

Santo André, 27 de dezembro de 2024.

Ofício Nº 055/2024.

Ao Departamento de Compras da FUABC.

Assunto: ADESÃO CARTÃO PLURAL GESTÃO DE CONVENIOS E BENEFÍCIOS LTDA

Com nossos cordiais cumprimentos e tendo em vista o processo de transição da unidade AME Araçatuba,

quando continuidade ao serviço de plano de saúde ofertado na referida unidade, solicitamos a adesão ao contrato com a operadora Cartão Plural Gestão de Convênios e Benefícios, especializada na prestação de serviços de telemedicina com clínico geral, pelo período de 12 meses, a partir de fevereiro de 2025.

Ressaltamos a importância de manter o contrato com a referida operadora, a fim de evitar a descontinuidade no benefício já ofertado, considerando o baixo custo mensal subsidiado pela empresa, no valor de R\$ 49,90 por vida, e a ausência de rede credenciada do grupo Hapvida na região.

Certos de contar com a atenção, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,


Bianca Lima de Melo
Diretora Administrativa
Fundação do ABC


Nubia Secafem de Freitas
Gerente de Gestão de Pessoas



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 a disponibilização de acesso a plataforma on-line, para realização de consultas médicas, com as exigências mínimas estabelecidas na resolução CFM 2.312/22, 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 de clínica médica, com as exigências mínimas estabelecidas na resolução CFM 2.312/22, 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.

Ainda assim, cumpre esclarecer que a medicina à distância está regulamentada no Brasil, devendo as regras serem definidas pela Lei Federal nº 14.510/2022 e Resolução CFM nº 2.314/2022.

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, com observância na Lei de Licitações e Contratos Administrativos e suas alterações, pelos Atos Normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como por normas posteriores que eventualmente venham a substituí-las.

A partes deverão zelar para que todos os dados e informações respeitem o sigilo e as regras da lei geral de proteção de dados (Lei Federal nº 13.709/2018).

Item 04 - DO CUSTEIO

A Fundação do ABC poderá proporcionar custeio total das mensalidades do plano básico dos colaboradores ativos (conforme dispõe a Lei 9.656/98) que integram o objeto deste Termo de Referência. 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 a operadora/seguradora do plano de saúde.

As regras relativas à adesão de dependentes seguirão as disposições contratuais, onde serão fixados os prazos para inclusão e eventuais carências contratuais.

O custo referente aos colaboradores inativos, obedecerá a Legislação Vigente, art. 4º Parágrafo Único e art. 5º da Resolução Normativa 488/2022/11 da ANS.

Item 05 - DO MECANISMO DE REGULAÇÃO

Cartão de identificação: A operadora/seguradora de plano deverá fornecer ao beneficiário titular e seus eventuais dependentes o cartão individual de identificação digital, com prazo

de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura os direitos e vantagens do plano de saúde.

Item 06 - DA NATUREZA DO CONTRATO

Trata-se de um plano Privado de Assistência à Saúde, definido no inciso I do artigo 1º da Lei 9.656 de 03 de junho de 1998 de prestação de serviços continuada a preço pré-estabelecido, de 12 meses, podendo ser prorrogado conforme regulamento interno de compras.

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 07 - 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 08 - DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

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

- a) O cônjuge;
- 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 cônjuge;
- f) Os filhos incapazes.

Obs.: O referido plano contemplará a determinação da RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 488, DE 29 DE MARÇO DE 2022 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.

Item 09 - DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

O plano de saúde deverá ter área de abrangência geográfica regional.

Item - 10 DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO

O plano de saúde deverá ter área de atuação regional, conforme previsto para o produto.

Item 11 - DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

O beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos no Plano de Saúde têm direito ao atendimento on-line que contará com fornecimento, pelas clínicas médicas, por meio dos profissionais de saúde a elas vinculadas, da especialidade de **clínico geral**.

A referida plataforma on-line ficará disponível pelo período de 24 (vinte e quatro) horas por dia para a realização das consultas médicas on-line.

As consultas médicas on-line terão um número ilimitado em clínicas médicas.

Para a execução do objeto deste contrato, os profissionais disponibilizados devem ser devidamente habilitados e capacitados.

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 as disposições contidas na Lei Federal nº 14.510/2022 e na Resolução CFM nº 2.314/2022.

Item 12 - DA DURAÇÃO DO CONTRATO

O contrato terá duração de 12 meses, podendo ser prorrogado por igual o período até o limite de 60 meses.

