



**EDITAL DE CREDENCIAMENTO - SEMGE Nº 001/2024**

O **MUNICÍPIO DO SALVADOR**, representado pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO – SEMGE**, com esteio nas suas atribuições legais, vem através da Comissão Central Permanente de Licitação – **COMPEL**, tornar público para conhecimento dos interessados que realizará **CREDENCIAMENTO DE OPERADORAS DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**, com o intuito de propiciar plano de saúde suplementar e plano odontológico aos servidores ativos, aposentados e dependentes legais, em conformidade com o processo administrativo n.º 215280/2023 - SEMGE e na forma estabelecida Edital e seus Anexos, aprovados pelo Parecer Jurídico da PGMS nº11/2024.

**1. REGÊNCIA LEGAL**

- 1.1 Os procedimentos do presente credenciamento serão regidos pela Lei nº9.656/1998 (dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde), Lei Complementar Municipal nº050/2010, Lei nº8.666/1993 na sua atual redação, Decreto Municipal nº20.784/2010 (Regulamenta a Lei Complementar nº050/2010), Lei Municipal nº7.186/2006 e demais normas e regulamentações aplicáveis à espécie.

**2. OBJETO**

- 2.1 Constitui objeto do presente Edital de Credenciamento, a prestação de serviços de saúde e de assistência odontológica aos servidores do Município de Salvador, ativos e inativos investidos em cargo público de provimento efetivo, de provimento em comissão, membros de Conselhos Tutelares, Empregados Públicos, servidor público contratado temporariamente pelo Regime Especial de Direito Administrativo, dependentes definidos pela Lei Complementar nº 050/2010, e pensionistas (sub judice), divididos em 2 lotes, como segue:

Lote 01 Credenciamento de Pessoas Jurídicas para atuar(em) como operadora(s) de Planos de Saúde, na modalidade coletivo empresarial, devidamente registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, na modalidade de pré-pagamento, com padrão de enfermagem e/ou apartamento, centro de terapia intensiva, ou similar, sem cobertura para internações domiciliares, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com limitação expressa das coberturas previstas no rol de procedimentos vigente, divulgado pela ANS, com cobertura dentro da área geográfica de abrangência deste Município, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

Lote 02 Credenciamento de Pessoas Jurídicas para atuar(em) como operadora(s) de Plano Odontológico, na modalidade coletivo empresarial, devidamente registradas na ANS, objetivando a prestação de assistência odontológica de acordo com as coberturas



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

previstas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com cobertura dentro da área geográfica de abrangência deste Município (ou superior), com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

**2.2 A descrição dos serviços objeto deste Credenciamento se encontra detalhada no Termo de Referência - Processo nº215280/2023 da DGP/SEMGE – Anexo VI deste Edital.**

2.3 A operadora de plano privado de assistência à saúde deverá ter estrutura própria e/ou rede de credenciados, referenciados, com abrangência em todo o território nacional ou rede ABRANGE, e, em situações de urgências e emergências.

**3. RETIRADA DO EDITAL**

3.1 O Edital estará disponível, a partir da data de sua publicação, através do *site* **[www.compras.salvador.ba.gov.br](http://www.compras.salvador.ba.gov.br)**.

**4. ENDEREÇO DO CREDENCIAMENTO**

4.1 Os interessados deverão apresentar os documentos de credenciamento na sala da Comissão Central Permanente de Licitação - COMPEL, sito à Rua Horácio César, Nº 64, Salvador/BA, telefone: (71) 3202-4175/4164, no dia e no horário indicados no subitem 7.1.

**5. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

5.1 As despesas ocorrerão pela dotação orçamentária da Secretaria Municipal de Gestão – SEMGE, para o exercício de 2024, no Projeto/Atividade 04.122.0016.257200 – Encargos Diversos da PMS, Elemento de Despesa 3.3.90.39, Fonte de Recursos 0.1.00, devidamente ajustadas nas dotações dos exercícios subsequentes.

**6. CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO**

6.1. Poderão participar do processo de credenciamento as operadoras de planos privados de assistência à saúde e odontológicos, na forma da Lei Federal nº 9.656/98, com suas alterações posteriores, com autorização de funcionamento concedida pela ANS, que forneçam toda a documentação e preencham os requisitos exigidos neste Edital e seus anexos, quando da sua inscrição.

6.2. Poderão participar do processo de credenciamento as operadoras de planos privados de assistência à saúde e odontológicos, que atingirem o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) geral, de no mínimo, 0,6.

6.2.1. O IDSS é um índice composto por um conjunto de indicadores agrupado em quatro dimensões e é calculado com base nos dados extraídos dos sistemas de informação da Agência ou coletados nos sistemas nacionais de saúde.

6.2.2. O IDSS permite a comparação entre operadoras de planos de saúde e odontológicos e apresenta indicadores que discriminam o desempenho de assistência aos beneficiários.



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

6.3. Considerando o quantitativo de beneficiários a serem cobertos pelos serviços previstos neste Termo, bem como a sua complexidade, em especial por tratar da saúde dos servidores municipais, não poderão participar deste credenciamento, as Operadoras:

- 6.3.1. Que estejam sob regime de intervenção da Agência Nacional de Saúde Suplementar, tanto por Regime Especial de Direção Técnica quanto por Regime Especial de Direção Fiscal, ou que estiveram sujeitas a esse tipo de intervenção nos últimos 12 (doze) meses, anteriores à publicação deste termo;
- 6.3.2. Que não estejam enquadradas como “Operadoras de Grande e Médio Porte”, conforme definição da ANS, (Operadora de Grande Porte, a que possui número de beneficiários superior a 100 mil, e Operadora de Médio Porte, a que possui número de beneficiário entre 20 mil e 100 mil) estando as informações sujeitas a verificação no sítio eletrônico da Agência ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br));
- 6.3.3. De “Grande e Médio Porte” que apresentem índice de reclamação superior a 50% (cinquenta por cento) do Índice Médio de Reclamação das operadoras, conforme a publicação mais atual no sítio eletrônico da ANS ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br));
- 6.3.4. . Que tenham sofrido decretação de portabilidade especial, portabilidade extraordinária e/ou liquidação extrajudicial pela ANS;
- 6.3.5. Reunidas sob a forma de consórcio.

## **7. DA ENTREGA DOS ENVELOPES**

7.1 As operadoras de plano privado de assistência à saúde e assistência odontológica que desejarem participar deste credenciamento deverão, no período, horário e local, abaixo indicados, apresentarem os documentos de habilitação e proposta de preços.

**DATA INÍCIO:**

**DATA TÉRMINO:**

**HORÁRIO: Das 08:30 às 11:00 e das 14:00 às 16:00**

**LOCAL: Secretaria Municipal de Gestão – SEMGE**

**Rua Horácio César, nº 64 – Salvador – BA.**

**SALA: COMISSÃO CENTRAL PERMANENTE DE LICITAÇÃO – COMPEL**

7.2 Todos os documentos exigidos neste Edital deverão ser apresentados em envelope lacrado, opaco, contendo na parte frontal:

**DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2024 - SEMGE**

**RAZÃO SOCIAL:**

**CNPJ:**

**LOTE: (indicar se plano de assistência à saúde ou**



**assistência odontológica)**

- 7.3 As informações prestadas, assim como a documentação entregue são de inteira responsabilidade do interessado, cabendo-lhe certificar-se, antes da sua inscrição, de que atende a todos os requisitos para participar do processo de credenciamento.
- 7.4 As operadoras de plano privado de assistência à saúde e assistência odontológica que desejarem participar deste credenciamento também poderão, no período, horário e local indicados, apresentar digitalmente os documentos de habilitação e proposta de preços através do formulário abaixo:

7.4.1. <https://forms.gle/ufwziLb98egkzQv3A>



7.4.2.

- 7.5 A apresentação da documentação implica na aceitação e submissão do interessado em participar do processo de credenciamento junto ao Município do Salvador, independentemente de declaração expressa a todas as normas e condições estabelecidas neste Edital.
- 7.6 Não havendo expediente na data marcada, o recebimento dos envelopes dar-se-á no primeiro dia útil subsequente, mantidos o horário e o local de realização, salvo disposições em contrário.

## **8. DOCUMENTAÇÃO**

- 8.1 Os documentos necessários ao credenciamento deverão estar com prazo vigente, à exceção daqueles que, por sua natureza, não contenham validade, podendo ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por tabelião de notas ou por servidor da unidade que realizará o credenciamento, à vista dos originais, ou publicação em órgãos da imprensa oficial.



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

- 8.1.1 As certidões valerão nos prazos que lhes são próprios e, inexistindo esse prazo, reputar-se-ão válidas por 90 (noventa) dias, contados da data de sua expedição.
- 8.2 No ato da inscrição, o interessado deverá apresentar, obrigatoriamente, além dos documentos relativos à Regularidade Jurídica, Regularidade Fiscal, Qualificação Técnica e Qualificação Econômica, os seguintes documentos:
- a) Ficha de solicitação de credenciamento – Anexo I do Edital;
  - b) Declaração de inexistência de fato impeditivo da participação no Credenciamento - Anexo II do Edital.
  - c) Dados do representante legal (nome, número de identidade e do CPF), com poderes específicos para assinar o Termo de Credenciamento, conforme Anexo IV deste Edital.
  - d) Relação de rede credenciada, referenciados ou cooperados, com abrangência em todo o território nacional ou rede ABRANGE, e, em situações de urgências e emergências na prestação dos serviços de saúde, que demonstre a sua capacidade de atendimento.
- d1) Caso haja qualquer alteração da relação da rede exigida na alínea “d” a operadora do plano de saúde obriga-se a informar à Prefeitura Municipal do Salvador, em 48 (quarenta e oito) horas, sob pena de rescisão do Termo de Credenciamento.

8.3 Para habilitação neste credenciamento será exigida a seguinte documentação:

**8.3.1 HABILITAÇÃO JURÍDICA**

- a) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- b) Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;
- c) Comprovação de registro ou autorização de funcionamento, expedido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

**8.3.2 REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA**

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- b) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes municipal, relativo ao domicílio ou sede do proponente, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- c) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede do proponente, ou outra equivalente, na forma da lei;
- d) Prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;
- e) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943.

### **8.3.3 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**

- a) Registro ou inscrição no Conselho Regional de Medicina e/ou Conselho Regional de Odontologia da sede da proponente;
- b) Comprovação do proponente de possuir em seu quadro permanente, na data prevista para entrega da proposta, como responsável técnico, profissional de nível superior, devidamente registrado no Conselho Regional da sede da proponente;
- c) . Comprovação de aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto da licitação, através de atestado (s) de capacidade técnica, comprovando que a proponente atende, com qualidade, a universo igual ou superior a 63.826 (sessenta e três mil e oitocentos e vinte e seis) para beneficiários do Lote 01 (Plano médico) e 70.241 (setenta mil e duzentos e quarenta e um) beneficiários do Lote 02 (Plano odontológico);
- d) Indicação das instalações e do aparelhamento e do pessoal técnico adequados e disponíveis para a realização do objeto da licitação, através da listagem de prestadores disponíveis para atendimento, que atendam às exigências mínimas do Termo de Referência;

### **8.3.4 QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA**

- a) Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais, quando encerrado há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta, que comprovem Índice de Liquidez Corrente e/ou Índice de Liquidez Geral iguais ou maiores que 1,0;
- b) Certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica;
- c) A Operadora que desejar participar do lote de assistência médica, por se tratar de execução de serviços, deverá apresentar comprovação de capital social mínimo ou de patrimônio líquido mínimo, como comprovação da qualificação econômico-financeira, em valor igual ou superior a R\$ 24.039.802,78 (vinte e quatro milhões, trinta e nove mil, oitocentos e dois reais e setenta e oito centavos), equivalente a 10% do valor estimado para contratação com base nos valores dispendidos no ano de 2018 para serviços de assistência médica, comprovado através do Balanço Patrimonial, devidamente registrado na Junta Comercial e/ou Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS do último trimestre.
- d) A Operadora que desejar participar do lote de assistência odontológica, por se tratar de execução de serviços, deverá apresentar comprovação de capital social mínimo ou de patrimônio líquido mínimo, como comprovação da qualificação econômico-



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

financeira, em valor igual ou superior a R\$ 1.244.108,59 (hum milhão, duzentos e quarenta e quatro mil, cento e oito reais e cinquenta e nove centavos), equivalente a 10% do valor estimado para contratação com base nos valores dispendidos no ano de 2018 para serviços de assistência odontológica, comprovado através do Balanço Patrimonial, devidamente registrado na Junta Comercial e/ou Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS do último trimestre.

