



CONTRATO Nº 18/2023

PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 198/2023 – PREGÃO ELETRÔNICO Nº 161/2023.

CONTRATANTE: **CÂMARA MUNICIPAL DE VEREADORES DE TRÊS PASSOS**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Rua Salgado Filho, nº 79, inscrito no CNPJ sob nº 07.257.873/0001-23, neste ato representado por seu Presidente, Sr. Diego Hider Maciel, brasileiro, inscrito no CPF sob nº 011.026.020-19, portador da Identidade nº 1082541069, residente e domiciliado neste Município de Três Passos, RS.

CONTRATADA: **UNIMED NOROESTE/RS – Sociedade Cooperativa de assistência à Saúde Ltda**, CNPJ nº 87.647.756/0001-05, situada na Rua Siqueira Couto, nº 93, 5º andar, Centro, no município de Ijuí/RS, neste ato representado por seu Diretor Superintendente, Sr. Fernando Vargas Bueno, brasileiro, médico, portador RG: 35052615 SSP/PR e do CPF nº 759.210.819-49, residente e domiciliado na cidade de Ijuí/RS, e ou por seu Procurador, Sr. Gilberto Freitas, brasileiro, solteiro, portador RG: 4032223441 e do CPF nº 449.881.760-53, residente e domiciliado na cidade de Ijuí/RS.

CLÁUSULA PRIMEIRA: Do objeto e do vínculo com licitação:

§ 1º Do objeto: Contratação de Operadora de Plano de Saúde para prestação de serviços de assistência médico-hospitalar completa com obstetrícia, laboratorial, auxiliar e internação incluindo serviços de urgência e de emergência, para os servidores públicos ativos (estatutários, celetistas, emergenciais, cargos em comissão e cargos eletivos) vinculados à Câmara Municipal de Três Passos - Poder Legislativo, bem como para os seus dependentes diretos e/ou legais (sem custeio do Poder Legislativo), com abrangência regional, em especial na região noroeste do Estado, conforme anexo I deste Edital.

§ 2º - Da vinculação: O presente contrato vincula-se ao Edital de Pregão Eletrônico nº 161/2023, Processo Licitatório nº 198/2023.

§ 3º Da abrangência:

Como abrangência regional entende-se aquela regulamentada pelo plano de saúde (nos Termos do Art. 1º do Estatuto Social da Contratada) e que deverá ser elencada junto com a proposta, devendo abranger no mínimo os seguintes Municípios: Ijuí, Três Passos; Tenente Portela; Frederico Westphalen; Crissiumal e Palmeira das Missões.

§ 4º Do nome comercial e número de registro do plano na ANS

A contratada deverá fornecer o nome comercial e o número de registro do plano na ANS que constará deste instrumento.

§ 5º Da segmentação assistencial do plano de saúde

A contratada deverá fornecer a segmentação assistencial do plano com observância dos critérios de contratação estipulados no termo de referência do anexo I.

CLÁUSULA SEGUNDA: Da descrição dos itens objetos do presente contrato

A Contratada obriga-se a prestação dos serviços, conforme descrito no termo de referência, que lhe foi adjudicado e homologado no processo licitatório, modalidade Pregão Eletrônico, conforme abaixo transcrito:

Definição das características, coberturas, especificações e escopo operacional dos serviços.

3.1 - Serviços de assistência médico-hospitalar completa com obstetrícia, laboratorial, ambulatorial, auxiliar e internação com acomodação semi - privativa, incluindo serviços de urgência e de emergência em qualquer local do País. Esses serviços, para doenças pré-existentes ou adquiridas, contemplam obrigatoriamente toda a lista de consultas, atendimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória nos planos de saúde, de acordo com a Agência Nacional de Saúde e estão previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, em cumprimento a Resolução Normativa nº 465/2021 e suas atualizações ou substituições.



3.1.1 Nos termos do art. 18 da Resolução Normativa 465/2021, os seguintes procedimentos e eventos ambulatoriais devem possuir cobertura:

I - consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

II - serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

III - consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstétrico e obstetritz;

IV - sessões de psicoterapia;

V - procedimentos de reeducação e reabilitação física, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

VI - ações de planejamento familiar, para segmentação ambulatorial;

VII - remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

VIII - hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

IX - quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento do câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;

X - medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando o disposto nos Anexos da Resolução Normativa 465/21 e, preferencialmente, as seguintes características:

a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei n.º 9.787/1999; e

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, esta atualmente a cargo da ANVISA.

