

MEMORIAL DESCRITIVO - FUNDAÇÃO DO ABC

PROCESSO Nº 0050/2017

COLETA DE PREÇOS

MEMORIAL DE COLETA DE PREÇOS VISANDO CONTRATAÇÃO DE EMPRESA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, DESTINADA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA COMPLEMENTAR, POR INTERMÉDIO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA OU SEGURO SAÚDE COLETIVO PARA OS COLABORADORES ATIVOS E INATIVOS DA FUNDAÇÃO DO ABC E SUAS MANTIDAS.

1- PREÂMBULO

1.1 - Acha-se aberta na **FUNDAÇÃO DO ABC**, localizada na Avenida Lauro Gomes, nº. 2.000 Santo André – São Paulo, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 57.571.275/0001-00, o Memorial Descritivo visando à contratação “**tipo menor preço unitário linear – plano básico enfermária**”, limitado até o valor de **R\$ 175,24 (cento e setenta e cinco e vinte e quatro centavos)** (considerando maior abrangência geográfica)” de empresa de Assistência à Saúde, destinada a prestação de Serviços de Assistência Médica Complementar, por intermédio de Plano de Assistência Médica ou Seguro Saúde Coletivo para os Colaboradores ativos e Inativos da Fundação do ABC e suas Mantidas.

1.2 - O Memorial Descritivo estará disponível para download no site da Fundação do ABC (www.fuabc.org.br), na aba “PUBLICAÇÕES OFICIAIS – EDITAIS”.

1.3 – O Memorial Descritivo poderá ser retirado no endereço supracitado a partir do dia **03/08/2017** das 08h00min às 13h00min horas e das 14h00min às 17h00min horas.

1.4 - Os envelopes de propostas deverão ser entregues no endereço supracitado até o dia **09/08/2017** às 17h00 horas, em conformidade com as seguintes condições:

2 - DO OBJETO

2.1 – A presente Coleta de Preços tem por objeto a Contratação de empresa de assistência à saúde, destinada a prestação de serviços de assistência médica complementar, por intermédio de plano de assistência médica ou seguro saúde coletivo para os colaboradores ativos e inativos da Fundação do ABC e suas Mantidas.

3 - DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

3.1 – A proposta comercial deverá estar contida em **envelope lacrado**, mencionando exteriormente o nome da empresa, o número do processo e o seu objeto.

3.2 - A razão ou Denominação Social da empresa constante dos envelopes ou de quaisquer outros documentos deverão ser a mesma constante do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, vedada à utilização de nome “fantasia” ou nome incompleto.

3.3 - A proposta comercial deverá ser apresentada impressa ou datilografada sem emendas ou rasuras.

3.4 - Não será admitida a participação de consórcios, bem como as participações de empresas impedidas por lei.

3.5 - Não será admitida a subcontratação de serviços na execução do contrato decorrente desta Coleta de Preços, salvo se houver autorização da **CONTRATANTE**.

3.6 - A administração da **CONTRATANTE** fica reservada o direito de efetuar diligências em qualquer fase da Coleta de Preços para verificar a autenticidade e veracidade dos documentos e informações apresentadas nas Propostas, bem como esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada à inclusão, posterior de documento ou informação exigido neste memorial.

4 - DOCUMENTOS EXIGIDOS DA CLASSIFICADA DA PRESENTE COLETA DE PREÇOS

4.1 - Registro comercial, no caso de empresa individual;

4.2 - Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, devidamente registrados, em se tratando de sociedades comerciais e no caso de sociedades por ações, acompanhados de documentos de eleição de seus administradores;

4.3 - Cartão de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ/MF), dentro da validade;

- 4.4** - Certidão Negativa de Tributos Municipais Mobiliários, expedida no local do domicílio ou sede da empresa
- 4.5** - Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União.
- 4.6** - Prova de Regularidade para com o Fundo de Garantia por tempo de Serviço (FGTS);
- 4.7** - Prova de inexistência de débitos trabalhista através do documento “Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT ou Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas com os mesmos efeitos da CNDT”, expedida pela Justiça do Trabalho conforme Lei nº 12.440/2011;
- 4.8** - Balanço Patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios;
- 4.9** - Certidão Negativa de pedido de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, emitida no período de até 90 (noventa) dias anteriores a data fixada para entrega dos Documentos;
- 4.10** - Declaração que, de acordo com as especificações fornecidas pela **CONTRATANTE**, há perfeitas condições para execução completa dos serviços;
- 4.11** - Declaração da empresa, sob a pena da lei, se responsabilizando no caso de seus funcionários ou prepostos vierem a mover futuras ações trabalhistas ou cíveis contra a mesma, ficando a FUABC e suas Mantidas, excluídas do polo passivo, ou seja, da responsabilidade solidária ou subsidiária;
- 4.12** - Comprovante de Registro da Operadora junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS/Ministério da Saúde;
- 4.13** - Certidão de inscrição de no mínimo **120.000** (cento e vinte mil) usuários na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), extraído do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB).
- 4.14** – Apresentar Declaração da ANS, emitida nos últimos 60 dias, acerca do cumprimento da obrigação legal do envio das informações ao SIB.

4.15 – Apresentar Declaração da ANS, emitida nos últimos 60 dias, acerca do cumprimento da obrigação legal de envio de informações ao Sistema de Informações de Produtos (SIP).

4.16 – Apresentar nota global na última divulgação do Programa de Desenvolvimento de Saúde Suplementar – IDSS da ANS igual ou superior a 0,70.

4.17 – Comprovação de aptidão para desenvolvimento de atividade da mesma natureza, por meio de apresentação de no mínimo 02 (dois) atestados de bom desempenho anterior, fornecidos por pessoa jurídica de direito público ou privado, que contenham, ainda que somados, no mínimo 5.000 (cinco mil) vidas e que atualmente presta satisfatoriamente serviço da mesma natureza deste objeto.

O atestado deverá conter as seguintes informações:

- a) Nome da empresa que presta o serviço ao emitente;
- b) Data de emissão do atestado ou da certidão;
- c) Período do contrato;
- d) Especificação dos serviços executados;
- e) Área geográfica, contendo todos os municípios atendidos;
- f) Assinatura e identificação do signatário (nome, cargo ou função que exerce junto à emitente).

5 – PROPOSTAS

5.1 – Este envelope deverá conter;

5.2 – A proposta comercial com o **valor unitário linear – plano básico enfermaria, limitado até o valor de R\$ 175,24 (cento e setenta e cinco e vinte e quatro centavos)** conforme detalhado no Anexo I do Memorial.

5.2.1 – Fica obrigada as Operadoras/Seguradoras apresentarem “valor unitário linear” para todas as categorias de plano (Básico, Intermediárias e Superiores) enfermaria e apartamento Regional e Nacional.

5.3 – Especificações dos serviços oferecidos, em consonância com o objeto do presente memorial;

5.4 - Planilha de preços ofertados, contendo:

a) - Preço unitário linear – plano básico enfermaria.

5.5 – Os preços apresentados deverão ser em reais, com até duas casas decimais, expressos em algarismos e por extenso, computados todos os custos básicos diretos, bem como tributos, encargos sociais e trabalhistas e quaisquer outros custos ou despesas que incidam ou venham a incidir direta ou indiretamente sobre o objeto do Memorial, tais como frete, combustível, embalagens, e demais despesas concernentes à plena execução do objeto;

5.6 – Prazo de validade da proposta, não inferior a 60 (sessenta) dias;

5.7 – Deverão estar inclusos no preço ofertado eventuais serviços de mão de obra e todas as despesas necessárias à execução dos serviços, livre de quaisquer ônus para a **CONTRATANTE**, sejam estes de natureza trabalhista, previdenciárias, ou ainda, transportes, veículos, combustível, tributos, etc.

6 – DO PROCESSAMENTO E JULGAMENTO

6.1 – As propostas comerciais serão analisadas pela Comissão de Análise e Julgamento, que lavrará o competente Termo de Julgamento, cabendo submetê-lo a decisão da Presidente da Fundação do ABC, nos termos regimentais.

6.2 – A presente Coleta de Preços é do tipo “menor preço unitário linear – plano básico enfermaria”, limitado até o valor de R\$ 175,24 (cento e setenta e cinco e vinte e quatro centavos), considerando a maior abrangência geográfica, que serão julgados de acordo com os seguintes critérios:

6.3 – As propostas comerciais serão avaliadas pela Comissão de Análise e Julgamento, devidamente assessorada pelo corpo técnico da unidade requisitante, caso julgue necessário;

6.4 – A comissão procederá à classificação das empresas, por preço, do menor para o maior;

6.5 – Será considerada vencedora a empresa que, tendo atendido a todas as exigências formais do presente memorial, desde que os serviços estejam de acordo com todas as exigências e especificações mencionadas nos Anexos.

6.6 – Em caso de empate, a decisão se fará através de sorteio e, após o critério de classificação.

6.7 – Serão desclassificadas as propostas que não atendam às exigências deste Memorial;

6.8 – Na hipótese de todas as Propostas serem desclassificadas e a critério da Comissão de Análise e Julgamento, poderá ser fixado o prazo de 03 (três) dias úteis para apresentação de nova proposta comercial.