- e) Cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal. (Incluído pela Lei nº 9.854, de 1999)

**8.4 As certidões extraídas pela internet somente terão validade se confirmada sua autenticidade.**

**9. PROPOSTA COMERCIAL**

9.1 A proposta de preços deverá ser apresentada em papel timbrado da proponente, redigida por meio mecânico ou informatizado, de forma clara e inequívoca, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, em estrita observância às especificações contidas neste Edital, assinada na última folha e rubricada nas demais pelo titular ou representante legal da proponente, devidamente identificado, nela constando:

- a) Preço unitário mensal de acordo com as faixas etárias constantes **do item 11, subitem 11.1.1, do Termo de Referência;**
- b) Prazo de validade de proposta não inferior a **90 (noventa) dias**, a contar da data fixada para abertura deste credenciamento, sendo facultado aos proponentes estender tal validade por prazo superior;

9.2 Os preços cotados deverão ser referidos à data de recebimento das propostas, considerando-se a condição de pagamento à vista, não devendo, por isso, computar qualquer custo financeiro para o período de processamento das faturas.

**10. ANÁLISE E JULGAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO**

10.1 A COMISSÃO PERMANENTE CENTRAL DE LICITAÇÃO – COMPEL efetuará a análise e julgamento da documentação e emitirá parecer conclusivo relacionando a(s) empresa(s) declarada(s) apta(s) para execução dos serviços.

10.2 Serão inabilitados os interessados:

- a) que, por qualquer motivo, estejam declarados inidôneos ou punidos com suspensão do direito de licitar ou contratar com a Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, Estadual ou Municipal, desde que o ato tenha sido publicado no Diário Oficial da União, do Estado ou do Município, pelo Órgão que o expediu;



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

- a) inadimplentes com as obrigações assumidas junto ao órgão fiscalizador da classe ou que possuam qualquer nota desabonadora emitida pelo mesmo;
- c) que deixarem de apresentar qualquer documentação obrigatória exigida no Edital.

10.3 Caso alguma operadora não tenha apresentado os documentos exigidos no subitem 8.3.2 deste Edital, poderá fazê-lo até a data prevista para a assinatura do termo de convênio, bastando, para tanto, na data prevista para a sessão de recebimento e abertura dos envelopes, apresentar declaração se comprometendo ao cumprimento da exigência na forma aqui prevista.

10.4 O resultado do julgamento será publicado no Diário Oficial do Município (DOM).

## **11. DO CHAMAMENTO DOS CREDENCIADOS HABILITADOS PARA ASSINATURA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO**

11.1 A Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE convocará as operadoras aptas para assinarem o termo de credenciamento no prazo de 03 (três) dias úteis, a contar do recebimento da convocação, sob pena de decair do direito ao Credenciamento.

11.2 O prazo estabelecido no subitem 11.1 para assinatura do Termo de Credenciamento poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, quando solicitado pela operadora durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado e aceito pela SEMGE.

11.3 No ato da assinatura do termo, o credenciado deverá apresentar documento de procuração devidamente reconhecido em cartório, que habilite o seu representante a assinar o referido instrumento em nome da operadora de plano de saúde e de plano odontológico.

## **12. DO TERMO DE CREDENCIAMENTO**

12.1 A elaboração do Termo de Credenciamento de prestação de serviços ficará condicionada à apresentação e à validade das certidões negativas de débito do INSS (CND), do FGTS (CRF), de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho e de regularidade com as Fazendas Federal, Estadual e Municipal, devidamente atualizadas.

12.2 O Termo de Credenciamento estabelecerá as condições de prestação de serviço e os direitos e obrigações das partes, respeitando a autonomia técnica e financeira da instituição credenciada na execução dos serviços, que deverá assumir o risco da atividade desempenhada de maneira independente.

12.3 As operadoras credenciadas serão submetidas às condições previstas neste Edital e pactuadas no Termo de Credenciamento, quando da sua celebração.





**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

- 12.4 As operadoras credenciadas deverão manter as condições de habilitação durante o período de credenciamento e vigência do Termo de Credenciamento.
- 12.5 O pagamento pelos serviços efetivamente prestados pela credenciada será efetuado mensalmente, por repasse da Secretaria Municipal da Fazenda na conta corrente informada pela credenciada, na forma do Decreto Municipal nº 23.856 de 03 de abril de 2013.
- 12.6 As demais disposições estão previstas na minuta do Termo de Credenciamento anexo a este Edital, do qual é parte integrante, independentemente de transcrição.

### **13. PREÇO E FORMA DE PAGAMENTO**

- 13.1 Os serviços postos à disposição dos servidores públicos municipal, ativos e inativos, da Administração Direta e Indireta do Município do Salvador e seus dependentes, serão adimplidos mensalmente, na forma da tabela constante do Termo de Referência - Anexo VI do Edital, mediante apresentação da Nota Fiscal referente ao valor global da nota fiscal/fatura, estando inclusos todos os custos inerentes à prestação dos serviços.
- 13.2 O pagamento será realizado pela contratante através de crédito em conta corrente da credenciada, na forma do disposto no art. 4.º, § 2.º do Decreto Municipal n.º 13.991/2002, até o 15º (décimo quinto) dia útil de cada mês, mediante a apresentação da Nota Fiscal devidamente atestada pela Diretoria Central de Assistência Médica e Saúde Ocupacional do Servidor – DSS/SEMGE.
- 13.3 Havendo erro na fatura ou descumprimento das condições pactuadas, no todo ou em parte, a tramitação da fatura será suspensa para que a credenciada adote as providências necessárias para sua correção. Passará a ser considerada, para efeito de pagamento, a data de reapresentação da fatura, devidamente corrigida.

### **14. VIGÊNCIA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO E REAJUSTE**

- 14.1 Com vistas a garantir melhores condições para aquisição dos serviços, o Termo de Credenciamento terá vigência de 60 (sessenta) meses, contados a partir de, no máximo, 90 (noventa) dias da data de sua assinatura podendo ser prorrogado, em caráter excepcional, com vantagens para os servidores, por até 12 (doze) meses, conforme o disposto no § 4º do art. 57 da Lei nº 8.666/1993.
- 14.2 Os critérios de reajuste anual para os serviços em contratação obedecerão à legislação em vigor, podendo estar adstrito à variação dos custos médicos e hospitalares e outras despesas operacionais da operadora, bem como à da taxa de sinistralidade, se o percentual apurado for superior a 70% (setenta por cento), visando à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro deste Termo de Credenciamento.
- 14.3 Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto com o Município, por intermédio da Secretaria Municipal de



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

Gestão, tendo como parâmetro o Índice do acumulado do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) nos últimos 12 meses, conforme estabelecido na Lei Municipal nº 7.186/2006.

## **15. PENALIDADES ADMINISTRATIVAS**

15.1 O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas sujeitará a credenciada às sanções previstas na Lei n.º 8666/93, atualizada, na Lei Municipal nº4484/92, no que couber, em especial as seguintes, sem prejuízo das demais cominações legais:

15.1.1 Advertência por escrito;

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

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

15.1.4 Suspensão temporária do Termo de Credenciamento, por prazo não superior de um ano, justificada pela área responsável pela gestão dos benefícios ao servidor do Município;

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

15.2. As sanções previstas nos subitens 15.1.1, 15.1.2 e 15.1.3 poderão ser aplicadas concomitantemente com as dos subitens 15.1.4.e 15.1.5, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência.

17.2 Ocorrerá ainda o descredenciamento da operadora de plano privado de assistência à saúde, no caso de reincidência no descumprimento de quaisquer das condições normatizadas no presente Edital, no Termo de Credenciamento, ou, ainda, por atos que caracterizem má-fé em relação aos beneficiários, assegurados a ampla defesa e o contraditório.

17.3 Poderá ser rescindido o Termo de Credenciamento da operadora de plano privado de assistência à saúde que praticar qualquer ato ilícito, fraudulento ou simulado, bem como que descumprir qualquer das cláusulas previstas no Edital ou no Termo de Credenciamento, de qualquer forma, fizer uso de falsa declaração, simulação de endereços, descumprimento dos horários de



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

atendimento previamente estabelecidos, adulteração de documentos exigidos para inscrição ou serviços credenciados, ou assinar e receber pelos procedimentos realizados por profissionais não capacitados ou habilitados, independentemente do ressarcimento e indenização dos prejuízos a que der causa.

## **18. DISPOSIÇÕES FINAIS**

- 18.1 O presente credenciamento não importa necessariamente em contratação, podendo o Município revogá-lo, no todo ou em parte, por razões de interesse público, derivado de fato superveniente comprovado ou anulá-lo por ilegalidade, de ofício ou por provocação mediante ato escrito e fundamentado publicado no Diário Oficial do Município, para conhecimento dos participantes do credenciamento.
- 18.2 A adesão ao plano de saúde é facultativa e dar-se-á mediante manifestação escrita do servidor, de acordo com a Lei Complementar nº 50/2010 do Município do Salvador, sendo-lhe facultado, também, a opção por qual das operadoras credenciadas formalizará a sua adesão.
- 18.3 O valor máximo a ser pago para cada operadora credenciada fica condicionado ao número de servidores que aderirem à mesma, multiplicado pelo valor determinado no item 11, subitem 11.1.1, do Termo de Referência – Anexo VI do Edital.
- 18.4 A falsidade de qualquer documento apresentado ou a inverdade das informações nele contidas implicará a imediata desclassificação do proponente que o tiver apresentado, e se já tiver sido credenciado, a imediata rescisão do Termo de Credenciamento, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.
- 18.5 poderão ser admitidos erros de natureza formal, desde que não comprometam o interesse público.
- 18.6 É facultado à COMPEL, durante a análise dos documentos habilitatórios, promover diligências com vistas a esclarecer ou a complementar a instrução do processo, relativas aos documentos exigidos e elencados no item 11 deste Edital.
- 18.7 Os proponentes instados a prestar esclarecimentos adicionais deverão fazê-lo no prazo de 48 (quarenta e oito) horas ou no determinado pela COMPEL, sob pena de desclassificação/inabilitação.
- 18.8 O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará no afastamento do proponente, desde que seja possível a aferição da sua qualificação e a exata compreensão da sua proposta.
- 18.9 As decisões referentes a este processo de chamamento público, inclusive o resultado final, poderão ser comunicadas aos proponentes por qualquer meio que comprove o recebimento ou, ainda, mediante publicação no Diário Oficial do Município.



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

- 18.10 São de responsabilidade exclusiva da proponente as informações relativas a endereço, telefone e fax, bem como a respectiva modificação no curso do credenciamento ou de sua contratação, dando-se por intimada em caso de eventual tentativa frustrada de comunicação.
- 18.11 Os casos omissos no Termo de Referência serão resolvidos pela Diretoria de Gestão de Pessoas – DGP, em articulação com a COMPEL, com base na legislação vigente.
- 18.12 A participação do proponente neste credenciamento implica em aceitação de todos os termos deste Edital.
- 18.13 Fica designado o foro da Cidade do Salvador, Capital do Estado da Bahia – Brasil, para julgamento de quaisquer questões judiciais resultante deste Edital, renunciando as partes a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

## **19. ANEXOS DO EDITAL**

19.1 Fazem parte integrante deste Edital:

- Anexo I      Ficha de Solicitação de Credenciamento;
- Anexo II     Declaração de inexistência de fato superveniente;
- Anexo III    Declaração de atendimento ao Inciso XXXIII do art. 7º da CF;
- Anexo IV    Dados para assinatura do Termo de Credenciamento;
- Anexo V     Minuta de Termo de Credenciamento;
- Anexo VI    Termo de Referência – DGP/SEMGE – Proc. 215280/2023.

Salvador, 07 de Março de 2024.

**Nailton Nunes França**  
**Presidente**



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO - SEMGE N° /2024**

**ANEXO I**

**FICHA DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO – FSC**

CNPJ: \_\_\_\_\_

Razão Social: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Nome do representante legal (por extenso)

\_\_\_\_\_

Assinatura



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO - SEMGE Nº /2024**

**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE**

Para fins de participação no Credenciamento – SEMGE nº \_\_\_\_/2024, a (nome da empresa), CNPJ nº \_\_\_\_\_, sediada (endereço completo), declara, sob as penas da lei que, até a presente data inexistem fato(s) impeditivos para a sua habilitação, estando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Local e data

Nome e identificação do declarante



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO - SEMGE Nº /2024**

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO INCISO XXXIII DO ART. 7.º DA  
CONSTITUIÇÃO**

Declaramos, para os fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666/93, acrescido pela Lei n.º 9.854/99, que não empregamos menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não empregamos menor de 16 (dezesesseis) anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de 14 (quatorze) anos, na condição de aprendiz ( ).

Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Proponente interessado



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO - SEMGE N° /2024**

**ANEXO IV**

**DADOS PARA ASSINATURA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO**

NOME:

CÉDULA DE IDENTIDADE N°

ÓRGÃO EMISSOR:

CPF N°

ENDEREÇO COMPLETO DA PESSOA JURÍDICA:

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo

OBS.: Informar acima os dados do responsável pela assinatura do futuro Termo de Credenciamento.