Não poderá ser exigido período de carência dos colaboradores e dependentes que ingressarem no plano no período de até 45 dias após a assinatura do contrato;

Não poderá ser exigido período de carência dos colaboradores e dependentes que ingressarem no plano no período de 45 dias a contar do estabelecimento de sua relação empregatícia com a Fundação do ABC;

Não poderá haver carência para o grupo já existente, devendo contemplar todas as vidas, ou seja, empregados ativos e inativos, dependentes e afastados;

Em se tratando de Plano de Adesão, o prazo aludido nos itens 1 e 2, deverá ser considerado para contagem do prazo de 45 dias, a partir da data de adesão da mantida e cada unidade gerenciada da Fundação do ABC.

Item 13 - DAS DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

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

Em até 45 dias do estabelecimento da relação empregatícia com a Fundação do ABC.

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.

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 14 - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Os serviços contratados serão prestados da seguinte forma:

Consultas médicas: Os beneficiários são atendidos de forma on-line com o consultório dos médicos credenciados, indicados na relação divulgada pela operadora/seguradora do plano, observado os agendamentos prévios.

Item 15 - DO PREÇO E MENSALIDADES

A Fundação do ABC pagará a operadora/seguradora por beneficiário inscrito, sendo que a CONTRATADA deverá emitir cobrança diretamente para Fundação do ABC, sua mantida e unidades gerenciadas:

Em atenção ao parágrafo 1º do artigo 15 da Resolução Normativa nº 488 de 2022, foi adotado o critério do preço único e da participação do empregador na formação do preço, observando o dispositivo abaixo:

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

A Fundação do ABC, sua mantida e unidades gerenciadas não subsidiarão qualquer valor em referência aos inativos demitidos.

A CONTRATADA receberá diretamente da CONTRATANTE referente aos serviços prestados o equivalente a R\$ 49,90 (quarenta e nove reais e noventa centavos) mensais por cada colaborador com vínculo empregatício vigente.

Fica reservado o direito da CONTRATADA em adotar outra forma de pagamento que melhor lhe aprouver, mediante comunicação previa ao CONTRATANTE.

Item 16 - DO REAJUSTE

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:

Fica instituído o menor índice oficial, divulgado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), para reajustamento de preços após decorridos 12 meses de contrato com anuência da CONTRATANTE;

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

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

Item 17 - DA SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL

O atraso do pagamento das mensalidades superior a 30 (trinta) dias da data de vencimento da fatura, ininterruptos ou não durante a vigência do contrato, implicará na suspensão ou rescisão dos serviços para a unidade inadimplente, a critério da operadora/seguradora. Sendo que a operadora/seguradora, deverá comunicar a contratante com antecedência de 10 (dez) dias antes da suspensão e/ou interrupção, para que ela possa contatar a unidade que estiver inadimplente, para que acerte os débitos pendentes, antes de ter o seu contrato suspenso;

O presente contrato rescindir-se-á também:

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;

O presente Contrato poderá ser rescindido por quaisquer das partes, imotivadamente, mediante aviso prévio por escrito de 60 (sessenta) dias;

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

Este instrumento poderá ser rescindido por ato unilateral da Fundação do ABC em se verificando a ocorrência de descumprimento de cláusulas contratuais, assegurados, no entanto, o contraditório e a ampla defesa;

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

Item 18 - CONDIÇÕES GERAIS

A operadora/seguradora, deverá fornecer sistematicamente relatórios de acompanhamento de utilização e acesso ao portal para área de RH.

Considera-se inaceitável, para todos os fins aqui dispostos, a proposta que não atender as exigências deste Memorial ou determinar pré manifestantes inexecutáveis. Assim, quando necessário, a Comissão de Análise e Julgamento, poderá solicitar ao proponente que demonstre a exequibilidade de seus preços;

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;

A contratada deverá disponibilizar um funcionário para atender, de segunda a sexta feira no horário comercial, as solicitações das unidades, facilitar as autorizações, prestar atendimento aos funcionários de forma geral.

O colaborador vinculado a CONTRATANTE perderá sua qualidade de beneficiário nas seguintes hipóteses;

- A) Pela rescisão do presente contrato;
- B) Pela perda do vínculo com a contratante;
- C) Quando solicitado pelo colaborador

Caberá tão-somente a CONTRATANTE solicitar a inclusão e/ou exclusão dos colaboradores a ela vinculados.

Santo André, 21 de janeiro de 2025



Nubia Secafem de Freitas
Gerente Recursos Humanos - FUABC