XI - procedimentos de radioterapia para a segmentação ambulatorial e hospitalar (face a contratação deste plano ser ambulatorial + hospitalar com obstetria).

XII - procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial;

XIII - hemoterapia ambulatorial; e

XIV - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

3.1.2 – Nas liberações de coberturas de despesas de materiais de próteses, órteses e implantes, deve ser observado o seguinte:

I – É prerrogativa do médico assistente determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais necessários a execução dos procedimentos previstos neste contrato;

II – O médico assistente solicitante deve, quando solicitado pela CONTRATADA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

III – Em caso de divergência entre o médico assistente solicitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a



um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com despesas arcadas pela CONTRATADA.

3.2 – Prazos para a utilizações dos serviços durante a carência do plano de saúde e utilização nos casos de urgência e emergência no período de carência:

3.2.1 - Não haverá quaisquer tipos de carências para os titulares e dependentes já inscritos no plano de saúde, na data de assinatura do contrato, decorrente da presente licitação.

3.2.2 – Novos titulares e seus dependentes que ingressarem no plano de saúde durante a vigência do contrato decorrente desta licitação, deverão cumprir com as carências previstas nas normas da ANS ou prazo menor ou zero, a critério da contratada.

3.2.3 – Os titulares e seus dependentes que ingressarem no plano de saúde durante a vigência do contrato, decorrente desta licitação e que possuam qualquer outro plano de saúde, terão direito a portabilidade de carências, conforme descrito na RN 438/2018.

3.2.4 - A cobertura dos procedimentos de emergência e urgência de que trata o art. 35 da [Lei nº 9.656/98](#), que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções de acordo com os critérios definidos pela legislação vigente e suas alterações, bem como pela resolução Consu 13/1998.

3.2.4.1 No caso de o beneficiário necessitar de assistência médico-hospitalar de urgência ou emergência, durante o período que estiver cumprindo carência contratualmente prevista, a CONTRATADA, estará obrigada a prestar atendimento exclusivamente nas 24 (vinte e quatro) horas de atendimento ambulatorial ou até que fique caracterizada a necessidade de internação hospitalar conforme a hipótese que ocorrer primeiro, somente a partir deste prazo a mesma estará isenta da responsabilidade financeira, quanto ao restante do atendimento.

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

3.2.4.3 A operadora deverá garantir a cobertura de remoção, após 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.

3.2.4.3.1 Nos casos previstos no item 3.2.4.3, quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus.

3.2.4.3.2 Caberá a 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.

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

3.2.4.3.4 Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 3.2.4.3.2 a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

3.2.5 - Nos casos de urgência e emergência aplicar-se-á o teor do artigo 6º c/c o art. 10 da Resolução Normativa ANS 566/2022, conforme abaixo transcrito:

Art. 6º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado o disposto no inciso XVI do art. 3º.

Parágrafo único. O disposto no caput dispensa a necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 08 e 13, de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las.

Art. 10. Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, caso o beneficiário seja obrigado



a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até trinta dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.

3.2.6 - Em casos de urgências e emergências em localidades em que inexista rede credenciada, na especialidade requerida pelo atendimento do usuário, será devido ressarcimento das despesas médicas, hospitalares, ambulatoriais e auxiliares decorrentes.

a) O ressarcimento dessas despesas será efetuado de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados no plano contratado.

b) o valor de reembolso será efetuado em até 30 (trinta) dias, inclusive as despesas com transporte da data de apresentação da documentação para a **CONTRATADA**, por meio de crédito em conta corrente do titular do plano de saúde.

3.3) Rede credenciada:

Estabelece critérios mínimos sobre as características – quantidade e qualidade – dos profissionais, rede hospitalar e laboratorial para atendimento aos beneficiários do plano de saúde, objeto deste certame.

3.3.1 – A rede hospitalar deve atender, **no mínimo**, os seguintes requisitos quantitativos:

a) No mínimo um (1) hospital credenciado nas seguintes cidades:

- * Ijuí;
- * Três Passos;
- * Tenente Portela;
- * Frederico Westphalen;
- * Crissiumal;
- * Palmeira das Missões.

3.3.1.1 - Nos casos em que não houver a disponibilidade do serviço nos municípios citados a Operadora deverá disponibilizá-lo em outro município ou outra região, conforme preconizam as normas da ANS.

