinta) dias após entrega da Nota Fiscal.

10) DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

As despesas desta licitação correrão por conta das Dotações Orçamentárias: 01.01.031.0080.2161.3.3.90.39.00 Outros Serviços Terceiros Pessoa Jurídica e das dotações orçamentárias que a substituírem nos exercícios financeiros seguintes.

11) DAS SANÇÕES:

A partir da adjudicação da empresa credenciada e conseqüente assinatura do contrato, ocorrendo inexecução total ou parcial do contrato, a Administração poderá aplicar ao licitante vencedor todas as penalidades previstas nos artigos 81 a 88 da Lei de Licitações além de:

- 1 - Advertência;
- 2 - Multa de 10,0% (dez por cento) sobre o valor Contratado;
- 3 - Suspensão temporária do direito de licitar e contratar com a Câmara Municipal pelo prazo de 02 anos;
- 4 - Declaração de inidoneidade para licitar.

12) DO CONTRATO

A licitante credenciada assinará Contrato num prazo máximo de 05 (cinco) dias, contados da convocação pela Câmara, sob pena de multa de 10% (dez por cento) sobre o valor do Contrato.

13) DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

13.1) O contratado fica obrigado a aceitar nas mesmas condições, os acréscimos ou supressões que se fizerem, em até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado da proposta, conforme o § 1º, do artigo 65 da Lei n.º 8.666/93.

13.2) O licitante responderá pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase da licitação.

13.3) A anulação do procedimento licitatório não gera direito de indenização, salvo nos casos legais.

13.4 – A Câmara Municipal de Ouro Preto reserva-se no direito de anular ou revogar esta licitação no total ou em parte, desde que se verifique a ilegalidade, ou conveniência da Administração, não assistindo aos licitantes, qualquer direito de reclamação, reparação, protesto ou indenização, ressalvada a hipótese de revogação da licitação após homologação, caso em que deverá ser comprovado o efetivo dano, para fins de ressarcimento dos prejuízos nos termos do art. 49 da Lei n.º 8.666/93.

13.5- Os licitantes, ao protocolizarem suas propostas, concordam integralmente com os termos deste Edital e seus anexos.

13.6- Uma vez findo o prazo de entrega dos envelopes no local indicado, não serão admitidas quaisquer retificações de documentos e propostas apresentadas, *FICANDO EXPRESSAMENTE PROIBIDO*, a juntada de qualquer documento, como também a participação de proponentes retardatários.

13.7- Os casos omissos neste Edital serão resolvidos pela Comissão Permanente de Licitações, observando o que determina a Lei Federal n.º 8.666/93 e suas alterações;

13.8- Integram este Edital:

- a) Anexo I – Modelo de Carta de Credenciamento;
- b) Anexo II – Modelo de Requerimento de Credenciamento ;
- c) Anexo III – Levantamento de Beneficiários e Dependentes de Plano de Saúde da Câmara Municipal de Ouro Preto;

13.9 – O presente Edital encontra-se à disposição dos interessados no Departamento de Compras e Patrimônio da Câmara Municipal de Ouro Preto sito na Praça Tiradentes, 41, Centro, Ouro Preto.

13.10- Qualquer esclarecimento sobre esta licitação, será fornecido pela Comissão Permanente de Licitações na sede da Câmara Municipal de Ouro Preto.

Câmara Municipal de Ouro Preto, em 22 de abril de 2014.

Maria de Lourdes da Silva Alfenas

Presidente da Comissão Permanente de Licitações

Maria Aparecida Guimarães de Paula

Regina Dias Bezerra

Membros da Comissão Permanente de Licitações

ANEXO I

PROCEDIMENTO LICITATÓRIO: 12/2014
CREDENCIAMENTO - 01/2014
ÓRGÃO CREDENCIADOR: CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO

MODELO DE CARTA DE CREDENCIAMENTO

Prezados Senhores:

Pela presente, CREDENCIAMOS o (a) Sr.(a): _____, nacionalidade, -----, estado civil -----, profissão -----, portador do documento de identidade n.º -----, inscrito no CPF -----, residente na ----- para representar nossa empresa, em todos os atos e reuniões relativos ao Procedimento Licitatório em referência, ficando autorizado a assinar atas, rubricar documentos e propostas de licitantes, assinar e apresentar impugnações, recursos e contestações, receber intimações e notificações, inclusive para renúncia do direito de recorrer, a que tudo daremos por firme e valioso.

Por ser verdade, datamos e firmamos a presente

_____, ____ de ----- 2014.

NOME E ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA
Apor carimbo padronizado do CNPJ da empresa

ANEXO II

PROCEDIMENTO LICITATÓRIO: 12/2014
CREDENCIAMENTO – 01/2014
ÓRGÃO REQUISITANTE: CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO

A empresa/pessoa jurídica XXXXXXXXXXXX, CNPJ XXXXXXXXXXXX, com sede na Rua XXXXXXXXXXXX, vem requerer o seu credenciamento nos termos do procedimento licitatório 12/2014 – Credenciamento 01/2014, que tem como objeto a contratação de pessoa jurídica que preste serviços de cobertura de plano de saúde, consistente na prestação de serviços de assistência médica, médico-hospitalar, paramédica, amparadas pela Lei 9.656/98 conforme determina a Resolução Normativa 254/2011 da Agência Nacional de Saúde para os servidores da Câmara Municipal de Ouro Preto, para os vereadores da Câmara Municipal de Ouro Preto e seus dependentes.

NOME E ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA
Apor carimbo padronizado do CNPJ da empresa

ANEXO III

Estimativa de Beneficiários do Plano de Saúde junto à Câmara Municipal de Ouro Preto (Agentes políticos, servidores inativos, servidores ativos, dependentes e ex-servidores)

Beneficiários Titulares de Plano de Saúde	Beneficiários Dependentes de Plano de Saúde
217(duzentos e dezessete)	32(trinta e dois)

AVISO DE LICITAÇÃO

CRENCIAMENTO – 01/2014

A Câmara Municipal de Ouro Preto/MG, com sede na Praça Tiradentes, n.º 41, Bairro Centro, CNPJ n.º 19.146.752/0001-93, nesta, **torna público**, para conhecimento dos interessados, fará realizar Licitação Pública, sob a modalidade de CRENCIAMENTO, para contratação de pessoa jurídica que preste serviços de cobertura de plano de saúde, consistente na prestação de serviços de assistência médica, médico-hospitalar, paramédica, amparadas pela Lei 9.656/98 conforme determina a Resolução Normativa 254/2011 da Agência Nacional de Saúde para os servidores da Câmara Municipal de Ouro Preto, para os vereadores da Câmara Municipal de Ouro Preto e seus dependentes nos termos deste Edital e seus anexos e em conformidade com a Lei n.º 8.666, de 21.06.93, e legislação complementar vigente. **Os documentos de habilitação e o requerimento de credenciamento serão recebidos até às 13:45 horas do dia 30 de abril de dois mil e quatorze**, no Departamento de Compras e Patrimônio da Câmara Municipal de Ouro Preto. **A abertura da documentação de habilitação e do requerimento de credenciamento ocorrerá às 14:00 horas do mesmo dia.**

O Edital completo com as especificações do objeto do Credenciamento n.º 01/2014 encontra-se à disposição dos interessados no Departamento de Compras e Patrimônio da Câmara Municipal de Ouro Preto, na Praça Tiradentes, n.º 41, Bairro Centro, sendo que também encontra-se disponível através do Sítio: www.cmop.mg.gov.br

Ouro Preto, 22 de abril de 2014.

Maria de Lourdes da Silva Alfenas
Presidente da Comissão Permanente de Licitações