6.9 - A vencedora da presente coleta de preços terá o prazo de 02 (dois) dias úteis a partir da comunicação oficial, para a apresentação dos documentos, sob pena, de não o fazendo, ser desclassificada;

6.10 - O resultado final do presente certame será publicado no site da Fundação do ABC (www.fuabc.org.br);

6.11 - Os interessados deverão acompanhar o resultado final através de meio eletrônico conforme item **6.10**.

7 – DOS QUESTIONAMENTOS E ESCLARECIMENTOS

7.1 – Os questionamentos e/ou esclarecimentos do Memorial Descritivo, deverão ser formalizados em papel timbrado da empresa e protocolizados no Departamento de Compras da Fundação do ABC, em até 02 (dois) dias úteis anterior à data fixada para entrega de propostas.

7.2 – Em havendo questionamento por quaisquer das empresas participantes do certame a Fundação do ABC publicará a suspensão do ato convocatório a fim de sanar as dúvidas eventualmente surgidas, se assim entender como necessária.

7.3 – O departamento responsável enviará ATA da Comissão da Análise e Julgamento a todas empresas participantes do certame.

7.4 – Os questionamentos e/ou esclarecimentos não suspende o certame, salvo, em caso de análise técnica que demande tempo maior para análise, razão pela qual a suspensão será publicada no site da Fundação do ABC (www.fuabc.org.br).

8 – DAS IMPUGNAÇÕES DO MEMORIAL

8.1 – As impugnações do Memorial Descritivo, deverão ser feitos formalmente e, protocolados junto ao departamento de compras da Fundação do ABC em até 2 dias úteis da data fixada para recebimento das propostas.

8.2 – Em havendo acolhimento pela Comissão de Análise e Julgamento da Fundação do ABC- das impugnações formuladas pelas empresas participantes do certame, o departamento responsável publicará no site da Fundação do ABC (www.fuabc.org.br) o resultado e enviará a ATA para cada empresa.

9 – DAS VISTAS

9.1 – Será franqueado vistas ao processo a todos interessados, a partir da Publicação do Resultado Final, qual seja, ATA da Comissão de Análise e Julgamento de análise da documentação da empresa classificada e convocada para referida entrega, ocasião em que, será aberto prazo para Impugnações e Recursos.

10 – DO RECURSO

10.1 – Caberá recurso das decisões da Comissão de Análise e Julgamento da Fundação do ABC no prazo de 02 (dois) dias úteis da publicação do resultado final através do site (www.fuabc.org.br), assim como a Fundação do ABC – enviará via e-mail ou fax. ATA do resultado do Julgamento das propostas para cada um dos participantes, ocasião em que, será aberto prazo para impugnações e recursos;

10.2 – Estarão legitimados na apresentação de recurso, os representantes legais da empresa e/ou aqueles que por procuração específica;

10.3 – A Fundação do ABC, em havendo interposição de recurso por quaisquer das empresas, notificará as demais através de e-mail ou fax, para que em havendo interesse, apresentarem sua impugnação e/ou contrarrazões em 02 (dois) dias úteis imprerivelmente da notificação.

11 - DO CONTRATO

11.1 – O participante vencedor deverá comparecer a sede da **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis, contados da convocação feita pela Seção competente para esse fim, apto para assinatura do respectivo Contrato, sob pena de, não o fazendo, ficando a mesma impossibilitada de participar de futuras Coletas de Preços da **CONTRATANTE**.

11.2 – O presente Memorial, inclusive seus anexos, integrará o contrato que vier a ser firmado com a empresa vencedora da Coleta de Preços;

11.3 – Dá-se ao presente contrato o valor unitário linear – plano básico enfermagem de R\$ _____ (_____).

11.4 – Fica desde já eleito o foro da Comarca de Santo André para dirimir quaisquer questões oriundas da presente coleta de preços e do contrato que em decorrência dela vier a ser firmado.

12 - DA EXECUÇÃO DO CONTRATO

12.1 – Os serviços serão iniciados pela CONTRATADA após a assinatura do Contrato de Prestação de Serviços.

12.2 – Obriga-se a CONTRATADA em atender os beneficiários da Fundação do ABC e suas Mantidas conforme procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS), estabelecidos no ANEXO I.

13 - DAS PENALIDADES

13.1 – As penalidades serão propostas pela fiscalização da Fundação do ABC e aplicadas, se for o caso, pela autoridade competente, garantindo o contraditório administrativo com defesa prévia.

13.2 – Multa de 3% (três por cento) do valor do contrato, na recusa da empresa vencedora em assina-lo dentro do prazo estabelecido.

13.3 – Multa de 3% (três por cento) por inexecução parcial do contrato, sobre a parcela inexecutada, podendo, a Fundação do ABC, autorizar a continuação do mesmo.

13.4 – Multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor do contrato, por inexecução total do mesmo.

13.5 – Multa de 3% (três por cento) do valor do faturamento do mês em que ocorrer a infração, se o serviço prestado estiver em desacordo com as especificações propostas e aceitas pela FUNDAÇÃO DO ABC.

13.6 – Multa de 0,3% (três décimos por cento) por dia de atraso no cumprimento dos prazos estipulados em contrato.

13.7 – As multas são independentes entre si. A aplicação de uma não exclui a das outras, bem como a das demais penalidades previstas em lei.

13.8 – O valor relativo as multas eventualmente aplicadas serão deduzidas de pagamentos que a FUNDAÇÃO DO ABC efetuar, mediante a emissão de recibo.

13.9 – As penalidades serão propostas pela fiscalização da FUNDAÇÃO DO ABC e aplicadas, se for o caso, pela autoridade competente, garantindo o contraditório administrativo com defesa prévia.

14 – DOS PAGAMENTOS

14.1 – A **FUNDAÇÃO DO ABC** e suas mantidas que aderirem ao presente contrato, compromete-se em pagar, o preço irrevogável constante da proposta da **CONTRATADA** durante os 12 (doze) primeiros meses, observadas as seguintes condições:

14.2 – Os pagamentos serão realizados mensalmente, no 10º (décimo) dia corrido do mês subsequente a prestação dos serviços, mediante emissão de notas fiscais, após atestação dos serviços realizados no período, observando a retenção determinada pela Ordem de Serviço nº 203/99 do INSS.

14.3 – No caso de eventuais atrasos, os valores serão atualizados de acordo com a legislação vigente.

14.4 – A **CONTRATADA** deverá indicar, com a documentação fiscal o número da conta corrente e a agência do Banco Santander S/A, a fim de agilizar o pagamento.

14.5 – Em hipótese alguma será aceito boleto bancário como meio de cobrança.

14.6 – É de obrigatoriedade da Operadora/Seguradora a cobrança direta por Unidade Mantida que aderir ao plano de assistência médica.

15 - DO REGIME DE EXECUÇÃO

15.1 – A prestação de assistência a saúde, destinada a prestação de serviços de assistência médica complementar, por intermédio de plano de assistência médica ou seguro saúde coletivo para os colaboradores ativos e inativos deverá ser executado de acordo com o ANEXO I do presente Memorial.

15.2 - Os serviços deverão estar sob a responsabilidade técnica de profissionais por período, com experiência comprovada, com os devidos registros nos conselhos competentes para cada cargo executado.

15.3 - Os Serviços deverão ser prestados nos padrões técnicos recomendados e contar com quadro de pessoal técnico, operacional e administrativo qualificado e em número suficiente.

16 – DA ADESÃO DAS MANTIDAS DA FUNDAÇÃO DO ABC

16.1 - Poderão as Mantidas da Fundação do ABC aderir a qualquer tempo, ao contrato de prestação de serviços, objeto desta coleta de preços, não sendo obrigatório.

16.2 - As Mantidas da Fundação do ABC, em caso de adesão, deverão requerer formalmente junto a Presidência da Fundação do ABC.

16.3 - Em caso de adesão por qualquer das Mantidas da Fundação do ABC ao presente contrato, será feito o Termo de Adesão nas mesmas condições do contrato firmado com a Mantenedora com anuência da Contratada.

16.4 - A Mantida que aderir ao contrato ficará responsável pelos pagamentos advindos da prestação de serviços que lhe couber, diretamente a Contratada.

16.5 - Fica obrigada a empresa vencedora, em caso de ADESÃO de qualquer das Mantidas da Fundação do ABC, realizar os serviços nos mesmos moldes constante da proposta da vencedora, em conformidade com o Memorial Descritivo de Coleta de Preços.

16.6 - A Mantida da Fundação do ABC que já mantém contrato com empresa cujo objeto seja o dessa avença, poderá a seu critério ADERIR ao presente contrato, devendo adotar as medidas e precauções em referência ao contrato ora firmado e vigente.

16.7 - A empresa Contratada, em caso de Adesão de quaisquer das Mantidas da Fundação do ABC, deverá emitir as notas fiscais da prestação dos serviços, contra cada Mantida aderente, isentando a Fundação do ABC de responsabilidades.

16.8 - Independente da data de adesão de quaisquer das mantidas, o prazo de vigência será o constante no contrato firmado junto a Fundação do ABC – Mantenedora.