**EDITAL DE CREDENCIAMENTO - SEMGE Nº /2024**

**ANEXO V**

**TERMO DE CREDENCIAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

Termo de Credenciamento de prestação de serviços de saúde complementar e assistência odontológica, que entre si celebram o Município de Salvador, através da Secretaria Municipal de Gestão – SEMGE, e a....., nos termos do Edital de Credenciamento nº ..... , Lei nº 9.656/1998 (dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde), Lei Complementar Municipal nº 050/2010, Lei nº 8.666/1993 na sua atual redação, Decreto Municipal nº 20.784/2010 (Regulamenta a Lei Complementar nº 050/2010) e demais normas e regulamentações aplicáveis à espécie.

**DA IDENTIFICAÇÃO**

SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO – SEMGE, órgão público, com sede na Rua Horácio César, n.º 64, nesta Capital, inscrita no CNPJ sob o n.º 13.927.801/0003-00, neste ato representada pelo Sr. Secretário, Sr. Rodrigo Santos Alves, doravante denominada **SEMGE**.

(nome da instituição), (endereço), inscrita no CNPJ sob nº ....., neste ato representada pelo(a) Sr.(a) ....., (nacionalidade), (estado civil), (profissão), portador(a) da Cédula de Identidade RG nº ....., expedida pela ....., inscrita no CPF/MF sob o nº ....., residente na .....doravante denominada como **CREDENCIADA**.

**DO FUNDAMENTO LEGAL**

O presente Termo de Credenciamento decorre do processo de credenciamento de operadoras de plano de saúde e de plano odontológico, aprovado pelo Secretário Municipal de Gestão – SEMGE e pela Representação da Procuradoria Geral do Município/SEMGE através do Parecer de nº \_\_\_\_/\_\_, nos termos e condições do Edital de Credenciamento SEMGE nº \_\_\_\_/\_\_ que integram este instrumento, que as partes declaram conhecer e aceitar.

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

- 1.1 Constitui objeto do presente Termo de credenciamento, a prestação de serviços de saúde e de assistência odontológica aos servidores do Município de Salvador, ativos e inativos investidos em cargo público de provimento efetivo, de provimento em comissão, membros de Conselhos Tutelares, Empregados Públicos, servidor público contratado temporariamente pelo Regime Especial de Direito Administrativo, dependentes definidos pela Lei Complementar nº 050/2010, e pensionistas (sub judice), divididos em 2 lotes, como segue:

Lote 01 Credenciamento de Pessoas Jurídicas para atuar(em) como operadora(s) de Planos de Saúde, na modalidade coletivo empresarial,



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

devidamente registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, na modalidade de pré-pagamento, com padrão de enfermagem e/ou apartamento, centro de terapia intensiva, ou similar, sem cobertura para internações domiciliares, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com limitação expressa das coberturas previstas no rol de procedimentos vigente, divulgado pela ANS, com cobertura dentro da área geográfica de abrangência deste Município, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

Lote 02 Credenciamento de Pessoas Jurídicas para atuar(em) como operadora(s) de Plano Odontológico, na modalidade coletivo empresarial, devidamente registradas na ANS, objetivando a prestação de assistência odontológica de acordo com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com cobertura dentro da área geográfica de abrangência deste Município (ou superior), com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

## **CLÁUSULA SEGUNDA – DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

2.1 Os serviços objeto deste Termo de Credenciamento se encontram detalhados no Termo de Referência - Processo 215280/2023 da DGP/SEMGE – Anexo VI do Edital e parte integrante deste instrumento.

## **CLÁUSULA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

3.1 As despesas ocorrerão pela dotação orçamentária da Secretaria Municipal de Gestão – SEMGE, para o exercício de 2024, no Projeto/Atividade 04.122.0016.257200 – Encargos Diversos da PMS, Elemento de Despesa 3.3.90.39, Fonte de Recursos 0.1.00, devidamente ajustadas nas dotações dos exercícios subsequentes.

## **CLÁUSULA QUARTA – DAS INCIDÊNCIAS FISCAIS**

4.1 Os impostos, taxas, emolumentos, contribuições fiscais e parafiscais que sejam devidos em decorrência, direta ou indireta, deste termo ou de sua execução, serão de exclusiva responsabilidade do contribuinte, assim definido na norma tributária, sem direito a reembolso.

## **CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA**

**5.1 Os serviços deverão abranger, no mínimo, os itens descritos no item 5 do Termo de Referência, onde consta o detalhamento do objeto.**

5.2 Constituem-se obrigações da operadora:

5.2.1 Manter um posto de atendimento nas instalações na sede do Município no período de 8:00h às 12:00h ou de 13:00h às 17:00h, de segunda-feira a



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

sexta-feira, sem ônus para o Município, durante os primeiros 60 (sessenta) dias de contrato, a fim de auxiliar nos procedimentos relativos ao cadastramento de beneficiários e outros que sejam necessários, podendo ser prorrogado por mais 30 (trinta) dias, comprovada a necessidade do serviço.

- 5.2.2 Fornecer ao beneficiário do Município, sem qualquer custo adicional, carteira de identificação individualmente para cada beneficiário, com prazo de validade igual ao da duração do contrato, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contados a partir da data de vigência do atendimento.
- 5.2.2.1 Garantir ao beneficiário do Município a prestação dos serviços contratados sem o uso da carteira de identificação, após o início da vigência do atendimento, caso ainda não tenha sido entregue o cartão de identificação.
- 5.2.2.2 Garantir ao beneficiário demitido e/ou exonerado as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência de seu contrato de trabalho, assumindo estes o valor integral do plano, sendo o pagamento efetuado diretamente à operadora de plano de saúde, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei Federal 9.656/1998 e da Resolução CONSU de nº20/1999.
- 5.2.3 As carteiras de identificação de que trata o item 5.2.2 ficarão sob a guarda da CGB/SEMGE para entrega a unidade de lotação do servidor e para tanto, deverão ser encaminhadas pela operadora em envelope individual contendo nome do servidor e sua unidade de lotação na PMS, conforme informado na adesão.
- 5.2.3.1 Os envelopes deverão ser organizados por Órgão/Entidade de lotação e os nomes dos titulares em ordem alfabética.
- 5.2.3.2 As carteiras dos dependentes deverão vir no mesmo envelope do titular. Exceto adesões posteriores.
- 5.2.4 Designar um funcionário responsável pelo relacionamento com o Município, disponibilizando equipamento e/ou material que se fizer necessário para o desempenho das atividades deste.
- 5.2.5 Enviar, até o último dia útil anterior ao mês de referência, Relação Mensal Detalhada, conforme Layout Arquivo Utilização do Plano de Saúde/Odontológico, anexo VII e Layout Arquivo Fatura do Plano de Saúde/Odontológico, e Layout Mudança de Faixa Etária, anexo VIII, de forma impressa e por meio eletrônico, em arquivo tipo planilha Excel, formato CSV, ou outro a ser definido, a fim de permitir a comunicação com o Sistema da PMS.
- 5.2.6 Disponibilizar a comunicação do sistema da PMS com o sistema da Operadora, por meio de WEB Service.
- 5.2.7 Promover a periódica atualização de página web quanto à rede credenciada, relação dos profissionais e entidades prestadoras dos serviços credenciados.



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

- 5.2.8 Comunicar ao Município a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato.
- 5.2.9 Incluir beneficiários na condição de titulares, dependentes, considerando as distinções de tabelas de preços, para o plano para titulares/dependentes, conforme informado pela Secretaria Municipal de Gestão.
- 5.2.10 Manter rede credenciada ativa, durante a vigência do Termo de Acordo, em quantidades iguais ou superiores de estabelecimentos e profissionais constantes da rede credenciada informada quando da contratação, avisando tempestivamente eventuais alterações, respeitando-se o padrão de qualidade dos estabelecimentos e serviços oferecidos.
- 5.2.11 Manter, durante toda execução do Acordo, compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento.
- 5.2.12 Garantir dois ou mais serviços de pronto-atendimento em funcionamento durante 24 horas diárias, inclusive aos sábados, domingos e feriados, na Grande Salvador/Ba;
- 5.2.13 Assumir plena responsabilidade legal, administrativa e técnica pela execução e qualidade dos serviços.
- 5.2.14 Disponibilizar os equipamentos e/ou infraestrutura necessários para prestação dos serviços relacionados.
- 5.2.15 Providenciar a imediata correção das deficiências nos serviços contratados, comunicadas pelos beneficiários do Município e/ou pela área responsável pela gestão de benefícios da PMS;
- 5.1.16 Responder pelas despesas de encargos trabalhistas, previdenciárias, fiscais e comerciais, decorrentes da execução do Termo de Credenciamento.
- 5.2.17 Manter controle dos dependentes da categoria filhos, que perderão a condição de dependentes ao completarem 21 anos, conforme definido pela Lei Complementar Municipal nº 050/2010 e alterado pela Lei Complementar Municipal nº 065/2017, notificando o Município com 30 dias de antecedência à exclusão.
- 5.2.18 Notificar ao Município com 30 dias de antecedência, utilizando o Layout Arquivo Utilização do Plano de Saúde/Odontológico, os beneficiários que sofrerão reajuste por mudança de faixa etária.
- 5.2.19 A Operadora Credenciada deverá possuir, na data de assinatura do Termo de Credenciamento, de serviço de atendimento ao cliente (SAC), através de discagem direta gratuita (DDG) para atendimento remoto (0800 e/ou via internet) disponível 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

- 5.2.20 Assegurar aos beneficiários a autorização para procedimentos de forma ágil, através de e-mail, telefone ou internet/senha eletrônica, faz ou presencial.
- 5.2.20.1 As autorizações ou justificativas dos indeferimentos das mesmas deverão obedecer aos prazos legais.
- 5.2.21 Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços e, na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços de forma a evitar a descontinuidade do atendimento aos usuários.
- 5.2.22 Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como, indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados para a prestação dos serviços de assistência à saúde.
- 5.2.23 Manter, enquanto durar o ajuste, todas as condições que ensejaram o credenciamento da instituição, particularmente ao que se refere à atualização de documentos e as condições exigidas por ocasião da realização de inspeções.
- 5.2.24 Comunicar o gestor deste instrumento, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços, bem como a mudança de endereço de suas instalações físicas.
- 5.2.25 Garantir o cumprimento das disposições das normas vigentes, bem como a disponibilização da rede de prestadores.
- 5.2.26 Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde/odontológica, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pela Operadora.
- 5.2.27 Apresentar, sempre que solicitado pela **SEMGE**, relatórios gerenciais com informações dos principais tipos de uso, evolução da sinistralidade, inclusões, mudanças e exclusões do plano.
- 5.2.28 A Operadora **CRENCIADA** deverá sanar toda e qualquer inconsistência na movimentação de beneficiários em até 48 horas úteis após ter sido formalmente comunicada.
- 5.2.29 A Operadora **CRENCIADA**, quando questionada a respeito do Acordo de Parceria, esta deverá responder, impreterivelmente, em 05 dias úteis, sob pena de advertência.
- 5.2.30 Disponibilizar, equipamentos de autoatendimento computadorizados (totens), em todos os locais onde a contratada disponibilizar atendimento eletivo às especialidades básicas de Clínica Médica e Pediatria, que possibilitem o acesso online à marcação de consultas e exames, no mínimo nas especialidades de Pediatria, Clínica Médica e Ginecologia,



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

além de consulta a rede de prestadores devidamente atualizada, bem como a possibilidade de impressão de resultados de exames de rotina.