3.3.2 – Os profissionais credenciados devem atender no mínimo consultas médicas, atendimento hospitalar, tratamentos clínicos e cirúrgicos em todas as especialidades admitidas ou que venham a ser admitidas pelo CFM e/ou Associação Médica Brasileira, e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial:

- 1 - Anatomia Patológica;
- 2 - Acupuntura
- 3 - Alergiologia e Imunologia;
- 4 - Anestesiologia;
- 5 - Angiologia;
- 6 - Cardiologia;
- 7 - Cancerologia;
- 8 - Cirurgia Gastroenterológica
- 9 - Cirurgia Geral;
- 10 - Cirurgia Laparoscópica;
- 11 - Cirurgia Oftalmológica;
- 12 - Cirurgia Pediátrica;
- 13 - Cirurgia Plástica Reparadora e/ou restauração não estética;
- 14 - Cirurgia Vascular periférica;
- 15 - Cirurgia cardiovascular (inclusive implante de marcapasso)
- 16 - Cirurgia Torácica;
- 17 - Cirurgia Urológica;
- 18 - Cirurgia refrativa;
- 19 - Clínica Geral e Clínica Médica;
- 20 - Citologia;
- 21 - Dermatologia;



- 22 - Endocrinologia e metabolismo;
- 23 - Fisiatria e Foniatria,
- 24 - Gastroenterologia;
- 25 - Geriatria;
- 26 - Ginecologia;
- 27 - Hematologia;
- 28 - Hepatologia;
- 29 - Homeopatia;
- 30 - Infectologia - Doenças infecciosas e parasitárias de qualquer natureza;
- 31 - Mastologia;
- 32 - Medicina Interna;
- 33 - Medicina Nuclear;
- 34 - Microcirurgia reconstrutiva;
- 35 - Neurologia (inclusive a pediátrica);
- 36 - Nefrologia;
- 37 - Obstetrícia;
- 38 - Oncologia;
- 39 - Ortopedia;
- 40 - Otorrinolaringologia;
- 41 - Patologia Clínica;
- 42 - Pediatria;
- 43 - Pneumologia;
- 44 - Proctologia;
- 45 - Psiquiatria;
- 46 - Reumatologia;
- 47 - Terapia Intensiva
- 48 - Traumatologia;
- 49 - Urologia;
- 50 - Nutricionista;
- 51 - Psicólogo e terapeuta ocupacional;
- 51 - Psicoterapia;

3.3.3 - A contratada deverá disponibilizar aos beneficiários, e nos termos do Edital, os seguintes **exames complementares**:

- 1 - Análises clínicas;
- 2 - Anátomo-patológico;
- 3 - Angiografia;
- 4 - Arteriografia;
- 5 - Cicloergometria;
- 6 - Cineangiocoronariografia;
- 7 - Densitometria Óssea;
- 8 - Ecocardiografia;
- 9 - Ecografia;
- 10 - Eletrocardiografia;
- 11 - Eletroencefalografia;
- 12 - Eletromiografia;
- 13 - Endoscopia;
- 14 - Fluoresceinografia;
- 15 - Fonocardiografia;
- 16 - Laparoscopia;
- 17 - Medicina Nuclear – radioisótopos e cintilografia;
- 18 - Provas de função pulmonar;



- 19 - Radiológico;
- 20 - Ressonância Magnética;
- 21 - Tomografia computadorizada;
- 22 - Ultra-sonografia.

3.3.4 - Deverá disponibilizar, ainda, os seguintes serviços auxiliares:

- 1 - Fisioterapia;
- 2 - Quimioterapia;
- 3 - Hemodiálise;
- 4 - Remoção;
- 5 - Cobertura de consulta e sessões, com fonoaudiólogo;
- 6 - Serviços médicos auxiliares ainda não previstos, que possam surgir com o desenvolvimento da medicina, conforme rol de procedimentos e eventos em saúde.

3.3.5 – Deverá ainda assegurar procedimentos de internação bem como os exames complementares e serviços auxiliares em:

a) Procedimentos médicos/serviços auxiliares:

- 01 - Acupuntura;
- 02 - Cirurgias;
- 03 - Diálises (peritoniais);
- 04 - Fisioterapia;
- 05 - Hemodiálise;
- 06 - Hemoterapia;
- 07 - Implantes;
- 08 - Internações;
- 09 - Litotripsia;
- 10 - Quimioterapia;
- 11 - Radioterapia;
- 12 - Remoções inter hospitalares com exceção para consulta e exames;
- 13 - Transplantes de rins e córnea.

b) Exames Complementares:

- 01 - Angiografia;
- 02 - Angiografia Digital;
- 03 - Arteriografia;
- 04 - Audiometria;
- 05 - Cardiotocografia;
- 06 - Densitometria Óssea;
- 07 - Ecocardiografia;
- 08 - Eletrocardiografia dinâmica (Holter);
- 09 - Eletrococleografia;
- 10 - Endoscopias Diagnósticas (Digestivas, Ginecológicas, Respiratórias e Urológicas);
- 11 - Endoscopias Terapêuticas (Digestivas, Ginecológicas, Respiratórias e Urológicas);
- 12 - Fluoresceinografia;
- 13 - Laparoscopia Diagnóstica e Terapêutica;
- 14 - Medicina Nuclear;
- 15 - Neurofisiologia Clínica;
- 16 - Neuroradiologia e Radiologia intervencionista;
- 17 - Ressonância Nuclear Magnética;
- 18 - Tomografia Computadorizada;



19 - Vídeo-Laparoscopia.

3.3.6 – Deverá assegurar serviços terapêuticos e de diagnósticos e exames complementares constantes da tabela da Associação Médica Brasileira e da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS ou que venham a serem nela incluídos, em especial:

- 01 - Análises clínicas;
- 02 - Anatomia patológica;
- 03 - Angiografia;
- 04 - Angioplastia;
- 05 - Arteriografia;
- 06 - Audiometria;
- 07 - Cateterismo cardíaco;
- 08 - Cicloergometria;
- 09 - Cineangiocoronariografia;
- 10 - Cirurgias laparoscópicas e vídeo-laparoscopias;
- 11 - Cobaltoterapia;
- 12 - Colpocitologia;
- 13 - Densitometria óssea;
- 14 - Doppler;
- 15 - Ecocardiograma;
- 16 - Eletroencefalograma;
- 17 - Eletromiografia;
- 18 - Endoscopia peroral;
- 19 - Embolizações e Radiologia intervencionista;
- 20 - Fisioterapia;
- 21 - Fonocardiografia;
- 22 - Fluoresceinografia;
- 23 - Hemodiálise e diálise peritonial;
- 24 - Hemodinâmica-procedimento diagnóstico e terapêutico;
- 25 - Hemoterapia;
- 26 - Holter;
- 27 - Inaloterapia;
- 28 - Laparoscopia;
- 29 - Litotripsia extracorpórea;
- 30 - Medicina nuclear;
- 31 - Material de osteossíntese tal como: placas, parafusos e pinos;
- 32 - Neuroradiologia;
- 33 - Nutrição parenteral ou enteral;
- 34 - Provas de função pulmonar;
- 35 - Próteses intra-operatórias;
- 36 - Quimioterapia;
- 37 - Radiologia (inclusive a intervencionista);
- 38 - Radioterapia;
- 39 - Ressonância nuclear magnética;
- 40 - Tomocargiografia;
- 41 - Tomografia computadorizada;
- 42 - Ultra-sonografia;
- 43 - Xerocardiografia.

3.3.7 – O atendimento de urgência e emergência ao beneficiário que estiver cumprindo carência será limitado nas primeiras 24h de vigência do contrato. Transcorrido esse prazo o atendimento será integral.



3.3.7.1 - Cobertura de Ambulância Simples e/ou com UTI móvel com e sem respirador para transporte de paciente de Hospital para hospital ou transporte conforme prescrição médica.

3.3.7.2 - Todos os exames ambulatoriais, acima de 200Ch's (coeficiente de honorários) nos termos da tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) ou Tabela que vier a ser instituída pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), terão a coparticipação de até 10%(dez por cento) do beneficiário, até o limite de R\$ 500,00 (quinhentos reais) por exame.

3.3.7.3 - Cobertura para hemodiálise e diálises (diagnóstica e terapêutica), com coparticipação de até **no máximo 10% do usuário**, com limite de valor de até 54,00 (cinquenta e quatro reais) por sessão, sem limite de sessões.

3.3.7.4 - Cobertura para fisioterapia, sem limite de utilização, sem coparticipação.

3.3.7.5 - Cobertura para quimioterapias incluindo procedimentos e medicamentos, com coparticipação de **até no máximo 10% do usuário**, com limite de valor de até R\$ 54,00 (cinquenta e quatro reais), por sessão, sem limite de sessões. Cobertura para radioterapias, incluindo procedimentos e medicamentos, com coparticipação de até no máximo 10% do beneficiário, com limite de valor de até R\$ 600,00 (seiscentos reais), por pacote, sem limite de sessões.