16.9 - Por força do contrato de Gestão e/ou Convênio entre a Fundação do ABC e a Municipalidade ou Governo Estadual, poderá a Mantida aderente ofertar aos seus colaboradores a adesão voluntária ao plano de saúde, subsidiado integralmente por estes.

16.10 – Em havendo adesão conforme item anterior, a fatura será emitida contra a Unidade responsável que procederá o pagamento.

17 - DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1 - Todas as dúvidas eventualmente surgidas deverão ser apresentadas por escrito e encaminhadas ao endereço mencionado na cláusula 1.1 deste Memorial, de acordo com o item 7 – dos questionamentos e esclarecimentos.

17.2 - A prestação de serviço objeto deste Memorial, terá início em 30/08/2017.

17.3 - Havendo serviço de corretagem com relação ao objeto contratado, deverá ser mensalmente enviado ao Departamento de RH da Fundação do ABC, relatório detalhado sobre a sinistralidade do contrato.

17.4 – Os pacientes internados, em tratamento, gestantes, não sofrerão prejuízo no seu atendimento na implantação dos serviços.

17.4 - Segue anexo ao presente Memorial:

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

ANEXO II – ESTIMATIVA DO NÚMERO DE VIDAS

ANEXO III – RELAÇÃO DE MANTIDAS

ANEXO IV – MINUTA DE CONTRATO

Sra. Maria Bernadette Zambotto Vianna
Presidente da Fundação do ABC

ANEXO I TERMO DE REFERÊNCIA

OBJETO: Contratação de pessoa jurídica de direito privado que opere plano de Assistência à saúde, destinada à prestação de Serviços de Assistência Médica Complementar, por intermédio de Plano de Assistência Médica e/ou Seguro Saúde Coletivo, e/ou Administradora de Planos de Saúde ou seguros privados, englobando os segmentos ambulatorial, hospitalar e obstetrícia, com as exigências mínimas estabelecidas na Lei nº 9.656/98, com as coberturas obrigatórias asseguradas por lei e por normas complementares da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Item 01- DO OBJETIVO

Visa o presente Termo de Referência a detalhar os elementos necessários a contratação de pessoa jurídica de direito privado que opere Plano de Assistência à Saúde, destinada a prestação de serviços de assistência médica complementar, por intermédio de Plano de Assistência Médica ou de Seguro Saúde Coletivo, e/ou Administradora de Planos de Saúde ou seguros privados, englobando os segmentos ambulatorial, hospitalar e obstetrícia, com as exigências mínimas estabelecidas na Lei nº 9.656/98, com as coberturas obrigatórias asseguradas, por lei e por normas complementares da Agência Nacional de Saúde Suplementar, além de outras previstas no presente Termo de Referência e, com registro regular na ANS.

Item 02- DA JUSTIFICATIVA

A valorização do talento humano excede a recompensa financeira pelo trabalho realizado. Ela pressupõe a atenção das organizações na construção de um ambiente de trabalho saudável onde seus profissionais sejam reconhecidos como Seres Humanos em todas as suas dimensões – física, emocional, social, profissional, intelectual e espiritual, oportunizando condições para a melhoria e o autogerenciamento de seu estilo de vida na busca da Saúde Integral.

Neste contexto a Fundação do ABC, busca através da contratação de uma empresa que ofereça a Assistência à Saúde para os seus colaboradores, que seja proporcionada e difundida uma cultura de promoção e prevenção a saúde, sendo mediadora no processo de conscientização desses profissionais para a adoção de um estilo de vida saudável.

Item 03 – DO FUNDAMENTO LEGAL

A contratação de empresa que opere Plano de Assistência à saúde será regida pela legislação pertinente, em especial pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, Regulamento Interno de Compras da Fundação do ABC, pelos Atos Normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como por normas posteriores que eventualmente venham a substituí-las.

Item 04 – DO CUSTEIO

A Fundação do ABC proporcionará custeio total das mensalidades dos planos básico enfermaria, dos colaboradores ativos (conforme dispõe a Lei 9656/98) que integram o objeto da Coleta de Preços, as Mantidas da Fundação do ABC, poderão custear o total das mensalidades do plano básico enfermaria ou reter o total da mensalidade do plano básico enfermaria do colaborador ativo (conforme dispõe a Lei 9656/98) que optar em aderir ao plano, de acordo com a Convenção Coletiva de cada Unidade Mantida. O custeio das mensalidades dos dependentes ocorrerá integralmente por conta do titular. Em todos os casos os respectivos valores serão retidos da folha de pagamento do colaborador e repassado à operadora/seguradora do plano de saúde.

A Fundação do ABC e/ou suas Mantidas darão um prazo para que os colaboradores possam fazer a escolha do plano, podendo após 12 meses da escolha do plano optar em fazer upgrade do plano básico para os demais e, downgrade dos planos superiores e intermediários para os planos inferiores. Quando o funcionário optar por um padrão de plano superior ao oferecido, deverá o mesmo arcar com os custos da diferença do plano básico para o de opção superior.

Na implantação todos os funcionários serão migrados para os planos correspondentes ao contrato atual, podendo fazer a opção de downgrade ou upgrade no prazo de 30 (trinta dias) contados da assinatura do contrato.

Em caso de adesão de unidades mantidas, o prazo aludido para as escolhas do plano de saúde será o prazo de 30 (trinta) dias.

O custo referente aos colaboradores inativos, obedecerá a Legislação Vigente, art. 4º Parágrafo Único e art. 5º da Resolução Normativa 279/11 da ANS.

Item 05 – DA NATUREZA DO CONTRATO

Trata-se de um plano Privado de Assistência à Saúde, definido no inciso I do artigo 1º da Lei 9656 de 03 de junho de 1998 de prestação de serviços continuada a preço pré-estabelecido, por 12 meses, podendo ser prorrogado anualmente, por até 60 meses, a critério da **CONTRATANTE**, com cobertura de custos de assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia na segmentação referência. A cobertura será dada para o tratamento das doenças definidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde (CID-10), limitada pelos procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na época do evento. Os procedimentos deverão ser prestados por profissionais ou serviços de saúde integrante da rede própria ou credenciada pela operadora/seguradora do plano de saúde. O presente contrato é de adesão, bilateral gerando direitos e obrigações individuais as partes, conforme o disposto nos artigos 458 a 461, do Código Civil Brasileiro, também estando sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Item 06 – DO TIPO DE CONTRATAÇÃO

O presente contrato observará o Regime de Contratação Coletivo Empresarial, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção à saúde prestada à população.

Item 07 – DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

A Assistência Médica contemplará os titulares (colaboradores) e seus dependentes, conforme abaixo indicado:

- a) O conjugue;
- b) Os filhos solteiros até 24 anos incompletos;
- c) Os enteados solteiros até 24 anos incompletos;
- d) A criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos, sob a guarda ou tutela do beneficiário titular por força de decisão judicial;
- e) A companheira ou companheiro, havendo união estável sem eventual concorrência com conjugue;
- f) Os filhos incapazes;

Obs.: O referido plano contemplará a determinação da RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 279, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que regulamenta o direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e

aposentados que contribuíram para os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, assim como o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano de saúde, em caso de morte do titular, nos termos do disposto nos artigos 30, §3º e artigo 31, §2º do mesmo diploma.

“Do Direito de Manutenção dos Dependentes em Caso de Morte do Titular

Art. 8º Em caso de morte do titular é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde, nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998. “
(ANS-RN 279/2011)

Item 08 – DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

O plano de saúde deverá ter área de abrangência geográfica Nacional e Regional, para todo tipo de atendimento, conforme previsto para produto (básico, intermediário 1, intermediário 2, e superior).

Item – 09 DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO

O plano de saúde deverá ter área de atuação Regional e Nacional, conforme previsto para produto (básico, intermediário 1 e 2, e superior).

Item 10 – DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO NA INTERNAÇÃO

Nos casos de internação o plano deverá ofertar acomodação no mínimo em quarto coletivo (enfermaria), sendo que não havendo disponibilidade para tal, a operadora/seguradora deverá ofertar acomodação em padrão superior sem que haja qualquer ônus ao beneficiário, até que lhe seja disponibilizada a internação em apartamento coletivo.

Na hipótese de o beneficiário ter a possibilidade de optar por acomodação hospitalar superior à que o tipo de plano de saúde escolhido oferece, o colaborador deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares de acordo com o sistema de livre negociação diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a operadora/seguradora de saúde e da contratante.