#### **CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO**

- 6.1 Permitir o acesso dos profissionais da Operadora **CREENCIADA** às dependências das Secretarias, para orientar e explicar aos beneficiários sobre os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Credenciamento.
- 6.2 Permitir à Operadora **CREENCIADA** a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários do Município, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação.
- 6.3 Prestar as informações e esclarecimentos que venham a ser solicitados pela Administradora de Benefícios Credenciada.
- 6.4 Efetuar o cadastramento dos dependentes, responsabilizando-se civil, penal e administrativamente pelo fornecimento de dados falsos.
- 6.5 Efetuar consignação no contracheque do beneficiário titular da parcela relativa à sua contribuição para o plano de saúde, que será pago à Operadora, juntamente com a parcela cabível à Administração, sempre até o 15º (décimo quinto) dia do mês da efetiva prestação dos serviços (pré-pagamento), quanto aos beneficiários do Município adeptos ao contrato de plano de saúde e/ou odontológico.
- 6.6 Atualizar mensalmente, junto à Operadora, as informações sobre os beneficiários que deixarem de possuir direito ao atendimento médico prestado, ficando resguardado, contudo, o atendimento até o último dia da cobertura cujo pagamento já tenha sido realizado.
- 6.7 Comunicar à Operadora Credenciada a exclusão de beneficiários em virtude de óbito, separação, divórcio, mudança de estado civil, retorno ao órgão ou entidade de origem, maioridade do filho (a) e mudança de país.
- 6.8 Informar falhas e ocorrências detectadas à Administradora de Benefícios Credenciada com vistas à adoção das medidas que se façam necessárias.
- 6.9 Efetuar averiguações periódicas e adotar procedimentos objetivando a regularidade e correção da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica da Operadora Credenciada, devendo comunicar, por escrito, através de ofício ou comunicação por correio eletrônico (email), toda e qualquer irregularidade observada;
- 6.10 Acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços, por meio de servidor designado para este fim.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – DA FORMA DE PAGAMENTO**

- 7.1 O Município de Salvador, através da Secretaria Municipal da Fazenda – SEFAZ, pagará à **CREENCIADA** os valores máximos abaixo indicados, propostos de acordo com a faixa etária dos beneficiários:



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

7.1.1. Para assistência médica:

a) Valores para o Plano Básico – Acomodação Enfermaria

<b>Faixa etária</b>	<b>Plano Básico (Enfermaria)</b>
00 a 18 anos	119,28
19 a 23 anos	119,28
24 a 28 anos	119,28
29 a 33 anos	119,28
34 a 38 anos	119,28
39 a 43 anos	298,21
44 a 48 anos	298,21
49 a 53 anos	298,21
54 a 58 anos	298,21
a partir 59 anos	596,44

<b>Faixa etária</b>	<b>Plano Básico (Apartamento)</b>
00 a 18 anos	166,99
19 a 23 anos	166,99
24 a 28 anos	166,99
29 a 33 anos	166,99
34 a 38 anos	166,99
39 a 43 anos	417,49
44 a 48 anos	417,49
49 a 53 anos	417,49
54 a 58 anos	417,49
a partir 59 anos	835,00

b) Para assistência odontológica:

<b>Faixa etária</b>	
Todas as faixas	<b>Plano Básico</b>
	<b>14,76</b>

<b>Faixa etária</b>	
Todas as faixas	<b>Plano Intermediário</b>
	<b>42,95</b>
<b>Faixa etária</b>	
Todas as faixas	<b>Plano Premium</b>
	<b>57,47</b>

7.2 O pagamento à **CRENCIADA** será efetuado mensalmente, exclusivamente por crédito em conta corrente especificada pela **CRENCIADA** na instituição financeira determinada no Decreto Municipal nº 23.856 de 03 de abril de 2013



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

(arts. 1º a 4º), com observância das exceções ali previstas (art. 5º, parágrafo único), no prazo de até 15 (quinze) dias úteis, contados da apresentação da Nota Fiscal em conformidade com a legislação vigente, devidamente atestada pela unidade competente.

- 7.3 Havendo erro na fatura ou descumprimento das condições pactuadas, no todo ou em parte, a tramitação da fatura será suspensa para que a **CRENCIADA** adote as providências necessárias à sua correção. Passará a ser considerado, para efeito de pagamento, a data de reapresentação da fatura, devidamente corrigida.

#### **CLÁUSULA OITAVA – DA VIGÊNCIA**

- 8.1 Com vistas a garantir melhores condições para aquisição dos serviços, o Termo de Acordo terá vigência de 60 (sessenta) meses, contados a partir de, no máximo, 90 (noventa) dias da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, em caráter excepcional, com vantagens para os servidores, por até 12 (doze) meses, conforme o disposto no § 4º do art. 57 da Lei nº 8.666/1993.

#### **CLÁUSULA NONA – DO REAJUSTE**

- 9.1 Os critérios de reajuste anual para os serviços obedecerão à legislação em vigor, podendo estar adstrito à variação dos custos médicos e hospitalares e outras despesas operacionais da operadora, bem como à da taxa de sinistralidade, se o percentual apurado for superior a 70% (setenta por cento), visando à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro deste Termo de Acordo.
- 9.2 Os reajustes, quando pleiteados pela **CRENCIADA**, deverão ser negociados em conjunto com o Município, por intermédio da Secretaria Municipal de Gestão.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO DO TERMO**

- 10.1 O acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste Termo de Credenciamento serão exercidos pela Secretaria Municipal de Gestão – **SEMGE**, através de servidor designado, nos termos do art. 67 da Lei nº 8.666/93.
- 10.2 A **CRENCIADA** declara aceitar integralmente, todos os métodos e processos de inspeção, verificação e controle a serem adotados pela **SEMGE**.
- 10.3 A fiscalização por parte da **SEMGE** não exime nem reduz a responsabilidade da **CRENCIADA** no cumprimento dos seus encargos.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCREDENCIAMENTO**

- 11.1 O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas sujeitará a credenciada às sanções previstas na Lei n.º 8666/93, atualizada, na Lei Municipal nº 4484/92, no que couber, em especial as seguintes, sem prejuízo das demais cominações legais:

- 11.1.1 Advertência, por escrito.





**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

- 11.1.2 Multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados à (s) Operadora (s), do Plano de Saúde, por ventura, inadimplente (s), indicada (s) pela Operadora Credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;
- 11.1.3 Multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculado à (s) Operadora (s) do Plano de Saúde indicada (s) pela Operadora Credenciada, no caso de inexecução total dos serviços;
- 11.1.4 Suspensão temporária do Termo de Credenciamento, por prazo não superior de um ano, justificada pela área responsável pela gestão dos benefícios ao servidor do Município;
- 11.1.5 Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante à autoridade que aplicou a penalidade;
- 11.2 As sanções previstas nos subitens 11.1.1, 11.1.2 e 11.1.3 poderão ser aplicadas concomitantemente com as dos subitens 11.1.4.e 11.1.5, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;
- 11.3 São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no Edital, no Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé, apuradas em processo administrativo.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA FACULDADE DE EXIGIBILIDADE**

- 13.1 Fica estabelecido que na hipótese da **SEMGE** deixar de exigir da **CRENCIADA** qualquer condição deste termo, tal faculdade não importará em novação, não se caracterizando como renúncia de exigi-la em oportunidades futuras.

## **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO FORO**

- 18.1 Fica eleito o foro da Cidade do Salvador, Estado da Bahia, que será competente para dirimir questões decorrentes do cumprimento deste Termo de Credenciamento, renunciando as partes a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim, justas e acordadas, as partes assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO - SEMGE**

---

**CRENCIADA**



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

**Testemunhas (nome e matrícula)**



**PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEMGE**  
**Diretoria Geral de Logística e Patrimônio**  
**Coordenadoria Central de Material e Patrimônio**  
**Comissão Central Permanente de Licitação**

---

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO - SEMGE Nº. 001/2019**

**ANEXO VI**

**TERMO DE REFERÊNCIA TR – PROC. 215280/2023**

**CREDENCIAMENTO DE OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

**E**

**OPERADORAS DE PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

TERMO DE REFERÊNCIA TR – PROC.158066/2023

CREDENCIAMENTO DE OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE SUPLEMENTAR  
E OPERADORAS DE PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

**TERMO DE REFERÊNCIA**

**1. DO OBJETO**

Item 1 - Credenciamento de Pessoas Jurídicas para atuar(em) como operadora(s) de Planos de Saúde, na modalidade coletivo empresarial, devidamente registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, na modalidade de pré-pagamento, com padrão de enfermaria e/ou apartamento, centro de terapia intensiva, ou similar, sem cobertura para internações domiciliares, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com limitação expressa das coberturas previstas no rol de procedimentos vigente, divulgado pela ANS, com cobertura dentro da área geográfica de abrangência deste Município, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

Item 2 - Credenciamento de Pessoas Jurídicas para atuar(em) como operadora(s) de Plano Odontológico, na modalidade coletivo empresarial, devidamente registradas na ANS, objetivando a prestação de assistência odontológica de acordo com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com cobertura dentro da área geográfica de abrangência deste Município (ou superior), com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

**2. DA QUALIFICAÇÃO**

2.1. Credenciar Operadora de planos de saúde para atuação no âmbito deste Município, para prestar assistência à saúde aos beneficiários vinculados ao Município, mediante plano que contemple as regras estabelecidas neste instrumento.

2.2. Os planos oferecidos aos beneficiários vinculados aos órgãos do Sistema de Pessoal Civil caracterizam-se como planos privados coletivos empresariais, que oferecem cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica, com adesão espontânea e opcional.

2.3. Entende-se por:

2.3.1. Beneficiário: O servidor público ativo e inativo investido em cargo público de provimento efetivo, de provimento em comissão, membros de Conselhos Tutelares, Empregados Públicos, servidor público contratado temporariamente pelo Regime Especial de Direito Administrativo, dependentes definidos pela Lei Complementar nº 050/2010, e pensionistas (*sub judice*).

2.3.2. Mensalidade: Valor a ser estabelecido para pagamento à Operadora, composto pela contribuição do beneficiário e do custeio desta Prefeitura, quando assim previsto, indicada na proposta de credenciamento da Operadora, referente a custeio do plano contratado pelo beneficiário titular.

2.3.3. Operadora de plano de saúde: Pessoa Jurídica responsável pela prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com cobertura dentro da área geográfica de abrangência deste Município, para atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 1998 e Resolução Normativa 428 de 07/11/2017 e demais Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros (as) profissionais/instituições/prestadores, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

2.3.4. Operadora de plano odontológico: Pessoa Jurídica responsável pela prestação de assistência odontológica de acordo com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde

Suplementar – ANS, e atuação dentro da área geográfica de abrangência deste Município, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

2.3.5. Rede Credenciada: Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários dos Planos de Assistência à Saúde e Odontológico pela Administradora de Benefícios inscritos ou registrados nos respectivos conselhos, sejam eles pertencentes ou não à (s) Operadora (s) credenciada (s).

2.3.6. Abrangência da Rede: Localidades em que as operadoras credenciadas deverão oferecer rede credenciada na área de abrangência geográfica determinada pelo Município, na forma disciplinada neste Termo de Referência.

2.3.7. Plano Básico (médico): Plano Ambulatorial, Hospitalar e Obstétrico, com acomodação em enfermaria de, no máximo, 4 (quatro) leitos, e/ ou apartamento.

2.3.8. Plano Odontológico: plano que garanta todas as coberturas odontológicas previstas no Rol de Procedimentos da ANS, com todas as suas atualizações.

2.3.9. Remoção: Deslocamento dos usuários entre unidades hospitalares, na forma regulamentada na Legislação específica.

### **3. DA JUSTIFICATIVA**

3.1. A Constituição Federal de 1988, em especial o seu artigo 196, dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Neste contexto, nos termos do referido artigo, tal garantia deve ser assegurada mediante políticas que visem à redução do risco de doença, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

3.2. Desse modo, assim como o Município trabalha na oferta de saúde para os cidadãos, também tem o dever de oferecer assistência eficiente e digna aos seus próprios agentes públicos. Neste rol, estão contemplados o servidor público ativo e inativo investido em cargo público de provimento efetivo, em comissão, membros de Conselhos Tutelares, Empregados Públicos, os contratados pelo Regime Especial de Direito Administrativo, dependentes definidos pela Lei Complementar nº 50/2010, e pensionistas (sub judice), aplicando-se a modalidade de custeio (contributário ou não, conforme políticas da Administração), na forma da legislação municipal em vigor.

3.3. Importante salientar que a atuação do Município deve alcançar estes sujeitos de forma global, seja quando estejam em atividade funcional ou no âmbito da sua vida privada, com vistas a reduzir os efeitos danosos das doenças sobre as vidas destas pessoas e a manutenção da continuidade e qualidade no desempenho funcional.

3.4. Diante disso, como forma de efetivar a assistência à saúde dos colaboradores do Município de Salvador, a Administração realiza, sistematicamente, a contratação de operadoras de Planos de Saúde Médicos e/ou Odontológicos que possam dar continuidade à assistência à saúde do agente público municipal de forma ampla, segura e eficiente, inclusive com a promoção de programas preventivos, objetivando qualidade de vida de excelência aos que servem ao Município.

3.5. Neste cenário, o presente Termo de Referência justifica-se como instrumento base para o estabelecimento de diretrizes e premissas básicas para a realização do Credenciamento das operadoras Planos de Saúde Médicos e/ou Odontológicos, haja vista que os convênios vigentes estão na iminência de se encerrarem, não mais podendo haver prorrogação.