3.3.7.6 - Cobertura de órtese, e prótese e materiais especiais (OPME) com **coparticipação de 10% do valor pago ao prestador, até o limite do valor de R\$ 1.300,00 (mil e trezentos reais) por OPME.**

3.3.7.7 - Cobertura para transplante de rins e córneas.

3.3.7.8 - Cobertura de todos os exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, próteses e órteses, conforme solicitação médica, contrastes, anestésicos, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

3.3.7.9 – Cobertura integral para internações hospitalares, com diversidade de opções, **sendo indispensável convênio com o Hospital do Município de Ijuí e Três Passos - RS**, em quarto semi-privativo com banheiro privativo, com fornecimento de alimentação pela unidade hospitalar para o paciente e o acompanhante (menores de 18 anos, maiores de 60 anos).

3.3.7.10 - Haverá coparticipação **de R\$ 40,00 (quarenta reais) por dia**, do beneficiário após o trigésimo dia de internação, por ano civil, sendo vedada a limitação de prazo ou dias de hospitalização em UTI, com cobertura total de honorários médicos, anestesistas e medicamentos, em hospitais, clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de medicina.

3.3.7.11 - Consulta com psiquiatra e internações psiquiátricas e por dependência química, com limitações previstas pela ANS.

3.3.7.12 - O início da prestação de todos os serviços deverá ser imediato após assinatura do contrato, com inexistência de prazo de qualquer tipo de carências, já cumpridas, para o grupo existente na data do Início do mesmo com observância do art. 6º da RN ANS 557/2022.

3.3.7.13 - Absorção de doenças ou lesões preexistentes, com coberturas integrais, no que se refere a patologias comunicadas ou não, nos termos da RN 588/2022.

3.3.7.14 - Nos casos de atendimento obstétrico haverá cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, no plano ou seguro, como dependente, isenta do cumprimento de períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou da adoção.

3.3.7.15 – Atendimento a consultas médicas, sem limites de número, com qualquer médico credenciado, à livre escolha dentre os credenciados, a nível municipal e Regional, no consultório **médico com coparticipação de no máximo R\$ 60,00 (sessenta reais) para consultas eletivas, R\$ 70,00 (setenta reais) para atendimentos em pronto socorro e R\$ 100,00 (cem reais) para chamado hospitalar.**

3.3.7.16 – A coparticipação dos beneficiários será cobrada diretamente da CONTRATANTE, juntamente com a fatura da mensalidade. Os valores deverão ser discriminados na fatura de forma individual por titular do plano e poderão ser descontadas no mês subsequente a sua apresentação.

3.3.8 - Serão considerados como **dependentes** dos empregados no plano de saúde os seguintes:

a) cônjuge;

b) companheiro(a) designado(a);



- c) filho(a) de zero a trinta e três anos;
- d) tutelado;
- e) irmão/irmã incapaz, devidamente comprovada a dependência econômica ao beneficiário titular.

3.3.9 – A taxa de adesão será de no máximo R\$ 15,00 (quinze reais) para adesão e/ou inclusão dos beneficiários no plano de saúde, inclusive na migração do plano.

3.3.10 – No ato do atendimento aos usuários dos serviços do plano de saúde não serão devidos quaisquer tipos de cobranças (ex: caução, etc).

3.3.11 – Será devida a cobrança de coparticipação aos titulares do plano de saúde nas consultas médicas, próprias e de seus dependentes conforme estipulado neste projeto;

3.3.12 - Servidores desligados no período de vigência do contrato, com tempo de serviço no Município/RS, que contribuíram para o plano de saúde inferior a 10 (dez) anos, podem permanecer no plano de saúde, em conformidade com os dispositivos legais pelo período previsto na legislação específica, mediante pagamento do beneficiário diretamente a contratada. Neste caso o contratante não se responsabilizará por nenhum pagamento que venha a incidir após a rescisão que será informada por ofício ao contratado.

3.3.13 - Servidores desligados no período de vigência do contrato, com tempo de contribuição ao plano de saúde superior a 10 (dez) anos, podem permanecer no plano de saúde com seu grupo familiar, por tempo indeterminado. Neste caso, os valores devidos de mensalidade serão os mesmos da tabela contratada e cobrados pela empresa prestadora de serviços diretamente do beneficiário. Neste caso o contratante não se responsabilizará por nenhum pagamento que venha a incidir após a rescisão que será informada por ofício ao contratado.