Item 11 – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

O beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos no Plano de Saúde têm direito ao atendimento médico ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, executados nos hospitais, clínicas e laboratoriais integrantes da rede própria ou credenciada da operadora/seguradora do plano de saúde, por médicos prestadores de serviço à operadora/seguradora, profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe. O atendimento será realizado de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na época do evento, devendo ser assegurado independentemente da circunstância e local de origem daquele, respeitadas a área de abrangência, área de atuação segmentação e a cláusula de exclusão de coberturas do contrato e incluirá:

- 1) Consultas médicas em número ilimitado em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstetrícia para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- 2) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento.
- 3) Assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei;
- 4) Cobertura de medicamentos registrados e regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, desde que utilizados durante a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em regime ambulatorial e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento;
- 5) Sessões de psicoterapia solicitada pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da

operadora/seguradora, de acordo com o número de sessões previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, devendo ser respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;

6) Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física (Fisioterapia), conforme solicitação do médico assistente em número ilimitados de sessões por ano e executados na rede própria ou credenciada da operadora/seguradora do plano de saúde;

7) Cobertura de consultas e/ou sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista, solicitados pelo médico assistente e realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da operadora/seguradora do plano de saúde, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento, devendo ser respeitada as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;

8) Ações de Planejamento Familiar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico;

9) Cobertura ambulatorial obrigatória para seguintes procedimentos:

9.1. Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamentos do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, conforme prescrição do médico assistente;

9.2. Hemoterapia ambulatorial;

9.3. Radioterapia para segmentação ambulatorial;

9.4. Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;

9.5. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

9.6. Hemodiálises e diálises peritoneal;

10) Participação do médico anestesologista, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

11) Atendimento psiquiátrico, obedecendo aos seguintes critérios;

11.1. Priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se da internação como último recurso, devendo a mesma sempre ocorrer por prescrição médica;

11.2. Nos casos de internação psiquiátrica deve haver o custeio integral de até 30 dias por ano, em regime de internação hospitalar ou hospital-dia, em hospital integrante da rede própria ou credenciada da operadora/seguradora do plano de saúde;

11.2.1. Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias acima previsto, os atendimentos serão realizados mediante acordo entre as partes;

11.2.2. O plano deve cobrir todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas;

11.3. Hospital – dia para transtornos mentais é o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional e, proporcionar ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar;

11.4. A cobertura em hospital – dia para transtornos mentais, será prestada de acordo com o previsto do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;

12) Cobertura para todas as modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias (que necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar), incluindo centro de terapia intensiva ou similar, hospital dia e clínicas básicas e especializadas integrantes da rede própria ou credenciada da operadora/seguradora do plano de saúde, sendo proibida a limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;

13) Despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;

14) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

15) Cobertura de atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

16) Exames complementares ao 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 e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento

17) Órteses e próteses ligados aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento:

17.1. A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico na ANS na internet (www.ans.gov.br);

17.2. O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora/seguradora de plano de saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto a ANVISA, que atendam as características especificadas;

17.3. Em caso da divergência entre o profissional requisitante e a operadora/seguradora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, através do mecanismo de junta médica, com as despesas arcadas pela operadora/seguradora do plano de saúde;

18) Tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros respeitada a segmentação do plano e os prazos de carência;

19) Cobertura para os exames pré e pós – operatórios constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento, relacionado as cirurgias cobertas ou não;

20) Cobertura de atendimento caracterizados como de urgência e emergências;

21) Conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, quando se tratar de idosos a partir dos 60 anos de idade e pessoas portadoras de deficiências, é assegurada ao acompanhante a cobertura de acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante;

22) Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária e indicada pelo médico assistente para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica previsto neste termo de referência;

23) Procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época:

23.1. Hemodiálise e diálise peritoneal;

23.2. 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 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;

23.3. Radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e eventos em saúde da ANS, vigente a época do evento para segmentação ambulatorial e hospitalar;

23.4. Hemoterapia;

23.5. Nutrição parenteral ou enteral;

23.6. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

23.7. Embolizações listados no Rol de Procedimentos e eventos em saúde da ANS, vigente a época do evento;

23.8. Radiologia intervencionista;

23.9. Exames pré – anestésicos ou pré – cirúrgicos;

23.10. Procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento;

23.11. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes listados no Rol de procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento;

23.12. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

23.13. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama para tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;

23.14. Atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo;

23.15. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo e sob guarda ou tutela do titular ao de seu dependente inscrito no plano durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou 30 (trinta) dias da guarda ou tutela;

23.16. Cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (paramentação, acomodação e alimentação de acordo com a dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante), conforme indicação do médico;

23.17. Transplante de córnea e rim, observadas as seguintes especificações:

23.17.1. Nos transplantes de córneas e rim, as despesas de procedimentos vinculados – entendidos estes como os necessários a realização do transplante – incluindo:

23.17.1.1. Despesas assistenciais com doadores vivos;

23.17.1.2. Medicamentos utilizados durante a internação;

23.17.1.3. Acompanhamento clínico no pós – operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

23.17.1.4. Despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde).

23.17.2. Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadavérico, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento, desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

23.18. Transplantes de medula óssea: halogênico e autólogo, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.

Item 12 – DOS PROCEDIMENTOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA

Os procedimentos abaixo descritos não serão contemplados pelo plano de saúde:

- 1) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 2) Procedimento clínico e cirurgia 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;
- 3) Os seguintes métodos contraceptivos: pílulas anticoncepcionais; adesivo anticoncepcional; anticoncepcionais hormonais injetáveis e implante hormonal, exceto para cobertura ambulatorial nos casos de quimioterapia oncológica; anel vaginal; preservativos femininos e masculinos; diafragma; esponja e espermicida;
- 4) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;
- 5) Tratamento de rejuvenescimento ou para redução de peso em clínicas de emagrecimento, Spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- 6) Fornecimento de medicamentos para tratamentos domiciliar, sendo estes aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde (tais como: hospitais, ambulatórios, clínicas);
- 7) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgica sendo a prótese entendida como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- 8) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, da lista disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS;

- 9) Clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambientes;
- 10) Transplantes à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento;
- 11) Consultas e exames periódicos, admissional de retorno ao trabalho de mudança de função e demissional que são de responsabilidade do empregador;
- 12) Consultas, internações e demais atendimento domiciliares;
- 13) Tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco – maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar;
- 14) Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, exceto para os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento, para segmentação hospitalar;

Item 13 – DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E REMOÇÃO

Para este termo de referência entende-se por: - Emergência: Os atendimentos que implicarem em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Urgência: Os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

- 1) Os beneficiários inscritos pela **CONTRATANTE** deverão ter direito, em casos de urgência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela operadora/seguradora do plano de saúde, dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano, ao reembolso das despesas com assistência à saúde (nos limites das obrigações contratuais) efetuadas pelos beneficiários titular ou dependentes;

2) O titular ou dependente deve entregar a operadora/seguradora do plano no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data do atendimento ou da alta a documentação original relativa as despesas efetuadas (recibo do pagamento, além de declaração do médico assistente de que se tratava de uma situação de urgência ou emergência). A operadora/seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual reembolso do valor.

3) A operadora/seguradora do plano deve garantir a cobertura da remoção do paciente nas seguintes situações:

3.1) Na internação, quando for comprovadamente necessária a remoção para outro estabelecimento hospitalar, próprio ou contratado mais próximo que disponha dos recursos necessários para o atendimento, respeitando a abrangência geográfica de cada plano escolhido;

3.2) Depois de realizar os atendimentos classificados como urgência e emergência, e se caracteriza pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a operadora/seguradora do plano garantira a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima que disponha dos recursos necessários para o atendimento sem ônus para o titular ou dependente.

3.3) A remoção do paciente nas situações descritas, após a realização dos atendimentos classificados como urgência ou emergência serão realizadas em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida para outro hospital;

3.4) Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a operadora/seguradora do plano garantira a sua remoção para outro estabelecimento;

3.5.) Terrestre ou aéreo de um hospital para outro mais próximo que disponha dos recursos necessários para o atendimento, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato de assistência à saúde;

3.5.1) Terrestre ou aéreo, nos casos de repatriamento (a recondução do beneficiário para seu estado ou cidade de domicílio) quando necessária a remoção em transporte especializado:

3.5.1.1) De um hospital dentro do estado de São Paulo para outro na cidade em que reside para continuidade do tratamento médico;

3.5.1.2) De um hospital fora do estado de São Paulo, para outro dentro do estado para continuidade do tratamento médico;

3.5.1.3) Nos casos de alta hospitalar para continuidade em tratamento domiciliar;

3.6) Para a utilização do serviço o paciente deve estar internado em situação que exija transporte especial, situação esta que será indicada pelo médico assistente e que deverá ser avaliada quando da solicitação da remoção diretamente à operadora/seguradora;

3.7) A definição quanto a utilização do meio aéreo ou terrestre é incumbência da operadora/seguradora, que avaliará em conjunto com o diretor médico operacional o melhor meio de transporte, valorizando a patologia e as condições de saúde do transportado, bem como condições meteorológicas e infraestrutura aéreo – rodoviário;

3.8) A equipe médica responsável pelo transporte fará uma avaliação das condições do paciente, para se certificar de que não existe contra-indicação para o transporte aéreo e terrestre.

3.9) Estarão fora da cobertura contratual os portadores de patologias que oferecem risco à integridade física e a saúde dos tripulantes das aeronaves, tais como doenças infectocontagiosas, os pacientes em coma irreversível e aqueles sem possibilidades terapêuticas ("fase terminal"), bem como os portadores de patologias incompatíveis com o transporte aéreo e ambulância UTI.

4) O serviço de urgência / emergência terá cobertura em todo território nacional.

Item 14 – DA DURAÇÃO DO CONTRATO

O contrato terá duração de 12 meses, podendo aditado anualmente, por igual período, até no máximo de 60 meses, a critério da contratante.