3.6. A escolha desse modelo de contratação apresenta-se como a opção mais vantajosa tanto para os beneficiários quanto para a Administração Pública, visto que o credenciamento garante que o Município possa estabelecer as regras e garantias que atendam aos interesses dos seus agentes públicos, especialmente no que se refere aos valores máximos que podem ser cobrados mensalmente pelas operadoras, devido à maior quantidade de beneficiários, além de possibilitar a gestão mais eficaz por parte do Município quanto à qualidade dos serviços prestados.

3.7. Outrossim, por possibilitar o cadastro de mais de uma empresa, o credenciamento confere a liberdade para a escolha do plano de saúde que melhor atenda às necessidades do beneficiário e a de seus dependentes.

### **4. DA VIGÊNCIA E DO REAJUSTE**

4.1. Com vistas a garantir melhores condições para aquisição dos serviços, o Termo de Credenciamento terá vigência de 60 (sessenta) meses, contados a partir de, no máximo, 90 (noventa) dias da data de sua assinatura podendo ser prorrogado, em caráter excepcional, com vantagens para os servidores, por até 12 (doze) meses, conforme o disposto no § 4º do art. 57 da Lei nº 8.666/1993.

4.2. Os critérios de reajuste anual para os serviços em contratação obedecerão à legislação em vigor, podendo estar adstrito à variação dos custos médicos e hospitalares e outras despesas operacionais da operadora, bem como à taxa de sinistralidade, se o percentual apurado for superior a 70% (setenta por cento), visando à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro deste Termo de Credenciamento.

4.3. Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto com o Município, por intermédio da Secretaria Municipal de Gestão, tendo como parâmetro o Índice do acumulado do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) nos últimos 12 meses, conforme estabelecido na Lei Municipal nº 7.186/2006.

## 5. DETALHAMENTO DO OBJETO

O credenciamento das Operadoras de Planos de Saúde e Odontológico proposto deverá atender aos requisitos abaixo descritos:

### 5.1. DOS BENEFICIÁRIOS:

5.1.1. Como titulares, sem limite de idade:

- 5.1.1.1. Servidor público ativo e inativo investido em cargo público de provimento efetivo, até mesmo os cedidos para outras esferas desde que no convênio de cooperação técnica esteja estabelecido que a PMS enviará fatura para ressarcimento com demonstrativos das despesas, inclusive benefícios devidos ao servidor;
- 5.1.1.2. Servidor público investido em cargo de provimento em comissão;
- 5.1.1.3. Membros de Conselhos Tutelares;
- 5.1.1.4. Empregados públicos;
- 5.1.1.5. Servidor público contratado temporariamente pelo Regime Especial de Direito Administrativo;
- 5.1.1.6. Pensionistas (*sub judice*);
- 5.1.1.7. Agentes políticos do Poder Executivo.

5.1.2. Como dependentes legais dos titulares, observadas as condições estabelecidas na Lei Complementar nº 050/2010:

- 5.1.2.1. O cônjuge ou companheiro (a), compreendendo as uniões homoafetivas;
- 5.1.2.2. Filho não emancipado, menores de 21 (vinte e um) anos;
- 5.1.2.3. Filho inválido;
- 5.1.2.4. Filho maior de 21 (vinte e um) anos e menor de 35 (trinta e cinco), na condição de agregado, desde que não preencha os requisitos para ser beneficiário titular, conforme regulamento a ser editado pela Lei Complementar nº 76/2020.
- 5.1.2.5. Os pais do beneficiário titular, na condição de agregado, desde que comprovada dependência econômica do servidor, conforme regulamento a ser editado pela Lei Complementar nº 7/2019.

5.1.3. Caberá a PMS a comprovação e validação da condição de filho maior inválido.

5.1.4. O plano de assistência médica e/ou odontológica do beneficiário, na condição de agregado, será custeado integralmente pelo beneficiário titular.

### 5.2. DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

5.2.1. A inclusão e a exclusão do servidor e de seus dependentes serão facultativas e far-se-á a pedido do servidor, mediante manifestação expressa junto à Secretaria de Gestão, que informará, até o dia 10 (dez) de cada mês, as movimentações a serem implementadas no mês subsequente.

5.2.2. Excepcionalmente, quando se tratar de servidor que esteja na condição de beneficiário de plano de saúde e/ou odontológico de operadora credenciada anteriormente:

- A) Na hipótese de só uma operadora de plano de saúde e/ou só uma operadora de plano odontológico ser credenciada, os servidores serão incluídos automaticamente na nova operadora. Para a sua exclusão e/ou dos seus dependentes do plano, os servidores disporão do prazo de 60 (sessenta) dias contados da assinatura do Termo de Credenciamento para a solicitação.
- B) Na hipótese de duas ou mais operadoras de planos de saúde e/ou duas ou mais operadoras de plano odontológico se credenciarem, os servidores disporão do prazo de 60 (sessenta) dias contados da assinatura do Termo de Credenciamento para formalizarem a sua opção de escolha entre as credenciadas, ficando isentos de carência, para usufruírem dos serviços contratados. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas neste Termo de Referência.

5.2.3. Quando se tratar de servidor que não esteja na condição de beneficiário de plano de saúde e/ou odontológico de operadora credenciada anteriormente, estes disporão do prazo de 30 (trinta) dias contados da assinatura do Termo de Credenciamento para formalizarem a sua adesão, ficando isentos de carência, para usufruírem dos serviços contratados. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas neste Termo de Referência.

5.2.4. Os servidores que ingressarem no Município após a assinatura do Termo de Credenciamento, disporão do prazo de 60 (sessenta) dias ininterruptos, contados da data do 1º (primeiro) contracheque gerado, para solicitarem a sua adesão e dos seus dependentes, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas neste Termo de Referência.

5.2.5. Os servidores ativos, incluídos no plano de assistência médico-hospitalar, não serão excluídos ao passarem à inatividade, salvo se solicitarem expressamente a sua exclusão, o que implicará exclusão também dos seus dependentes.

5.2.6. Os dependentes que adquirirem essa condição após a inclusão do servidor titular, terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, após o fato gerador, para serem incluídos no plano de assistência médico-hospitalar/odontológica, sob pena do cumprimento das carências estabelecidas neste Termo de Referência, exceto os companheiros que, por condição de união estável preexistente, cumprirão carências integrais se não forem incluídos juntamente com o beneficiário titular que esteja sujeito à isenção dos períodos de carência.

5.2.7. É assegurada a inclusão:

5.2.7.1. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor ativo, observadas as condições estabelecidas na Lei Complementar nº 050/10, e do servidor aposentado, a isenção do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento;

5.2.7.2. Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, ativo ou aposentado, adotante.

5.2.8. Fica sujeita às carências estabelecidas neste Termo de Referência a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo servidor.

5.2.9. A vigência da cobertura assistencial para o beneficiário só terá início com o primeiro desconto em folha.

### 5.3. DA EXCLUSÃO

5.3.1. A exclusão do servidor e/ou seus dependentes se dará por:

5.3.1.1. Cancelamento voluntário pelo servidor, mediante assinatura do Termo de solicitação de exclusão ou solicitação através de processo administrativo;

5.3.1.2. Exoneração ou demissão;

5.3.1.3. Cassação de aposentadoria ou disponibilidade;

5.3.1.4. Falecimento;

5.3.1.5. Quando deixar de atender às condições de dependência estabelecidas na Lei Complementar nº 050/2010;

5.3.1.6. Fraude;

5.3.1.7. Inadimplência;

5.3.1.8. Outros casos apurados mediante processo administrativo.

5.3.2. A exclusão do titular e demais beneficiários a ele vinculados pelos motivos apontados nos itens 5.3.1.2. a 5.3.1.4 dar-se-á pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão definitiva de seus vencimentos, a partir da comunicação pelos seus dependentes e/ou representante legal, pela área responsável pela gestão de pessoas do órgão ao qual está vinculado e/ou após a publicação do ato oficial que estabelecer, quando couber:

5.3.3. A exclusão do titular e demais beneficiários a ele vinculados pelo motivo apontado no item 5.3.1.7 se dará conforme Instrução Normativa expedida pela SEMGE.

5.3.4. A exclusão do servidor implicará a exclusão de todos os seus dependentes.

5.3.5. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do beneficiário será de responsabilidade exclusiva da Operadora Credenciada.

5.3.6. É de responsabilidade do servidor solicitar, formalmente, à Secretaria Municipal de Gestão, por intermédio de instrumento próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência por divórcio, separação judicial, dissolução da união estável e óbito, quando lhe será cobrado o pagamento da mensalidade até a data da comunicação do evento.

5.3.7. A solicitação de movimentação (inclusão, exclusão ou alteração) de beneficiários no plano de assistência à saúde e/ou odontológico para a Operadora deverá atender o cronograma abaixo para fins de cobertura assistencial:

<b>Período de Movimentação</b>	<b>Vigência da movimentação</b>
1º ao 10º dia	A partir do 1º dia do mês subsequente
11º ao 30º dia	A partir do 1º dia do 2º mês subsequente

5.3.7.1. A vigência da cobertura assistencial poderá ser objeto de negociação entre a área responsável pela gestão do plano na Prefeitura Municipal do Salvador e a (s) Operadora (s), desde que não acarrete prejuízo aos beneficiários.

5.3.8. Na hipótese de falecimento do titular ou dependente, a cobrança da mensalidade será efetuada de forma proporcional até o dia do comunicado do evento.

5.3.9. O servidor excluído será responsável pela devolução imediata de sua identificação, bem como da de seus dependentes, à Operadora Credenciada, nas hipóteses em que forem emitidas carteiras físicas dos planos contratados, sob pena de ser responsabilizado pelo custeio integral de eventuais procedimentos realizados.

5.3.10. O não cumprimento das exigências estabelecidas no subitem 5.3.9 submeterá o servidor ao pagamento do valor integral cobrado pela Operadora Credenciada, no plano aderido.

5.3.11. É assegurado, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei Federal 9.656/1998 e da Resolução CONSU de nº. 20/1999, manter a condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo funcional, desde que assumam integralmente o respectivo custeio e estejam plenamente enquadrados nas disposições legais.

5.3.12. A situação exposta no subitem 5.3.11 é extensiva a todos os dependentes inscritos quando da vigência do vínculo funcional, nos termos da lei.

5.3.13. No caso de licença sem remuneração, o servidor ativo será excluído, juntamente com os demais beneficiários a ele vinculados, do plano de assistência médica/odontológica, salvo disposição em contrário e mediante regulamentação.

5.3.14. No caso de suspensão temporária de remuneração ou proventos, do servidor ativo ou aposentado, a cobrança dos valores devidos para com o plano de saúde e odontológico se dará conforme regulamentação.

5.3.15. Caberá ao servidor entregar à SEMGE os documentos necessários para a exclusão de que trata o subitem 5.3.2, obedecendo os prazos de movimentação previstos neste termo.

5.3.16. A não observância do item anterior desobriga a Credenciada de efetuar a exclusão nos prazos previstos, devendo o servidor arcar com os valores devidos.

5.3.17. Quando houver mudança na faixa etária do beneficiário e/ou seus dependentes que implique aumento na mensalidade, a majoração vigorará a partir do mês subsequente ao da data de aniversário.

#### **5.4. IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS**

5.4.1. Os beneficiários (titulares, dependentes) receberão gratuitamente 1ª via da carteira de identificação personalizada a ser fornecida pela Operadora Credenciada que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos previstos expressamente neste termo, limitadas ao Rol de Procedimentos da ANS.

5.4.2. Em caso de extravio da carteira de identificação, exceto por roubo, furto, incêndio ou enchente, devidamente comprovados, o custo da emissão de nova carteira, quando houver, será assumido integralmente pelo beneficiário junto à credenciada.

5.4.3. Em caso de extravio da carteira de identificação, o beneficiário se exime da responsabilidade de ressarcir os prejuízos causados, após a comunicação formal do evento à Operadora Credenciada.

5.4.4. Quaisquer prejuízos causados pelo uso indevido da carteira de identificação durante o período em que permanecer cadastrado e após a vigência de sua exclusão serão única e exclusivamente do beneficiário, inclusive por utilizações de procedimentos não cobertos, demandados judicial ou administrativamente, o qual ressarcirá à credenciada por meio do Município.

5.4.5. O número estimado de vidas da Prefeitura Municipal do Salvador, incluindo os dependentes, segue detalhado abaixo:

5.4.5.1. A modalidade do plano é por adesão voluntária.

5.4.5.2. O cálculo do quantitativo de vidas considera o quadro total dos servidores do Município, acrescido de seus dependentes, distribuído, por sexo e faixa etária. No lote 01 foi excluído o quadro de servidores das autarquias que dispõem de planos próprios.



**Lote 01** Credenciamento de Pessoa Jurídicas para atuação como Operadora (s) de Planos de Saúde, na modalidade coletivo empresarial.