3.3.14 - Deve ficar assegurada a cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

a) caberá remoção quando, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência e emergência, for caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

3.3.15 - Fica a contratada obrigada a implementar procedimentos e ações determinados por meio de normas legais na vigência do presente contrato, sem que isso implique reajustamento de custos.

3.3.16 – O acompanhamento gerencial do plano de saúde deve contemplar:

a) - a **CONTRATADA deverá remeter mensalmente, até o dia 20 de cada mês relatório/planilha discriminando os usuários do plano com valores individualizados por titular e dependente, e totalizador do grupo familiar, controlando as mudanças de faixa etária e a coparticipação. O usuário querendo, poderá requerer a contratada a discriminação dos serviços prestados.**

b) indicar um profissional de seu quadro de pessoal como gestor do contrato com a Câmara Municipal de Vereadores para atendimento das necessidades da entidade, bem como de acompanhamento da boa gestão do plano de saúde.

c) as inscrições no plano deverão ser realizadas em posto local de atendimento, em hipótese nenhuma haverá gerenciamento do plano por servidor do Município. Informações, novas inscrições, desligamentos, todos os atos deverão ocorrer em posto de atendimento local por funcionário da contratada. Ao solicitar adesão ao plano o titular deverá apresentar declaração de que faz parte do quadro de servidores da Câmara Municipal de Vereadores. A vinculação dos dependentes ao plano e a fiscalização é de responsabilidade da contratada.

3.3.17 Ficam excluídas, nos termos do art. 17 da RN ANS 465/2021 as seguintes exclusões assistenciais:

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

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

b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ou pelo conselho federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento; ou

c) faz uso off-label de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde, ressalvado o disposto no art. 24 da RN ANS 465/2021;



Estado do Rio Grande do Sul
CÂMARA MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS

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, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III - inseminação artificial;

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, com exceção dos medicamentos previstos nos incisos IX e X do art. 18, e ressalvado o disposto no art. 13 da RN 465/2021;

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

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

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

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

CLÁUSULA TERCEIRA: Do valor

§1º: Os valores serão pagos por faixa etária, por cada vida contratada, sendo os valores praticados os abaixo estipulados, com base na Ata do Pregão Presencial, após ofertas de lances.

Faixas Etárias	Nº de beneficiários	Valor máximo a ser pago por vida R\$
00 a 18 anos	Ilimitado, considerando que todos os servidores e dependentes poderão aderir ao plano.	R\$ 114,00
19 a 23 anos		R\$ 137,00
24 a 28 anos		R\$ 145,00
29 a 33 anos		R\$ 178,00
34 a 38 anos		R\$ 230,00
39 a 43 anos		R\$ 274,00
44 a 48 anos		R\$ 369,00
49 a 53 anos		R\$ 422,00
54 a 58 anos		R\$ 521,00
59 ou mais		R\$ 630,00

CLÁUSULA QUARTA: Do pagamento

O **pagamento** será efetuado mediante transferência bancária, depósito em cheques ou pagamento de boleto até o 10º (décimo) dia do mês subsequente a competência do plano, e mediante apresentação do documento fiscal correspondente ao objeto contratado, e mediante conferência e atestado de recebimento dos serviços pelo Fiscal do contrato, desde que observados os prazos constantes no item 6.1 “k” do termo de referência. Ainda, serão retidos valores a títulos de ISS (Imposto sobre Serviços), com base na Legislação vigente.

CLÁUSULA QUINTA: Do reajustamento de preços

§ 1º Será permitida a repactuação dos valores do contrato, desde que seja observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses contados a partir da data de vigência do contrato, devendo ser apresentada a demonstração analítica da variação dos componentes dos custos, devidamente justificada/comprovada por um Atuário devidamente registrado, para análise e manifestação do CONTRATANTE, para fins de reequilíbrio.

§ 2º Fica ressalvada a possibilidade de alteração das condições para a concessão de reajustes em face da superveniência de normas federais aplicáveis à espécie ou de alteração dos preços, comprovadamente,



praticados no mercado, com a finalidade de manter o equilíbrio econômico e financeiro da avença, nos termos do art. 65, inciso II, alínea “d”.