DO PERÍODO DE CARÊNCIA	
PROCEDIMENTO	CARÊNCIA
Urgência e Emergência	24 horas
Consultas médicas	30 dias

Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raio x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia	30 dias
Fisioterapia	90 dias
Parto a Termo	300 dias
Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia.	180 dias
Todas as demais coberturas	180 dias

- 1) Não poderá ser exigido período de carência dos colaboradores e dependentes que ingressarem no plano no período de 30 dias após a assinatura do contrato;
- 2) Não poderá ser exigido período de carência dos colaboradores e dependentes que ingressarem no plano no período de 30 dias a contar do estabelecimento de sua relação empregatícia com a Fundação do ABC;
- 3) Os demais casos deverão observar os períodos de carência acima dispostos;
- 4) Não poderá haver carência para o grupo já existente, devendo contemplar todas as vidas, ou seja, empregados ativos e inativos, dependentes e afastados;
- 5) Em se tratando de Plano de Adesão, o prazo aludido nos itens 1 e 2, deverá ser considerado para contagem do prazo de 30 dias, a partir da data de adesão de cada Mantida da Fundação do ABC.

Item 15 – DAS DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

- 1) Não haverá análise de doença e lesão preexistente, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado:

1.2) Em até 30 dias do estabelecimento da relação empregatícia com a Fundação do ABC.

2) Os beneficiários titulares e dependentes inscritos fora dos prazos acima previstos, ficam sujeitos a análises de Doença e Lesão Preexistente, exceto os dependentes recém-nascidos e menores de 12 anos: tutelados, sob guarda, adotados e com reconhecimento de paternidade, inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão;

3) Os beneficiários titulares e dependentes devem preencher e assinar o formulário de Declaração de Saúde, (um para cada beneficiário) onde devem registrar sua atual condição de saúde e eventuais doenças ou lesões preexistentes, de que saibam ser portadores ou sofredores no ato da adesão ao plano de saúde;

Item 16 – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Os serviços contratados serão prestados da seguinte forma:

1) Consultas médicas: Os beneficiários são atendidos no consultório dos médicos credenciados, indicados na relação divulgada pela operadora/seguradora do plano, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamentos prévios. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão;

2) atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: são realizadas por médicos credenciados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da operadora/seguradora do plano, podendo existir a necessidade de autorização previa por parte operadora/seguradora do plano;

3) Sessões de psicoterapia: Deverá ser realizada pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da operadora/seguradora do plano, mediante solicitação / indicação escrita do médico assistente e apresentação da solicitação de serviços com autorização previa da operadora/seguradora, respeitado limite de uso do estabelecimento no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes a época do evento;

4) Consultas e /ou sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista: Deverá ser realizada pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da operadora/seguradora, mediante solicitação e/ou indicação escrita do médico assistente e a apresentação de solicitação de serviços com autorização previa da operadora/seguradora, respeitado o limite de uso estabelecido no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS e diretrizes de utilização , vigentes a época do evento;

5) Exames complementares e serviços auxiliares: deverão ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da operadora/seguradora, mediante apresentação da solicitação de serviços emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente pela operadora/seguradora.

6) Cirurgia buco maxilo facial: deverá ser realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da operadora/seguradora, mediante apresentação da solicitação de serviços emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista previamente autorizada pela operadora/seguradora (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);

7) A operadora/seguradora poderá exigir autorização de procedimentos. Neste caso o beneficiário, ou quem responda por ele devera dirigir-se a um escritório de autorização operadora/seguradora do plano, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento;

7.1) A operadora/seguradora deverá manter na região do ABCD na grande São Paulo e/ou em São Paulo capital, um escritório onde os beneficiários possam se dirigir para solicitar autorização previa para a realização de procedimentos, bem como esclarecer dúvidas sobre cobertura do plano contratado;

7.2) A operadora/seguradora deverá garantir a liberação dos procedimentos que necessitam de autorização previa nos prazos determinados pela ANS, Resolução Normativa 259/2011 e em prazo inferior quando for caracterizada urgência ou emergência;

7.3) Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactantes e crianças até 5 (cinco) anos deverão ter prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

Item 17 – DO PREÇO E MENSALIDADES

A Fundação do ABC pagará a operadora/seguradora por beneficiário inscrito, sendo que a CONTRATADA deverá emitir cobrança diretamente a cada Mantida:

1.1. A título de inscrição e mensalidade, os valores relacionados na proposta credenciada;

1) Em atenção ao dispositivo no 1º do artigo 15 da Resolução Normativa nº 279 de 2011, foi adotado o critério do preço único e da participação do empregador na formação do preço, observando o dispositivo abaixo:

1.1. A contratação do plano se dará através de preço único para todas as faixas etárias;

2.0 A Fundação do ABC e suas mantidas não subsidiarão qualquer valor em referência aos inativos demitidos.

Item 18 – DO REAJUSTE

- 1)** – E m havendo prorrogação do presente contrato de prestação de serviços, e após decorrido 12 (doze) meses, poderá haver reajustamento de preços, em havendo solicitação expressa da CONTRATADA e anuência da CONTRATANTE, conforme descrito abaixo:
- 2)** – Fica instituído o IGP-M para reajustamento de preços após decorridos 12 meses de contrato com anuência da CONTRATANTE.
- 3)** – A aplicação do índice da clausula anterior, levará em conta a sinistralidade até o limite de 70%, podendo ser aplicado a sinistralidade quando ultrapasse o limite estabelecido
- 4)** – Na negociação da Renovação Contratual, será considerado o índice de sinistralidade superior a 70% (proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos), que poderá

ser avaliado acompanhando-se a sinistralidade real apurada, com a definida como padrão ideal para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Também serão consideradas as despesas não assistenciais da operadora/seguradora.

- 5) – A **CONTRATADA** ficará responsável pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros que resultarem dos compromissos no contrato.
- 6) – A **FUNDAÇÃO DO ABC** não assumirá responsabilidade alguma por pagamento de impostos e encargos que competirem a **CONTRATADA**, nem estará obrigado a restituir-lhe valores, principais e acessórios, que por ventura despendem com pagamento dessa natureza.

Item 19 – DA SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL

12.1 – O não cumprimento das obrigações contratuais pelas partes ensejará rescisão contratual, sendo lícito a qualquer das partes denunciá-lo a qualquer tempo, com antecedência mínima de (60) sessenta dias, sem que caiba a outra parte direito de indenização de qualquer espécie.

12.2 – O presente Contrato poderá ser rescindido unilateralmente, desde que haja conveniência para a Fundação do ABC mediante autorização escrita e fundamentada da autoridade superior.

12.3 – Este instrumento poderá ser rescindido por ato unilateral da FUNDAÇÃO, em se verificando a ocorrência de descumprimento de cláusulas contratuais, assegurados, no entanto, o contraditório e a ampla defesa.

12.4 – Em havendo rescisão do Contrato de Gestão entre a Fundação do ABC e os Órgãos Públicos, dar-se-á o contrato por rescindido, excepcionalmente, em havendo comunicação prévia de 30 (trinta) dias de antecedência.

12.5 – O beneficiário titular poderá solicitar, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de dependente, conforme previsto na RN 412/2016.

Item 20 – DA REDE DE ATENDIMENTO

1) Deverá fazer parte da Rede Credenciada os seguintes Hospitais e Laboratórios referência:

1.1. Rede Credenciada mínima da região do ABCD, grande São Paulo, Litoral Sul (Baixada Santista), Mogi das Cruzes, Franco da Rocha, Francisco Morato, Osasco, Guarulhos, Caieiras, Campinas, Paulínia, Jundiaí:

1.1.1 HOSPITAIS DO PLANO BÁSICO DA OPERADORA/SEGURADORA:

Hospitais e/ou Pronto Atendimento e/ou Pronto Socorro e/ou Centros Clínicos de Atendimento podendo ser Rede Própria e/ou Rede Credenciada nas regiões elencadas no 1.1, do item 20 deste Termo de Referência.

1.1.2 HOSPITAIS DO PLANO INTERMEDIÁRIO 1 e INTERMEDIÁRIO 2, E SUPERIOR DA OPERADORA/SEGURADORA:

Todos os da categoria do “plano básico” (item 1.1.1), mais: Hospital Beneficência Portuguesa Santo André, Hospital Santa Amália, Hospital Ribeirão Pires, Hospital e Maternidade Mogi Dor e/ou Hospital Santana em Mogi das Cruzes, CEAM Centro Médico Franco da Rocha e Francisco Morato, Inova Hospital São Lucas em Diadema, Hospital Santo Amaro Guarujá, Santa Casa de Mauá e/ou Hospital América de Mauá, Hospital São Bernardo, Hospital e Maternidade Central e/ou Hospital Marcia Braido em São Caetano do Sul e/ou Hospital Beneficência Portuguesa de São Caetano do Sul, Hospital Stella Maris e/ou Hospital Casa de Saúde em Guarulhos, Hospital São Lucas e/ou Hospital Casa de Saúde de Santos e/ou Hospital Beneficência Portuguesa de Santos.

1.1.3 LABORATÓRIOS DO PLANO BÁSICO DA OPERADORA/SEGURADORA:

Rede Própria e/ou Instituto de Radiologia São Bernardo, CDM, OTMA, IORT, IMEDI, Labor, NUCLEMED, CREMED, ABC Imagem ou similares.