FAIXA ETÁRIA		SERVIDORES,		SERVIDOR PÚBLICO		MEMBROS DE		EMPREGADOS		SERVIDOR PÚBLICO		DEPENDENTES		TOTAL		TOTAL
INICIAL	FINAL	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	
0	18	45	53	1								4.136	4.225	4.182	4.278	8.460
19	23	30	21	17	9							1.379	1.466	1.426	1.496	2.922
24	28	30	60	43	45	1				43	139	1.471	1.403	1.588	1.647	3.235
29	33	101	249	67	84	1	7			112	309	1.362	1.235	1.643	1.884	3.527
34	38	407	1.164	102	120	9	15			131	517	1.598	1.436	2.247	3.252	5.499
39	43	812	2.100	105	166	7	20	3		139	741	1.414	1.129	2.480	4.156	6.636
44	48	868	2.797	132	125	7	15	2	2	111	590	778	564	1.898	4.093	5.991
49	53	744	2.753	82	76	5	13	19	5	98	514	480	414	1.428	3.775	5.203
54	58	749	2.418	61	60	1	10	93	24	61	474	456	409	1.421	3.395	4.816
Acima de 59 anos		2.965	9.819	110	66	1	5	251	93	61	293	2.193	1.680	5.581	11.956	17.537
TOTALS		6.751	21.434	720	751	32	85	368	124	756	3.577	15.267	13.961	23.894	39.932	63.826

TOTAIS SERVIDORES	34.598
TOTAIS DEPENDENTES	29.228
TOTAIS	63.826

**Lote 02** Credenciamento de Pessoa Jurídicas para atuação como Operadora (s) de Plano Odontológicos, na modalidade coletivo empresarial.

FAIXA ETÁRIA		SERVIDORES, APOSENTADOS E PENSIONISTAS		SERVIDOR PÚBLICO EM CARGO DE PROVIMENTO EM COMISSÃO		MEMBROS DE CONSELHOS TUTELARES		EMPREGADOS PÚBLICOS		SERVIDOR PÚBLICO CONTRATO TEMPORARIAMENTE PELO REDA		DEPENDENTES		TOTAL		TOTAL
INICIAL	FINAL	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	
0	18	47	56	1								4.776	4.815	4.824	4.871	9.695
19	23	31	18	17	10							1.547	1.658	1.595	1.686	3.281
24	28	65	77	46	46	1				45	143	1.621	1.598	1.778	1.864	3.642
29	33	176	284	73	90	1	8			117	313	1.510	1.469	1.877	2.164	4.041
34	38	680	1.258	101	120	9	14			130	524	1.749	1.774	2.669	3.690	6.359
39	43	1.220	2.179	115	174	7	20	3		140	757	1.474	1.400	2.959	4.530	7.489
44	48	1.303	2.859	137	128	7	15	2	3	111	568	747	761	2.307	4.334	6.641
49	53	1.033	2.792	82	77	5	14	21	5	97	521	482	562	1.720	3.971	5.691
54	58	967	2.470	61	62	1	10	98	23	60	475	459	518	1.646	3.558	5.204
Acima de 59 anos		3.369	9.926	116	69	1	4	244	93	61	274	2.197	1.844	5.988	12.210	18.198
TOTALS		8.891	21.919	749	776	32	85	368	124	761	3.575	16.562	16.399	27.363	42.878	70.241

TOTAIS SERVIDORES	37.280
TOTAIS DEPENDENTES	32.961
TOTAIS	70.241

## 5.5. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS OFERTADOS

### 5.5.1. Modalidades dos serviços:

5.5.1.1. Plano básico de saúde para beneficiários titular e dependentes: A Operadora de Planos de Saúde deverá oferecer planos de assistência médica, objetivando a prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterapia, psicológica, nutricional, farmacêutica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria e/ou apartamento, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, limitados ao Rol de Procedimentos da ANS, com cobertura mínima no município de Salvador para atendimentos eletivos e com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, observadas as condições estabelecidas na Lei Federal nº 9.656/1998.

5.5.1.2 O plano de saúde para beneficiários e titulares está dividido em duas formas de acomodação, que são enfermaria e/ou apartamento. Na primeira opção o plano oferta todos os serviços previstos e o internamento ocorre na modalidade enfermaria de, no máximo, 4 (quatro) leitos. Na segunda opção o plano oferta todos os serviços previstos e o internamento ocorre na modalidade apartamento individual e banheiro privativo, com direito a acompanhante.

5.5.1.3. Plano Odontológico: Cobertura de assistência odontológica – compreendendo todos os procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela Agência Nacional de Saúde, dividido em Básico, Intermediário e Premium, e cada um com sua cobertura específica dentro desse rol.

5.5.1.4 O plano odontológico básico tem as seguintes coberturas: Consultas, Urgência 24 horas, Radiografias (Panorâmica, Periapical, Interproximal e oclusal), Prevenção (limpeza, flúor, orientação preventiva), Dentística (restaurações em resina, amálgama e ionômetro de vidro), Endodontia (tratamento e retratamento de canal), Cirurgia (extrações de dentes, inclusive siso), Odontopediatria, Periodontia (tratamento de gengiva, inclusive raspagens), Prótese (coroa provisória, coroa total metálica, núcleo metálico fundido, e coroa de cerômero para dentes anteriores), Enxerto gengival.

5.5.1.5 O plano odontológico Intermediário tem as seguintes coberturas: Documentação ortodôntica básica, Documentação odontológica em mídia digital, Modelos de trabalho e ortodônticos, Discrepância de modelos, Fotografia, Mantenedor de espaço fixo, Traçado cefalométrico, Telerradiografia com traçado cefalométrico, Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila com traçado cefalométrico, Clareamento convencional (caseiro gel + placas), Instalação de aparelho (fixo metálico ou móvel), mensalidade da manutenção, Grade palatina removível, Aparelhos acessórios, além dos procedimentos descritos no plano básico.

5.5.1.6 O plano Premium tem as seguintes coberturas: Prótese total, Prótese removível, Prótese adesiva, Prótese fixa, Placa de acetato para clareamento caseiro, Coroa total metalo cerâmica sobre implante, Enxerto com osso liofilizado, Clareamento a laser, além dos procedimentos descritos no plano básico e intermediário.

5.5.2. Os planos deverão ser oferecidos nas modalidades sem coparticipação.

5.5.3. Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios de assistência médica:

5.5.3.1. Para os usuários inscritos dentro dos prazos estabelecidos na forma descrita nos subitens 5.2.2, 5.2.3, 5.2.4, 5.2.6 e 5.2.7;

5.5.3.2. Em situações de urgência ou emergência decorrentes de acidentes pessoais e de complicações do processo gestacional, obedecidas as previsões regulatórias, desde que ocorram após vigência do contrato firmado e da adesão pelo beneficiário junto a Operadora;

5.5.4. Para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos estabelecidos nos subitens 5.2.2, 5.2.3, 5.2.4, 5.2.6 e 5.2.7, deverão ser cumpridas, no máximo, as seguintes carências para utilização dos benefícios de assistência médica, específicas para os serviços:

5.5.4.1. 24 horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência decorrentes de acidentes pessoais e/ou complicações do processo gestacional, conforme a previsão regulatória vigente;

5.5.4.2. 30 (trinta) dias para consultas ambulatoriais e exames clínicos e patológicos;

5.5.4.3. 90 (noventa) dias para exames de rotina;

5.5.4.4. 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias ambulatoriais, internações hospitalares, clínicas e cirúrgicas, exames de alta complexidade e tratamentos ou procedimentos de maior complexidade;

5.5.4.5. 300 (trezentos) dias para parto a termo.

5.5.4.6. para os beneficiários inscritos nas condições previstas no item 5.5.5., a operadora também poderá imputar cláusula de Cobertura Parcial Temporária, para Doenças e Lesões Preexistentes que o beneficiário ou seu responsável tenha conhecimento prévio, pelo período máximo de 24 (vinte e quatro) meses, limitadas às condições previstas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

5.5.4.7 A solicitação de mudança do plano de saúde, da modalidade enfermagem para apartamento, deverá cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias, para que o mesmo seja utilizado.

5.5.5. Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência o servidor em licença sem remuneração, quando solicitar sua inscrição, e as dos seus dependentes, no prazo de 30 (trinta) dias contados da data do primeiro desconto no contracheque, após seu retorno.

5.5.6. Modalidades dos serviços odontológicos:

5.5.6.1. Plano Básico, intermediário ou Premium, para Titulares e Dependentes: a Operadora deverá apresentar proposta para cobertura, com abrangência eletiva mínima no Município de Salvador e urgência e emergência em todo o território nacional, dos serviços especificados neste Termo de Referência de urgência/emergência para os titulares e dependentes.

5.5.7. Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios de assistência odontológica:

5.5.7.1. Para usuários inscritos dentro dos prazos estabelecidos na forma descrita nos subitens 5.2.2, 5.2.3, 5.2.4, 5.2.6 e 5.2.7;

5.5.7.2. Situações de urgência ou emergência, desde que ocorram após o 1º (primeiro) desconto em contracheque;

5.5.7.3. Consultas odontológicas.

5.5.8. Para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos estabelecidos nos subitens 5.2.2, 5.2.3, 5.2.4, 5.2.6, 5.2.7 e 5.2.8, deverão ser cumpridas, no máximo, as seguintes carências para utilização dos benefícios de assistência odontológica, específicas para os serviços:

5.5.8.1. 24 (vinte e quatro) horas – atendimento de emergência;

5.5.8.2. 60 (sessenta) dias para assistência preventiva;

5.5.8.3. 90 (noventa) dias para dentística restauradora e odontopediatria;

5.5.8.4. 120 (cento e vinte) dias para cirurgia oral menor;

5.5.8.5. 180 (cento e oitenta) dias - Endodontia e Periodontia

5.5.9. A solicitação de mudança do plano de saúde, da modalidade básica para intermediária, ou da intermediária para Premium, deverá cumprir carência de 60 (sessenta) dias, para que o mesmo seja utilizado.

5.5.10. Ações de Prevenção a Saúde: A operadora de plano de saúde ofertará aos servidores e dependentes, ações de conscientização e prevenção na área da saúde em geral, com a implementação de encontros, palestras, feiras, e diversos outros serviços nesse sentido:

5.5.10.1. Ações na SEMGE e itinerantes nos órgãos e entidades da Prefeitura Municipal de Salvador;

5.5.10.2. Prevenção e cuidado em questões como a obesidade, álcool e drogas;

5.5.10.3. Ações de combate ao tabagismo e sedentarismo;

5.5.10.4. Promoção à saúde da mulher e do homem;

5.5.10.5. Promoção e cuidado com a saúde mental;

5.5.10.6. Promoção e cuidado com a saúde bucal;

5.5.10.7. Demais ações que forem desenvolvidas;

## **5.6. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

### **5.6.1. COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS NOS PLANOS MÉDICOS**

5.6.1.1. A Operadora cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, e atendimentos obstétricos, limitados expressamente ao previsto no Rol de Procedimentos da ANS vigente e futuras alterações.

5.6.1.2. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços, sem prejuízo do disposto no item 5.6.1:

5.6.1.2.1. consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

5.6.1.2.2. apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

5.6.1.2.3. atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas, durante a carência para o plano médico hospitalar;

5.6.1.3. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como emergência, urgência, e de planejamento familiar, e inclui, sem prejuízo do disposto no item 5.6.1:

5.6.1.3.1. internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

5.6.1.3.2. internação hospitalar em centro de terapia intensiva, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

5.6.1.3.3. diária de internação hospitalar;

5.6.1.3.4. despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

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

5.6.1.3.6. taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;

5.6.1.3.7. acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;

5.6.1.3.8. cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;

5.6.1.3.9. cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

5.6.1.3.10. órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

5.6.1.3.11. procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

5.6.1.3.12. assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;

5.6.1.3.13. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

5.6.1.3.14. Cobertura de transplantes de córnea e rim bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

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

5.6.1.3.15. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

5.6.1.3.16. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela Operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da Operadora.

5.6.1.3.17. É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas consequências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.

5.6.2. Não será devido, pela Operadora Credenciada, qualquer custeio de internações domiciliares, como também de procedimentos não previstos EXPRESSAMENTE no Rol de Procedimentos da ANS, que deverão, caso necessários, serem custeados integralmente pelo servidor, podendo o município descontar do mesmo, caso haja cobrança.

### **5.6.3. COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS NOS PLANOS ODONTOLÓGICOS**

5.6.3.1. O Plano Odontológico compreende exclusivamente a cobertura dos procedimentos listados no Resolução Normativa 428 de 07/11/2017 e demais Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para a segmentação odontológica.

5.6.3.2. Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitarem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar e plano-referência.

5.6.3.3. Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Anexo da Odontológico compreende exclusivamente a cobertura dos procedimentos listados no Resolução Normativa 428 de 07/11/2017 e demais Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos.