CLÁUSULA SEXTA: Da vigência e da fiscalização do contrato

O presente contrato terá vigência pelo período de 12(doze) meses, **a contar do dia 01/11/2023, ou seja, até 01/11/2024.** A fiscalização do contrato ficará a cargo da Servidora Andrieli Camila Hepp (matrícula 120) conforme Portaria 05/2022. Havendo interesse da Câmara Municipal de Vereadores, o presente instrumento poderá ser prorrogado nos termos do art. 57 da Lei 8.666/93. Havendo prorrogação deste instrumento o mesmo será atualizado pelo INPC/IBGE, após o transcurso de doze meses.

CLÁUSULA SÉTIMA: Recursos orçamentários

As despesas decorrentes da aquisição do objeto deste Edital correrão às expensas das seguintes Dotações Orçamentárias:

Elemento: 339039000000 – Outros serviços de terceiros Pessoa Jurídica

CLÁUSULA OITAVA: Normas legais incidentes sobre o contrato

Lei 10.502/2022; Lei 8.666/93, Lei 9656/98 e alterações posteriores, aceitas incondicionalmente pelos contratantes como eficaz para os termos deste contrato, a que se sujeitam, bem como para solucionar eventuais dúvidas em relação ao mesmo.

CLÁUSULA NONA: Responsabilidades do contratado e da observância pelas partes da Lei Geral de Proteção de dados (Lei 13.709/2018).

§ 1º A empresa Contratada se compromete a executar o contrato de acordo com as **disposições do Edital**, do anexo I e em conformidade com as cláusulas constantes neste instrumento, bem como a manter, durante toda sua vigência, em compatibilidade com as obrigações aqui assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

§ 2º A CONTRATANTE autoriza, em seu nome e no de seus beneficiários, a utilização dos dados pessoais sensíveis destes, em registros eletrônicos da CONTRATADA, observado o disposto nas cláusulas deste capítulo.

§ 3º A CONTRATANTE obriga-se, por este contrato, a fornecer, aos seus beneficiários, titulares e dependentes, o documento anexo, pelo qual os mesmos terão ciência que os dados que fornecem, para cumprimento das obrigações da CONTRATADA, contraídas em face deste contrato, são dados pessoais sensíveis cuja utilização depende da observância das regras a seguir fixadas, sendo, genericamente, constituídos de informações sobre:

- I. saúde;
- II. vida sexual;
- III. dados genéticos;
- IV. dados biométricos;
- V. dados identificativos.

§ 4º A CONTRATADA compromete-se a utilizar tais dados tão somente para:

- I. cumprimento de obrigações legais como operadora de planos de saúde e sociedade cooperativa;
- II. execução das obrigações que aqui contrai, visando a execução de procedimentos de administração, no intuito de proteção da incolumidade física e psíquica dos beneficiários, para provimento dos serviços de saúde que são objeto deste contrato, neste sentido podendo compartilhá-los, sob as mesmas limitações, com entidades que compõem ou compartilham a administração de sua rede de serviços, ou fazê-los circular, na forma de prontuário eletrônico, diretamente perante executores dos atendimentos à saúde, sejam eles profissionais da saúde, sejam serviços de saúde ou autoridades sanitárias, dentro de sua rede nacional, ou indiretamente, para os mesmos fins, com outras operadoras integrantes do Sistema da empresa vencedora;
- III. tutela, sob as mais distintas formas, da saúde dos beneficiários, visando instrumentar, da melhor maneira possível, os procedimentos de saúde a serem realizados em favor direto, ou mesmo indireto, de tais beneficiários.

§ 5º A CONTRATADA igualmente se obriga a utilizar tais dados de modo compatível com as finalidades acima expostas, de modo adequado ao cumprimento dos objetivos do contrato, naquilo que for estritamente necessário, garantindo, com os meios razoáveis e práticas recomendadas pelos especialistas, sua privacidade



fora dos casos de compartilhamento previstos e, acima de tudo, abstendo-se de empregá-los para efeitos de seleção de riscos, contratação ou exclusão de beneficiários.

§ 6º Ficam, aos beneficiários, ou aqueles que legalmente represente, observadas normas básicas de segurança e proteção informática:

I. assegurados o livre acesso à consulta sobre forma e duração do tratamento dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis;

II. garantida a transparência da CONTRATADA sobre as formas pelas quais os dados pessoais e pessoais sensíveis são manipulados e protegidos, bem como os mecanismos para evitar seu vazamento ou utilização indevida.

§ 7º Os dados pessoais, inclusive sensíveis, podem ser compartilhados entre operadoras de saúde e prestadores de serviços integrantes da rede assistencial, sem objetivo de vantagem econômica contratualmente prevista, para fins de possibilitar:

I. a portabilidade de dados solicitada pelo beneficiário, nas hipóteses legais permitidas; e

II. as transações financeiras e administrativas resultantes do uso e da prestação dos serviços de que trata este contrato.