1.1.4 LABORATÓRIOS DO PLANO INTERMEDIÁRIO 1 E INTERMEDIÁRIO 2, E SUPERIOR DA OPERADORA/SEGURADORA:

Todos os da categoria “plano básico” (item 1.1.3) e mais DELBONI para a categoria superior.

1.2 Rede Credenciada de São Paulo capital:

1.2.1 HOSPITAIS DO PLANO BÁSICO DA OPERADORA/SEGURADORA:

Hospitais, Pronto Atendimento, Pronto Socorro e Centros Cínicos de Atendimento podendo ser Rede Própria e/ou Rede Credenciada nas regiões Norte, Sul, Leste e Oeste da cidade de São Paulo capital.

Obs.: Tipo de Acomodação Enfermaria.

1.2.2 HOSPITAIS DO PLANO INTERMÉDIARIO 1 DA OPERADORA/SEGURADORA:

Todos os da categoria “plano básico” (item 1.2.1), mais: Hospital Cruz Azul de São Paulo, Hospital Igesp e/ou Hospital Bandeirantes, Hospital Albert Sabin, Hospital Portinari, Hospital Metropolitano, GRAACC, Hospital São Camilo do Ipiranga, Hospital Santa Cruz, Hospital Sepaco, Hospital CEMA, Hospital Dom Antônio de Alvarenga Ipiranga, Hospital e Maternidade Vidas e Hospital e Maternidade Jardins, Hospital Presidente, Hospital e Maternidade São Miguel, Hospital e Maternidade 8 de Maio, Hospital Santa Marcelina, Hospital Dom Antonio Alvarenga, Hospital Aviccena, Hospital São Paulo, Hospital Nipo Brasileiro, Hospital Santa Marcelina, Hospital Santa Paula ou similares nestas regiões.

Obs.: Tipo de acomodação Padrão Enfermaria

1.2.3 HOSPITAIS DO PLANO INTERMÉDIARIO 2 DA OPERADORA/SEGURADORA:

Todos os da categoria “plano intermediário 1” (item 1.2.2), mais: Hospital Cruz Azul de São Paulo, Hospital Igesp e/ou Hospital Bandeirantes, Hospital Albert Sabin, Hospital Portinari, Hospital Metropolitano, GRAACC, Hospital São Camilo do Ipiranga, Hospital Santa Cruz, Hospital Sepaco, Hospital CEMA, Hospital Dom Antônio de Alvarenga Ipiranga, Hospital e Maternidade Vidas e Hospital e Maternidade Jardins, Hospital Presidente, Hospital e Maternidade São Miguel, Hospital e Maternidade 8 de Maio, Hospital Santa Marcelina, Hospital Dom Antonio Alvarenga, Hospital Aviccena, Hospital São Paulo, Hospital Nipo Brasileiro, Hospital Santa Marcelina, Hospital Santa Catarina, Hospital Assunção de São Bernardo do Campo, Hospital Santa Paula ou similares nestas regiões.

Obs.: Tipo de acomodação Padrão Apartamento.

1.2.4 HOSPITAIS DO PLANO SUPERIOR DA OPERADORA/SEGURADORA:

Todos os da categoria “plano intermediário 2” (item 1.2.3), mais: Hospital AC Camargo, Hospital e São Luis do Jabaquara, Hospital e Maternidade Santa Joana, Hospital São Camilo Pompéia, Hospital Santa Catarina, INCOOR, Hospital Samaritano.

Obs.: Tipo de Acomodação Apartamento

1.2.5 LABORATÓRIOS DO PLANO BÁSICO DA OPERADORA/SEGURADORA:

Rede própria e/ou Nasa, Mello, A + Medicina Diagnóstica ou similares.

1.2.6 LABORATÓRIOS DO PLANO INTERMEDIÁRIO 1 DA OPERADORA/SEGURADORA:

Todos os da categoria “plano básico” (item 1.2.5) e mais: Lavoisier, Femme, ou similares.

1.2.7 LABORATÓRIOS DO PLANO INTERMEDIÁRIO 2 DA OPERADORA/SEGURADORA:

Todos os da categoria “plano intermediário 1” (item 1.2.6) e mais: Delboni Auriem, Lavoisier, Femme ou similares.

1.2.8 LABORATÓRIOS DO PLANO SUPERIOR DA OPERADORA/SEGURADORA:

Todos os das categorias “plano intermediário 2” (item 1.2.7) e mais: Delboni Auriemo e Salomão.

Item 21 – CONDIÇÕES GERAIS

1.1 A Operadora/seguradora, deverá fornecer sistematicamente relatórios de acompanhamento de utilização e acesso ao portal para área de RH e/ou a gestora/corretora nomeada pela Fundação do ABC;

1.2 Caberá a Fundação do ABC a nomeação da corretora/gestora para garantir a integração do contrato junto à operadora/seguradora;

1.3 Considera-se inaceitável, para todos os fins aqui dispostos, a proposta que não atender às exigências deste memorial ou determinar pre manifestantes inexequíveis. Assim, quando necessário, a Comissão de Análise e Julgamento, poderá solicitar ao proponente que demonstre a exequibilidade de seus preços.

1.4 O objeto, rigorosamente de acordo com o ofertado nas propostas, deverá atender a totalidade da quantidade exigida, não sendo aceito aquelas que contemplem apenas parte do objeto.

1.5 A contratada deverá disponibilizar um funcionário para permanecer de segunda a sexta feira no horário comercial, para ficar no setor de Recursos Humanos da Contratante, afim de atender as solicitações das unidades mantidas, facilitar as autorizações, prestar atendimento aos funcionários de forma geral.

ANEXO II
DA ESTIMATIVA DO NÚMERO DE VIDAS DA FUNDAÇÃO DO ABC E SUAS
MANTIDAS:

FAIXA ETÁRIA	TITULARES MASC	TITULARES FEM	DEPENDENTES MASC	DEPENDENTES FEM	TOTAL MASC	TOTAL FEM	TOTAL GERAL
00 A 18 ANOS	3	3	644	649	647	652	1299
19 A 23 ANOS	63	146	97	111	160	257	417
24 A 28 ANOS	120	438	21	25	141	463	604
29 A 33 ANOS	202	657	44	48	246	705	951
34 A 38 ANOS	216	643	65	51	281	694	975
39 A 43 ANOS	150	507	85	52	235	559	794
44 A 48 ANOS	103	345	84	30	187	375	562
49 A 53 ANOS	93	347	76	31	169	378	547
54 A 58 ANOS	48	200	69	20	117	220	337
59 OU MAIS	102	110	78	38	180	148	328
TOTAL	1100	3396	1263	1055	2363	4451	6814

FONTE: SISTEMA MICROSIGA – SISTEMA DE CADASTRO DE PESSOAL

ANEXO III RELAÇÃO DE MANTIDAS

DAS UNIDADES MANTIDAS DA FUNDAÇÃO DO ABC:

1. Fundação do ABC – Mantenedora
2. Hospital da Mulher
3. AME Mauá
4. AME Santo André
5. Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini
6. Central de Convênios
7. Complexo Hospitalar São Caetano do Sul
8. Instituto de Infectologia Emílio Ribas II – Baixada Santista
9. AME Praia Grande – Baixada Santista
10. Hospital Mário Covas
11. Complexo Hospitalar Penitenciário
12. Hospital Francisco Morato
13. Hospital Irmão Dulce
14. UPA Mogi das Cruzes
15. UPA Santos
16. Unidades de Saúde de São Mateus
17. UPA's de Guarulhos
18. ESF's e NASF's Itatiba

Obs.: Podendo incluir novas mantidas que a Fundação do ABC assumir na vigência do contrato.

ANEXO IV

MINUTA DE CONTRATO

EMENTA: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, DESTINADA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA COMPLEMENTAR, POR INTERMÉDIO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA OU SEGURO SAÚDE COLETIVO PARA OS COLABORADORES ATIVOS E INATIVOS DA FUNDAÇÃO DO ABC E SUAS MANTIDAS.

CONTRATADA: _____

Por este instrumento de Contrato de Prestação de Serviços, as partes, de um lado a FUNDAÇÃO DO ABC, inscrita no CNPJ/MF do Ministério da Fazenda sob o nº 57.571.275/0001-00 neste ato representado por sua Presidente Sra. Maria Bernadette Zambotto Vianna, Nacionalidade, Estado Civil, RG nº xxxxxxxxxx e do CPF/MF nº xxxxxx, doravante denominada simplesmente “CONTRATANTE”, e de outro lado, a empresa _____, com sede à Rua _____, nº _____, Bairro _____, Cidade _____, inscrita no CNPJ/MF do Ministério da Fazenda sob o nº _____, representada por seu representante legal, **(qualificação completa)**, doravante designada “CONTRATADA”, tem por justo e acordado o que segue:

1.0 - DO OBJETO

1.1 – O presente contrato tem por objeto a contratação de empresa de assistência à saúde, destinado à prestação de serviços de assistência médica complementar, por intermédio de plano de assistência médica ou seguro saúde coletivo para os colaboradores ativos e inativos da Fundação do ABC e suas Mantidas.

2.0 - PRAZO E REGIME DE EXECUÇÃO

2.1 - O prazo de vigência do contrato será de 12 (doze) meses consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data da assinatura do Termo de Contrato, podendo ser prorrogado por igual e sucessivo período, no limite de 60 (sessenta) meses nos termos e condições permitidos pela legislação vigente.

2.2 - Dar-se-á a rescisão automática do contrato caso ocorra à rescisão do Contrato de Gestão firmado entre a Fundação do ABC e o Governo do Estado de São Paulo e/ou Municípios, ou qualquer outra avença com objeto similar a ser firmado entre as partes.

2.3 - Os serviços serão iniciados em até _____ (_____) dias, a contar da data de assinatura do contrato.

3.0 - CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

3.1 - Os serviços contratados serão prestados da seguinte forma:

3.1.1 - Consultas médicas: Os beneficiários são atendidos no consultório dos médicos credenciados, indicados na relação divulgada pela operadora/seguradora do plano, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamentos prévios. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão;

3.1.2 - Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: são realizadas por médicos credenciados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da operadora/seguradora do plano, podendo existir a necessidade de autorização previa por parte operadora/seguradora do plano;

3.1.3 - Sessões de psicoterapia: Deverá ser realizada pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da operadora/seguradora do plano, mediante solicitação / indicação escrita do médico assistente e apresentação da solicitação de serviços com autorização previa da operadora/seguradora, respeitado limite de uso do estabelecimento no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes a época do evento;

3.1.4 - Consultas e /ou sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista: Deverá ser realizada pelos profissionais

credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da operadora/seguradora, mediante solicitação e/ou indicação escrita do médico assistente e a apresentação de solicitação de serviços com autorização previa da operadora/seguradora, respeitado o limite de uso estabelecido no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes a época do evento;

3.1.5 – Exames complementares e serviços auxiliares: deverão ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da operadora/seguradora, mediante apresentação da solicitação de serviços emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente pela operadora/seguradora.

3.1.6 – Cirurgia buco maxilo facial: deverá ser realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da operadora/seguradora, mediante apresentação da solicitação de serviços emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista previamente autorizada pela operadora/seguradora (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);

3.1.7 – A operadora/seguradora poderá exigir autorização de procedimentos. Neste caso o beneficiário, ou quem responda por ele devera dirigir-se a um escritório de autorização operadora/seguradora do plano, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento;

3.1.8 – A operadora/seguradora deverá manter na região do ABCD na grande São Paulo e/ou em São Paulo, um escritório onde os beneficiários possa se dirigir para solicitar autorização previa para a realização de procedimentos, bem como esclarecer dúvidas sobre cobertura do plano contratado;

3.1.9 – A operadora/seguradora deverá garantir a liberação dos procedimentos que necessitam de autorização previa nos prazos determinados pela ANS, Resolução Normativa 259/2011 e em prazo inferior quando for caracterizada urgência ou emergência;

3.1.10 – Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactantes e crianças até 5 (cinco) anos deverão ter prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

4.0 – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

4.1 – O beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos no Plano de Saúde têm direito ao atendimento médico ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, executados nos hospitais, clínicas e laboratoriais integrantes da rede própria ou credenciada da operadora/seguradora do plano de saúde, por médicos prestadores de serviço à operadora/seguradora, profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe. O atendimento será realizado de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na época do evento, devendo ser assegurado independentemente da circunstância e local de origem daquele, respeitadas a área de abrangência, área de atuação segmentação e a cláusula de exclusão de coberturas do contrato e incluirá:

4.1.1 – Consultas médicas em número ilimitado em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstetrícia para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

4.1.2 - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento.

4.1.3 – Assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei;

4.1.4 – Cobertura de medicamentos registrados e regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, desde que utilizados durante a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em regime ambulatorial e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento;

4.1.5 – Sessões de psicoterapia solicitada pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da operadora/seguradora, de acordo com o número de sessões previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, devendo ser respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;

4.1.6 – Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física (Fisioterapia), conforme solicitação do médico assistente em número ilimitados de sessões por ano e executados na rede própria ou credenciada da operadora/seguradora do plano de saúde;

4.1.7 – Cobertura de consultas e/ou sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista, solicitados pelo médico assistente e realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da operadora/seguradora do plano de saúde, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento, devendo ser respeitada as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;

4.1.8 – Ações de Planejamento Familiar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico;

4.2 – Cobertura ambulatorial obrigatória para seguintes procedimentos:

4.2.1 – Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamentos do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, conforme prescrição do médico assistente;

4.2.2 – Hemoterapia ambulatorial;

4.2.3 – Radioterapia para segmentação ambulatorial;

4.2.4 – Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;

4.2.5 – Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

4.2.6 – Hemodiálises e diálises peritoneal;

4.2.7 – Participação do médico anestesologista, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente á época do evento;

4.2.8 – Atendimento psiquiátrico, obedecendo aos seguintes critérios;

4.2.9 – Priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se da internação como último recurso, devendo a mesma sempre ocorrer por prescrição médica;

4.2.10 – Nos casos de internação psiquiátrica deve haver o custeio integral de até 30 dias por ano, em regime de internação hospitalar ou hospital-dia, em hospital integrante da rede própria ou credenciada da operadora/seguradora do plano de saúde;

4.2.11 – Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias acima previsto, os atendimentos serão realizados mediante acordo entre as partes;

4.2.12 – O plano deve cobrir todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas;

4.2.13 – Hospital – dia para transtornos mentais é o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional e, proporcionar ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar;

4.2.14 – A cobertura em hospital – dia para transtornos mentais, será prestada de acordo com o previsto do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;

4.2.15 – Cobertura para todas as modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias (que necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar), incluindo centro de terapia intensiva ou similar, hospital dia e clínicas básicas e especializadas integrantes da rede própria ou credenciada da operadora/seguradora do plano de saúde, sendo proibida a limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;

4.2.16 – Despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;

4.2.17 – Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

4.2.18 – Cobertura de atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

4.2.19 – Exames complementares ao 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 e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento;

4.3 – Órteses e próteses ligados aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento:

4.3.1 – A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico na ANS na internet (www.ans.gov.br);

4.3.2 – O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora/seguradora de plano de saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto a ANVISA, que atendam as características especificadas;

4.3.3 – Em caso da divergência entre o profissional requisitante e a operadora/seguradora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, através do mecanismo de junta médica, com as despesas arcadas pela operadora/seguradora do plano de saúde;

4.3.3 – Tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros respeitadas a segmentação do plano e os prazos de carência;

4.3.4 – Cobertura para os exames pré e pós – operatórios constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento, relacionado as cirurgias cobertas ou não;

4.3.5 – Cobertura de atendimento caracterizados como de urgência e emergências;

4.3.6 – Conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, quando se tratar de idosos a partir dos 60 anos de idade e pessoas portadoras de deficiências, é assegurada ao acompanhante a cobertura de acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante;

4.3.7 – Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária e indicada pelo médico assistente para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica previsto neste termo de referência;

4.4 – Procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época:

4.4.1– Hemodiálise e diálise peritoneal;

4.4.2 – 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 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;

4.4.3 – Radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e eventos em saúde da ANS, vigente a época do evento para segmentação ambulatorial e hospitalar;

4.4.4 – Hemoterapia;

4.4.5 – Nutrição parenteral ou enteral;

4.4.6 – Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

4.4.7 – Embolizações listados no Rol de Procedimentos e eventos em saúde da ANS, vigente a época do evento;

4.4.8 – Radiologia intervencionista;

4.4.9 – Exames pré – anestésicos ou pré – cirúrgicos;

4.4.10 – Procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento;

4.4.11 – Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes listados no Rol de procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento;

4.4.12 – Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento;

4.4.13 – Cirurgia plástica reconstrutiva de mama para tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;

4.5 – Atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo;

4.5.1 – Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo e sob guarda ou tutela do titular ao de seu dependente inscrito no plano durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou 30 (trinta) dias da guarda ou tutela;

4.5.2 – Cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (paramentação, acomodação e alimentação de acordo com a dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante), conforme indicação do médico;

4.6 – Transplante de córnea e rim, observadas as seguintes especificações:

4.6.1 – Nos transplantes de córneas e rim, as despesas de procedimentos vinculados – entendidos estes como os necessários a realização do transplante – incluindo:

4.6.1.1 – Despesas assistenciais com doadores vivos;

4.6.1.2 – Medicamentos utilizados durante a internação;

4.6.1.3 – Acompanhamento clínico no pós – operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

4.6.1.4 – Despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde);

4.6.1.5 – Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadavérico, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento, desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

4.7 – Transplantes de medula óssea: allogênico e autólogo, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.

5.0 – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

5.1 – A CONTRATANTE deverá:

5.2 – Efetuar o pagamento à empresa vencedora, de acordo com as condições de preço e prazo estabelecidos no certame;

5.3 – Promover a fiscalização e o acompanhamento da execução do serviço;

5.4 – Fornecer à contratada, por meio magnético ou via WEB, a atualização mensal do quantitativo de beneficiários;

5.5 – Propor ou aceitar alterações aos termos do contrato celebrado com a empresa vencedora, que visem o seu aprimoramento no atendimento aos beneficiários, observadas as disposições legais;

6.0 - DA FISCALIZAÇÃO

6.1 – A Fundação do ABC fiscalizará a execução dos serviços através de funcionário(s) designado(s) para esse fim, com a incumbência relatar a **CONTRATADA** as falhas ou irregularidades que verificar, as quais, se não forem sanadas, serão objetos de comunicado oficial, expedido pela **FUNDAÇÃO DO ABC** a **CONTRATADA**.

6.2 – A execução do contrato será fiscalizada, em todos os aspectos pertinentes ao objeto ajustado, inclusive reservando o direito de resolução de quaisquer casos omissos ou duvidosos, não previstos no contrato, em especial as especificações, requisitos, sinalizações, segurança, implicando, o direito de rejeitar os serviços insatisfatórios intimando a execução das devidas modificações, quando for o caso.

6.3 – O exercício de fiscalização por parte da **CONTRATANTE** não eximirá a **CONTRATADA** das responsabilidades pelos danos materiais e pessoais que vier a causar a terceiros ou a Fundação do ABC, por culpa ou dolo de seus prepostos, na execução do contrato, nos termos do Código Civil.

7.0 - DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTOS

7.1 – A **FUNDAÇÃO DO ABC** compromete-se em pagar, o preço irrevogável constante da proposta da **CONTRATADA** durante os 12 (doze) primeiros meses, observadas as seguintes condições:

7.2 – Os pagamentos serão realizados mensalmente, no 10º (décimo) dia corrido do mês subsequente a prestação dos serviços, mediante emissão de notas fiscais, após atestação dos serviços realizados no período, observando a retenção determinada pela Ordem de Serviço nº 203 de 29/01/99 do INSS.

7.3 – No caso de eventuais atrasos, os valores serão atualizados de acordo com a legislação vigente.

7.4 – A **CONTRATADA** deverá indicar, com a documentação fiscal o número da conta corrente e a agência do Banco Santander S/A, a fim de agilizar o pagamento.

7.5 – Em hipótese alguma será aceito boleto bancário como meio de cobrança.

7.6 - É de obrigatoriedade da Operadora/Seguradora a cobrança direta por Unidade Mantida que aderir ao plano de assistência médica.

8.0 - DO REAJUSTE DOS PREÇOS

8.1. – Em havendo prorrogação do presente contrato de prestação de serviços, e após decorrido 12 (doze) meses, poderá haver reajustamento de preços, em havendo solicitação expressa da **CONTRATADA** e anuência da **CONTRATANTE**, conforme descrito abaixo:

8.1.1 – Fica instituído o IGP-M para reajustamento de preços após decorridos 12 meses de contrato com anuência da **CONTRATANTE**.

8.1.2 – A aplicação do índice da cláusula anterior, levará em conta a sinistralidade até o limite de 70%, podendo ser aplicado a sinistralidade quando ultrapasse o limite estabelecido

8.1.3– Na negociação da Renovação Contratual, será considerado o índice de sinistralidade superior a 70% (proporção entre as despesas

assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos), que poderá ser avaliado acompanhando-se a sinistralidade real apurada, com a definida como padrão ideal para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Também serão consideradas as despesas não assistenciais da operadora/seguradora.

8.2 – A CONTRATADA ficará responsável pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros que resultarem dos compromissos no contrato.

8.3 – A FUNDAÇÃO DO ABC não assumirá responsabilidade alguma por pagamento de impostos e encargos que competirem a **CONTRATADA**, nem estará obrigado a restituir-lhe valores, principais e acessórios, que por ventura depender com pagamento dessa natureza.

9.0 – DO RECEBIMENTO

9.1 – No recebimento dos serviços serão observados os preceitos pertinentes ao Regulamento Interno de Compras da Fundação do ABC.

10.0 – DO VALOR

10.1 – Dá-se ao presente contrato o valor unitário linear – plano básico enfermagem de R\$ _____ (_____).

11.0 - DAS PENALIDADES

11.1 – As penalidades serão propostas pela fiscalização da Fundação do ABC e aplicadas, se for o caso, pela autoridade competente, garantindo o contraditório administrativo com defesa prévia.

11.2 – Multa de 3% (três por cento) do valor do contrato, na recusa da empresa vencedora em assina-lo dentro do prazo estabelecido.

11.3 – Multa de 3% (três por cento) por inexecução parcial do contrato, sobre a parcela inexecutada, podendo, a Fundação do ABC, autorizar a continuação do mesmo.

11.4 – Multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor do contrato, por inexecução total do mesmo.

11.5 – Multa de 3% (três por cento) do valor do faturamento do mês em que ocorrer a infração, se o serviço prestado estiver em desacordo com as especificações propostas e aceitas pela **FUNDAÇÃO DO ABC**.

11.6 – Multa de 0,3% (três décimos por cento) por dia de atraso no cumprimento dos prazos estipulados em contrato.

11.7 – As multas são independentes entre si. A aplicação de uma não exclui a das outras, bem como a das demais penalidades previstas em lei.

11.8 – O valor relativo as multas eventualmente aplicadas, será deduzido de pagamentos que a **FUNDAÇÃO DO ABC** efetuar, mediante a emissão de recibo.

11.9 – As penalidades serão propostas pela fiscalização da **FUNDAÇÃO DO ABC** e aplicadas, se for o caso, pela autoridade competente, garantindo o contraditório administrativo com defesa prévia.

12.0 – DA RESCISÃO

12.1 – O não cumprimento das obrigações contratuais pelas partes ensejará rescisão contratual, sendo lícito a qualquer das partes denunciá-lo a qualquer tempo, com antecedência mínima de (60) sessenta dias, sem que caiba a outra parte direito de indenização de qualquer espécie.

12.2 – O presente Contrato poderá ser rescindido unilateralmente, desde que haja conveniência para a Fundação do ABC mediante autorização escrita e fundamentada da autoridade superior.

12.3 – Este instrumento poderá ser rescindido por ato unilateral da **FUNDAÇÃO**, em se verificando a ocorrência de descumprimento de cláusulas contratuais, assegurados, no entanto, o contraditório e a ampla defesa.

12.4 – Em havendo rescisão do Contrato de Gestão entre a Fundação do ABC e os Órgãos Públicos, dar-se-á o contrato por rescindido, excepcionalmente, em havendo comunicação prévia de 30 (trinta) dias de antecedência.

13 – DA ADESÃO DAS MANTIDAS DA FUNDAÇÃO DO ABC

13.1 – Poderão as Mantidas da Fundação do ABC aderir a qualquer tempo, ao contrato de prestação de serviços, objeto desta coleta de preços, não sendo ato obrigatório.

13.2 – As Mantidas da Fundação do ABC, em caso de adesão, deverão requerer formalmente junto a Presidência da Fundação do ABC.

13.3 – Em caso de adesão por qualquer das Mantidas da Fundação do ABC ao presente contrato, será feito o Termo de Adesão nas mesmas condições do contrato firmado com a Mantenedora com anuência da Contratada.

13.4 – A Mantida que aderir ao contrato ficará responsável pelos pagamentos advindos da prestação de serviços que lhe couber, diretamente a Contratada.

13.5 – Fica obrigada a empresa vencedora, em caso de ADESÃO de qualquer das Mantidas da Fundação do ABC, realizar os serviços nos mesmos moldes constante da proposta da vencedora, em conformidade com o Memorial Descritivo de Coleta de Preços.

13.6 – A Mantida da Fundação do ABC que já mantém contrato com empresa cujo objeto seja o dessa avença, poderá a seu critério, ADERIR ao presente contrato, devendo adotar as medidas e precauções em referência ao contrato ora firmado e vigente.

13.7 – A empresa Contratada, em caso de Adesão de quaisquer das Mantidas da Fundação do ABC, deverá emitir as notas fiscais da prestação dos serviços, contra cada Mantida aderente, isentando a Fundação do ABC de responsabilidades.

13.8 – Independente da data de adesão de quaisquer das Mantidas, o prazo de vigência será o constante no contrato firmado junto a Fundação do ABC – Mantenedora.

13.9 - Por força do Contrato de Gestão e/ou Convênio entre a Fundação do ABC e a Municipalidade ou Governo Estadual, poderá a Mantida aderente ofertar aos seus colaboradores a adesão voluntária ao plano de saúde, subsidiado integralmente por estes.

13.10 – Em havendo adesão conforme item anterior, a fatura será emitida contra a Unidade responsável que procederá o pagamento.

14.0 – DISPOSIÇÕES FINAIS

14.1 – Este ajuste regular-se-á pelas suas disposições e partes integrantes tais como seus anexos e proposta da **CONTRATADA**, legislação vigente e demais normas de direito aplicáveis.

14.2 – Fica eleito o foro desta Comarca para dirimir quaisquer questões oriundas do presente contrato.

E, por estarem as partes de comum acordo sobre as estipulações, termos e condições deste instrumento, firmam-no em 03 (três) vias, na presença de 02 (duas) testemunhas.

Santo André, ____ de _____ de 2017.

FUNDAÇÃO DO ABC

CONTRATADA

Testemunhas:

- 1- _____
2- _____