## **5.7. EXCLUSÕES DE COBERTURA**

5.7.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei Federal nº 9.656/1998 e nas resoluções do CONSU, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei, sendo excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de:

- 5.7.1.1. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 5.7.1.2. atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- 5.7.1.3. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- 5.7.1.4. cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- 5.7.1.5. inseminação artificial;
- 5.7.1.6. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 5.7.1.7. tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos, mesmo quando previstos por médico;
- 5.7.1.8. transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
- 5.7.1.9. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 5.7.1.10. fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- 5.7.1.11. fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado, bem como de marca/modelo específico;
- 5.7.1.12. tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 5.7.1.13. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 5.7.1.14. aplicação de vacinas preventivas;
- 5.7.1.15. necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 5.7.1.16. aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- 5.7.1.17. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 5.7.1.18. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e
- 5.7.1.19. consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

## **5.8. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

5.8.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

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

5.8.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, desde que ocorram após o 1º (primeiro) desconto em contracheque, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

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

5.8.3.2. Caberá a Operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde-SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando a continuidade do atendimento.

5.8.4. Para os serviços odontológicos, considera-se atendimento de Emergência todo atendimento que não configure passo intermediário e/ou final de tratamento.

5.8.5. O ônus decorrente de falta à consulta odontológica será de responsabilidade exclusiva do usuário.

5.8.6. São considerados procedimentos de emergência odontológica:

- a) Sedação da dor;
- b) Curativo pós-operatórios;
- c) Hemorragia;
- d) Sutura;
- e) Pulpotomia;
- f) Pulpectomia;
- g) Drenagem de abscesso via intra-oral ou extra-oral;
- h) Alveolite;
- i) Recolocação de prótese;
- j) Exodontia simples.

## 5.9. REEMBOLSO DE DESPESAS

5.9.1. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos de urgência/emergência prestados em território nacional, ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela operadora, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, sempre que:

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

5.9.1.2. Houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

5.9.2. O reembolso dos procedimentos realizados fora da área de abrangência do plano não será devido.

5.9.3. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da Operadora, vigente à data do contrato realizado, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original abaixo elencados, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

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

5.9.3.2. recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

5.9.3.4. laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

5.9.4. Para fins de reembolso, os beneficiários deverão apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados da data do evento de seu contrato, sob pena de perder o direito ao reembolso.

5.9.5. Fica expressamente vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela de remuneração adotada.

## 5.10. REMOÇÃO

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

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

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

5.10.2.2. A Operadora deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

## **5.11. MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

5.11.1. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos e odontólogos ou instituições relacionadas na rede de serviço da operadora e, de acordo com o plano subscrito por ele, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou credenciada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à Operadora efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

5.11.2. No ato do atendimento o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da Operadora do plano de saúde.

5.11.3. A Operadora poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato, devendo dar publicidade destes mecanismos a seus segurados.

5.11.4. Nos casos em que a Operadora estabelecer autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de dois dias úteis, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

5.11.5. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, contadas da formalização do processo.

5.11.5.1. A junta médica será constituída por três membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da Operadora, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

5.11.6. A Operadora reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei Federal nº 9.656/1998.

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

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

5.11.6.3. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS e comunicação ao beneficiário Município contratante, no prazo mínimo de 30 dias de antecedência, o descredenciamento de qualquer estabelecimento hospitalar, salvo nos casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

5.11.7. Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, este deverá arcar com a diferença de preço diretamente ao prestador.

5.11.8. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

5.11.9. A Operadora não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado podendo, caso seja compelida a arcar com o pagamento, inclusive por decisão judicial, cobrar integralmente do beneficiário, inclusive por intermédio Contratante.

## **5.12. REDE CREDENCIADA**

5.12.1. Para o Plano de Saúde, as Operadoras deverão oferecer rede credenciada Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do plano, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos).

5.12.2. Para Plano Odontológico, as Operadoras deverão oferecer rede credenciada de Assistência Odontológica (Consultórios, Clínicas, Dentistas e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do plano, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos).

5.12.3. As Operadoras de Plano de Saúde e/ou Assistência Odontológica deverão ter rede credenciada na Grande Salvador/Ba.

### **5.13. DISPOSIÇÕES GERAIS**

5.13.1. Serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as infecto-contagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e suas complicações.

5.13.2. A Operadora Credenciada deverá possuir, na data de assinatura do contrato, um serviço de atendimento ao cliente (SAC), via discagem direta gratuita (DDG) disponível 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários, bem como sítio eletrônico.

5.13.3. As exclusões de usuários do plano de assistência médico-hospitalar serão, tempestivamente, comunicadas pela Secretaria Municipal de Gestão à Operadora Credenciada. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade da Operadora.

5.13.4. A Secretaria Municipal de Gestão realizará previamente os descontos da parcela cabível dos valores dos planos dos beneficiários através da consignação em folha de pagamento e repassará à Operadora Credenciada até o 15º (décimo quinto) dia do mês da efetiva prestação dos serviços.

5.13.5. Sempre que solicitado, a Operadora Credenciada deverá apresentar à Secretaria Municipal de Gestão relatórios gerenciais com informações dos principais tipos de uso, evolução da sinistralidade, inclusões, mudanças e exclusões do plano.

5.13.6. Ficam facultados aos servidores integrantes de entidades da Administração Municipal que possuam planos de saúde contratados para o seu quadro funcional a adesão a essa modalidade de assistência à saúde, oportunidade em que farão jus ao custeio previsto na legislação vigente.

### **5.14. REFERÊNCIA NORMATIVA**

5.14.1. A contratação dos serviços de assistência médico-hospitalar será regida por:

- 5.14.1.1. Constituição Federal, de 05/10/1988;
- 5.14.1.2. Lei Federal nº 8.666, de 21/06/1993, e alterações posteriores;
- 5.14.1.3. Lei Federal nº 9.656, de 03/06/1998, e alterações posteriores;
- 5.14.1.4. Lei Federal nº 6.839, de 30/10/1980;
- 5.14.1.5. Lei Municipal nº 7.186/2006 de 27 de dezembro de 2006;
- 5.14.1.6. Lei Federal nº 8.078, de 11/09/1990, e alterações posteriores;
- 5.14.1.7. Lei Complementar Municipal nº 01, de 15/03/1991, e alterações posteriores;
- 5.14.1.8. Lei Complementar Municipal nº 50, de 18/03/2010, e alterações posteriores;
- 5.14.1.9. Resolução Normativa - Resolução Normativa 428 de 07/11/2017;  
Resolução Normativa - Resolução Normativa 173 de 10/07/2008;
- 5.14.1.10. Normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e do Conselho de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde; e legislação complementar.

### **6. DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA**

6.1. Os serviços deverão abranger, no mínimo, os itens descritos no item 5 deste termo, onde consta o detalhamento do objeto.

6.2. Constituem-se obrigações da Operadora:

6.2.1. Manter um posto de atendimento nas instalações na sede do Município no período de 8:00h às 12:00h ou de 13:00h às 17:00h, de segunda-feira a sexta-feira, sem ônus para o Município, durante os primeiros 60 (sessenta) dias de contrato, a fim de auxiliar nos procedimentos relativos ao cadastramento de beneficiários e outros que sejam necessários, podendo ser prorrogado por mais 30 (trinta) dias comprovada a necessidade do serviço.

6.2.2. Fornecer ao beneficiário do Município, sem qualquer custo adicional, carteira de identificação para cada beneficiário, com prazo de validade igual ao da duração do contrato, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contados a partir da data de vigência do atendimento.

6.2.2.1. Garantir ao beneficiário do Município a prestação dos serviços contratados sem o uso da carteira de identificação, após o início da vigência do atendimento, caso ainda não tenha sido entregue o cartão de identificação.



6.2.2.2. Garantir ao beneficiário demitido e/ou exonerado as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência de seu contrato de trabalho, assumindo estes o valor integral do plano, sendo o pagamento efetuado diretamente à operadora de plano de saúde, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei Federal 9.656/1998 e da Resolução CONSU de nº. 20/1999.

6.2.3. As carteiras de identificação de que trata o item 6.2.2, ficarão sob a guarda da CGB/SEMGE para entrega a unidade de lotação do servidor e para tanto, deverão ser encaminhadas pela operadora em envelope individual contendo nome do servidor e sua unidade de lotação na PMS, conforme informado na adesão.

6.2.3.1. Os envelopes deverão estar organizados por Órgão/Entidade de lotação e os nomes dos titulares em ordem alfabética.

6.2.3.2. As carteiras dos dependentes deverão vir no mesmo envelope do titular. Exceto adesões posteriores.

6.2.4. Designar um funcionário responsável pelo relacionamento com o Município, disponibilizando equipamento e/ou material que se fizer necessário para o desempenho das atividades deste.

6.2.5. Enviar, até o último dia útil anterior ao mês de referência, Relação Mensal Detalhada, conforme Layout Arquivo Utilização do Plano de Saúde/Odontológico, anexo VII e Layout Arquivo Fatura do Plano de Saúde/Odontológico, e Layout Mudança de Faixa Etária, anexo VIII, de forma impressa e por meio eletrônico, em arquivo tipo planilha Excel, formato CSV, ou outro a ser definido, a fim de permitir a comunicação com o Sistema da PMS.

6.2.6. Disponibilizar a comunicação do sistema da PMS com o sistema da Operadora, por meio de *Web Service*.

6.2.7. Promover a periódica atualização de página web quanto à rede credenciada, relação dos profissionais e entidades prestadoras dos serviços credenciados;

6.2.8. Comunicar ao Município a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato;

6.2.9. Incluir beneficiários na condição de titulares, dependentes, considerando as distinções de tabelas de preços, para o plano para titulares/dependentes, conforme informado pela Secretaria Municipal de Gestão.

6.2.10. Manter rede credenciada ativa, durante a vigência do Termo de Credenciamento, em quantidades iguais ou superiores de estabelecimentos e profissionais constantes da rede credenciada informada quando da contratação, avisando tempestivamente eventuais alterações, respeitando-se o padrão de qualidade dos estabelecimentos e serviços oferecidos;

6.2.11. Manter, durante toda execução do Acordo, compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento;

6.2.12. Garantir dois ou mais serviços de pronto-atendimento em funcionamento durante 24 horas diárias, inclusive aos sábados, domingos e feriados, na Grande Salvador/Ba;

6.2.13. Assumir plena responsabilidade legal, administrativa e técnica pela execução e qualidade dos serviços;

6.2.14. Disponibilizar os equipamentos e/ou infraestrutura necessários para prestação dos serviços relacionados;

6.2.15. Providenciar a imediata correção das deficiências nos serviços contratados, comunicadas pelos beneficiários do Município e/ou pela área responsável pela gestão de benefícios da PMS;

6.2.16. Responder pelas despesas de encargos trabalhistas, previdenciárias, fiscais e comerciais, decorrentes da execução do Termo de Credenciamento;

6.2.17. Manter controle dos dependentes da categoria filhos, que perderão a condição de dependentes ao completarem 21 anos, conforme definido pela Lei Complementar Municipal nº 050/2010 e alterado pela Lei Complementar Municipal nº 065/2017, notificando o Município com 30 dias de antecedência à exclusão.

6.2.18. Notificar ao Município com 30 dias de antecedência, utilizando o Layout Arquivo Mudança de Faixa Etária do Plano de Saúde/Odontológico, anexo VIII, os beneficiários que sofrerão reajuste por mudança de faixa etária.

6.2.19. A Operadora Credenciada deverá possuir, na data de assinatura do contrato, de serviço de atendimento ao cliente (SAC), através de discagem direta gratuita (DDG) para atendimento remoto (0800 e/ou via internet) disponível 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários;

6.2.20. Assegurar aos beneficiários a autorização para procedimentos de forma ágil através de e-mail, telefone ou internet/senha eletrônica, fax ou presencial.

6.2.20.1. As autorizações ou justificativas dos indeferimentos das mesmas deverão obedecer aos prazos legais.

6.2.21. Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços e, na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços de forma a evitar a descontinuidade do atendimento aos usuários.

6.2.22. Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como, indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados para a prestação dos serviços de assistência à saúde.

6.2.23. Manter, enquanto durar o ajuste, todas as condições que ensejaram o credenciamento da instituição, particularmente ao que se refere à atualização de documentos e as condições exigidas por ocasião da realização de inspeções.

6.2.24. Comunicar o gestor deste instrumento, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços, bem como a mudança de endereço de suas instalações físicas.

6.2.25. Garantir o cumprimento das disposições das normas vigentes, bem como a disponibilização da rede de prestadores.

6.2.26. Fornecer gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde/odontológica, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centos Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pela Operadora.

6.2.27. Sempre que solicitado, a Operadora Credenciada deverá apresentar relatórios gerenciais com informações dos principais tipos de uso, evolução da sinistralidade, inclusões, mudanças e exclusões do plano.

6.2.28. A Operadora Credenciada deverá sanar toda e qualquer inconsistência na movimentação de beneficiários em até 48 horas úteis após ter sido formalmente comunicada.

6.2.29. A Operadora Credenciada, quando questionada a respeito do Termo de Credenciamento, esta deverá responder, impreterivelmente, em 05 dias úteis, sob pena de advertência.

6.2.30. Disponibilizar, equipamentos de autoatendimento computadorizados (totens e/ou aplicativo), em todos os locais onde a contratada disponibilizar atendimento eletivo às especialidades básicas de Clínica Médica e Pediatria, que possibilitem o acesso online à marcação de consultas e exames, no mínimo nas especialidades de Pediatria, Clínica Médica e Ginecologia, além de consulta a rede de prestadores devidamente atualizada, bem como a possibilidade de impressão de resultados de exames de rotina.

## **7. DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO**

7.1. Permitir o acesso dos profissionais da Operadora Credenciada às dependências das Secretarias, para orientar e explicar aos beneficiários sobre os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Credenciamento;

7.2. Permitir à Operadora Credenciada a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários do Município, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

7.3. Prestar as informações e esclarecimentos que venham a ser solicitados pela Operadora Credenciada;

7.4. Efetuar o cadastramento dos dependentes, responsabilizando-se civil, penal e administrativamente pelo fornecimento de dados falsos.

7.5. Efetuar consignação no contracheque do beneficiário titular da parcela relativa à sua contribuição para o plano de saúde, que será pago à Operadora, juntamente com a parcela cabível à Administração, sempre até o 15º (décimo quinto) dia do mês da efetiva prestação dos serviços (pré-pagamento), quanto aos beneficiários do Município adeptos ao contrato de plano de saúde e/ou odontológico.

7.6. Atualizar mensalmente, junto à Operadora, as informações sobre os beneficiários que deixarem de possuir direito ao atendimento médico prestado, ficando resguardado, contudo, o atendimento até o último dia da cobertura cujo pagamento já tenha sido realizado;

7.7. Comunicar à Operadora Credenciada a exclusão de beneficiários em virtude de óbito, separação, divórcio, mudança de estado civil, retorno ao órgão ou entidade de origem, maioridade do filho (a) e mudança de país;

7.8. Informar falhas e ocorrências detectadas à Operadora Credenciada com vistas à adoção das medidas que se façam necessárias;

7.9. Efetuar averiguações periódicas e adotar procedimentos objetivando a regularidade e correção da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica da Operadora Credenciada, devendo comunicar, por escrito, através de ofício ou comunicação por correio eletrônico (e-mail), toda e qualquer irregularidade observada;

7.10. Acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços, por meio de servidor designado para este fim.

## **8. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCREDENCIAMENTO**

8.1. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Credenciamento, a Operadora, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

8.1.1. Advertência por escrito;

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

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

8.1.4. Suspensão temporária do Termo de Credenciamento, por prazo não superior de um ano, justificada pela área responsável pela gestão dos benefícios ao servidor do Município;

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

8.2. As sanções previstas nos subitens 8.1.1, 8.1.2 e 8.1.3 poderão ser aplicadas concomitantemente com as dos subitens 8.1.4.e 8.1.5, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;

8.3. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no presente Edital, no Termo de Credenciamento.

## **9. DO GESTOR DO TERMO DE CREDENCIAMENTO**

9.1. Caberá a gestão do Termo de Credenciamento à Secretaria Municipal de Gestão, por intermédio de servidor designado, nos termos do art. 67 da Lei Federal nº 8.666/93.

## **10. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO DO PROCESSO**

10.1. Poderão participar do processo de credenciamento as operadoras de planos privados de assistência à saúde e odontológicos, na forma da Lei Federal nº 9.656/98, com suas alterações posteriores, com autorização de funcionamento concedida pela ANS, que forneçam toda a documentação e preencham os requisitos exigidos neste Edital e seus anexos, quando da sua inscrição.

10.2. Poderão participar do processo de credenciamento as operadoras de planos privados de assistência à saúde e odontológicos, que atingirem o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) geral, de no mínimo, 0,6.

10.2.1. O IDSS é um índice composto por um conjunto de indicadores agrupado em quatro dimensões e é calculado com base nos dados extraídos dos sistemas de informação da Agência ou coletados nos sistemas nacionais de saúde.

10.2.2. O IDSS permite a comparação entre operadoras de planos de saúde e odontológicos e apresenta indicadores que discriminam o desempenho de assistência aos beneficiários.

10.3. Considerando o quantitativo de beneficiários a serem cobertos pelos serviços previstos neste Termo, bem como a sua complexidade, em especial por tratar da saúde dos servidores municipais, não poderão participar deste credenciamento, as Operadoras:

10.3.1. Que estejam sob regime de intervenção da Agência Nacional de Saúde Suplementar, tanto por Regime Especial de Direção Técnica quanto por Regime Especial de Direção Fiscal, ou que estiverem sujeitas a esse tipo de intervenção nos últimos 12 (doze) meses, anteriores à publicação deste termo;

10.3.2. Que não estejam enquadradas como “Operadoras de Grande e Médio Porte”, conforme definição da ANS, (Operadora de Grande Porte, a que possui número de beneficiários superior a 100 mil, e Operadora de Médio Porte, a que possui número de beneficiário entre 20 mil e 100 mil) estando as informações sujeitas a verificação no sítio eletrônico da Agência ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br));

10.3.3. De “Grande e Médio Porte” que apresentem índice de reclamação superior a 50% (cinquenta por cento) do Índice Médio de Reclamação das operadoras, conforme a publicação mais atual no sítio eletrônico da ANS ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br));

10.3.4. Que tenham sofrido decretação de portabilidade especial, portabilidade extraordinária e/ou liquidação extrajudicial pela ANS;

10.3.5. Reunidas sob a forma de consórcio.

10.3.6. Estejam cumprindo penalidade de suspensão temporária imposta pelo Município, nas hipóteses previstas no art. 88 da Lei 8.666/93;

10.3.7. Declaradas inidôneas por ato da Administração Pública;

10.4. As Operadoras interessadas deverão apresentar, no mínimo, os seguintes documentos:

10.4.1. Documentação relativa à habilitação jurídica:

10.4.1.1. Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

10.4.1.2. Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;

10.4.1.3. Comprovação de registro ou autorização de funcionamento, expedido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

10.4.2. Documentação relativa à regularidade fiscal e trabalhista:

10.4.2.1. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);

10.4.2.2. Prova de inscrição no cadastro de contribuintes municipal, relativo ao domicílio ou sede do proponente, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

10.4.2.3. Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede do proponente, ou outra equivalente, na forma da lei;

10.4.2.4. Prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;

10.4.2.5. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943.

10.4.3. Documentação relativa à qualificação técnica:

10.4.3.1. Registro ou inscrição no Conselho Regional de Medicina e/ou Conselho Regional de Odontologia da sede da proponente;

10.4.3.2. Comprovação do proponente de possuir em seu quadro permanente, na data prevista para entrega da proposta, como responsável técnico, profissional de nível superior, devidamente registrado no Conselho Regional da sede da proponente

10.4.3.3. Comprovação de aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto da licitação, através de atestado (s) de capacidade técnica, comprovando que a proponente atende, com qualidade, a universo igual ou superior 28.700 (vinte e oito mil e setecentos) para beneficiários para o Lote 01 (Plano médico) e beneficiários do Lote 02 (Plano odontológico);

10.4.3.4. Indicação das instalações e do aparelhamento e do pessoal técnico adequados e disponíveis para a realização do objeto da licitação, através da listagem de prestadores disponíveis para atendimento, que atendam às exigências mínimas do Termo de Referência;

10.4.4. Documentação relativa à qualificação econômico-financeira:

10.4.4.1. Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais, quando encerrado há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta, que comprovem Índice de Liquidez Corrente e/ou Índice de Liquidez Geral iguais ou maiores que 1,0;

10.4.4.2. Certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica;

10.4.4.3. A Operadora que desejar participar do lote de assistência médica, por se tratar de execução de serviços, deverá apresentar comprovação de capital social mínimo ou de patrimônio líquido mínimo, como comprovação da qualificação econômico-financeira, em valor igual ou superior a R\$ 24.039.802,78 (vinte e quatro milhões, trinta e nove mil, oitocentos e dois reais e setenta e oito centavos), equivalente a 10% do valor estimado para contratação com base nos valores dispendidos no ano de 2018 para serviços de assistência médica, comprovado através do Balanço Patrimonial, devidamente registrado na Junta Comercial e/ou Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS do último trimestre.

10.4.4.4. A Operadora que desejar participar do lote de assistência odontológica, por se tratar de execução de serviços, deverá apresentar comprovação de capital social mínimo ou de patrimônio líquido mínimo, como comprovação da qualificação econômico-financeira, em valor igual ou superior a R\$ 1.244.108,59 (um milhão, duzentos e quarenta e quatro mil, cento e oito reais e cinquenta e nove centavos), equivalente a 10% do valor estimado para contratação com base nos valores dispendidos no ano de 2018 para serviços de assistência odontológica, comprovado através do Balanço Patrimonial, devidamente registrado na Junta Comercial e/ou Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS do último trimestre.

10.4.4.5. Cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal. (Incluído pela Lei nº 9.854, de 1999)

## 11. DOS VALORES MÁXIMOS PARA OS PLANOS

11.1. Os valores máximos a serem cobrados pela Operadora, apresentados para credenciamento (plano básico), não poderão ser superiores aos abaixo determinados:

11.1.1. Para assistência médica:

A) Valores para o plano básico - Acomodação Enfermaria

Faixa etária	Valor Máximo Permitido
	Plano Básico (Enfermaria)
00 a 18 anos	119,28
19 a 23 anos	119,28
24 a 28 anos	119,28
29 a 33 anos	119,28
34 a 38 anos	119,28
39 a 43 anos	298,21
44 a 48 anos	298,21
49 a 53 anos	298,21
54 a 58 anos	298,21
A partir 59 anos	596,44

B) Valores para o plano básico - Acomodação Apartamento

Faixa etária	Valor Máximo Permitido
	Plano Básico (Apartamento)
00 a 18 anos	166,99
19 a 23 anos	166,99
24 a 28 anos	166,99
29 a 33 anos	166,99
34 a 38 anos	166,99
39 a 43 anos	417,49
44 a 48 anos	417,49
49 a 53 anos	417,49
54 a 58 anos	417,49
A partir 59 anos	835,00

11.1.2. Para assistência odontológica:

A) Valor para Plano Odontológico Básico

Faixa etária	Valor Máximo Permitido
	Plano Básico
Todas as Faixas	<b>14,76</b>

B) Valor para Plano Odontológico Intermediário

Faixa etária	Valor Máximo Permitido
	Plano Intermediário
Todas as Faixas	<b>42,95</b>

C) Valor para Plano Odontológico Premium

Faixa etária	Valor Máximo Permitido
	Plano Premium
Todas as Faixas	<b>57,47</b>

## 12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas complicações.

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

12.3. A Operadora Credenciada deverá possuir, na data de assinatura do Termo de Credenciamento, **disque 0800 24 Horas**, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

12.4. As exclusões de usuários do Plano de Assistência à Saúde serão, tempestivamente, comunicadas à empresa prestadora dos serviços, pela Comissão de Fiscalização. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da Operadora Credenciada.

12.5. As Operadoras Credenciadas reservam-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, desde que obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998.

12.6. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionadas na rede de serviço das Operadoras de Plano de Saúde e/ou Odontológico Credenciadas, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo às operadoras efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

12.7. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da Operadora de Plano de Saúde e/ou Odontológico Credenciada.

12.8. As Operadoras de Plano de Saúde e/ou Odontológico Credenciadas poderão exigir autorização prévia para a realização de procedimentos, conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

12.9. Nos casos em que as Operadoras de Plano de Saúde e/ou Odontológico Credenciadas estabelecerem autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

12.10. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de quarenta e oito horas contadas da formalização do processo.

12.11. A junta médica será constituída por três membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da Operadora, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da Operadora.

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

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

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

12.15. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

12.16. As Operadoras de Plano de Saúde e/ou Odontológico Credenciada não se responsabilizarão pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

12.17. A contratada obriga-se a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem nos serviços, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato e as supressões resultantes de acordo celebrados entre as partes, com vistas a atender a superveniência do interesse público.

12.18. Os casos omissos serão dirimidos pela Comissão de Fiscalização em conjunto com a Operadora de Plano de Saúde e/ou Odontológico Credenciada.