§ 8º A CONTRATADA poderá fornecer, quando solicitada, à CONTRATANTE, o compartilhamento de dados pessoais sensíveis dos beneficiários contratuais inscritos no plano, para efeitos de acompanhamento financeiro das contraprestações a serem pagas, reajustes e recomposições a serem fornecidas, desde que:

I. utilize tais dados somente para conferência dos pagamentos realizados para a Operadora de Planos de Saúde e atividades conexas;

II. não utilize tais dados para outras finalidades, mormente obtenção de vantagens econômicas, ou seleção de riscos, ou despedida de beneficiários.

§ 1º O fornecimento será dado no exato limite da necessidade dimensionada pela CONTRATANTE.

§ 2º Responsabiliza-se a CONTRATANTE, por este instrumento, perante a CONTRATADA, por todo o ônus de demandas dos seus beneficiários que tenham por base a circulação legalmente permitida dos dados pessoais sensíveis dos mesmos ou de seus dependentes, assumindo, tão logo seja cientificada da existência de demanda desta natureza, junto à CONTRATANTE:

I. o custeio integral das defesas que esta tenha de fazer;

II. o encargo de procurar substituí-la na defesa processual de demandas desta natureza;

III. o ressarcimento integral de todas as condenações que a última arque, em face de demandas desta natureza.

CLÁUSULA DÉCIMA: Das sanções administrativas:

§ 1º Pela inexecução total ou parcial das obrigações assumidas, garantidas a prévia defesa contraditória, a Câmara Municipal de Vereadores poderá aplicar à CONTRATADA, as penalidades enunciadas no art. 87 da Lei Federal 8.666/93 com as alterações posteriores as seguintes sanções:

a) Advertência por escrito, quando a CONTRATADA praticar pequenas irregularidades; sendo que a penalidade de advertência poderá ser cumulada com a penalidade de multa.

b) Multa no valor de R\$ 7.500,00 (sete mil e quinhentos reais), caso haja atraso superior a cinco dias na execução do contrato, configurando-se a inexecução parcial do contrato. Em caso de atraso superior a dez dias, configurar-se-á inexecução total.

c) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, pelo prazo de até 2 (dois) anos, caso haja inexecução parcial do contrato e pelo prazo de 5 (cinco) anos, se houver inexecução total;

d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou, até que seja promovida a reabilitação, na forma da lei, perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

e) Pela inadequabilidade dos serviços prestados a contratada sujeitar-se-á a multa no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

f) Pela inexecução total do contrato ou por infração de qualquer outra cláusula contratual não prevista nos subitens anteriores, será aplicada multa de R\$ 12.500,00 (doze mil e quinhentos reais), comutável com as demais sanções, inclusive rescisão contratual se for o caso.



Estado do Rio Grande do Sul
CÂMARA MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS

g) Pela recusa do adjudicatário em retirar e/ou assinar o instrumento contratual, este ficará sujeito ao pagamento de multa no valor de R\$ 7.500,00 (sete mil e quinhentos reais), a título de indenização, com exceção dos casos fortuitos ou de força maior.

h) As penalidades previstas no item anterior não se aplicarão às LICITANTES remanescentes convocadas em virtude da não aceitação da primeira colocada, ressalvado o caso de inadimplemento contratual, após a contratação de qualquer das empresas.

CLÁUSULA DÉCIMA – PRIMEIRA: Rescisão contratual

O presente Contrato poderá ser rescindido por descumprimento das cláusulas deste instrumento e nas hipóteses e na conformidade dos arts. 77, 78 e 79 da Lei 8.666/93 e em conformidade com o Edital, garantida ampla defesa e contraditório, com as penalidades previstas na cláusula décima.

CLÁUSULA DÉCIMA – SEGUNDA: Do Foro

As partes elegem o Foro de Três Passos/RS, para dirimir quaisquer dúvidas emergentes do presente, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, assim, por estarem justos e contratados, assinam o presente contrato em três vias de igual forma e teor, na presença de duas testemunhas, para que produza os efeitos da Lei.

Três Passos, 18 de outubro de 2023.

Contratante:

Contratado:

Câmara Municipal de Vereadores de Três Passos
Diego Hider Maciel
Presidente

UNIMED NOROESTE/RS

Jurídico: _____

Testemunhas:
