



PODER LEGISLATIVO
CÂMARA MUNICIPAL DE SANTARÉM
Avenida Dr. Anysio Chaves, 1001.
CEP. 68.030.290 - SANTARÉM-PARÁ
CNPJ nº 10.219.202/0001-82



EDITAL - CHAMAMENTO PÚBLICO (CREDENCIAMENTO) Nº 001/2022-CMS

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 013/2022-CMS



PODER LEGISLATIVO
CÂMARA MUNICIPAL DE SANTARÉM
Avenida Dr. Anysio Chaves, 1001.
CEP. 68.030.290 - SANTARÉM-PARÁ
CNPJ nº 10.219.202/0001-82



COMPOSIÇÃO DO EDITAL

	PREÂMBULO
1	DO OBJETO
2	DO PERÍODO DE RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO
3	DOS PLANOS A SEREM OFERTADOS
4	DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO
5	DA HABILITAÇÃO E DA PROPOSTA DE PREÇOS DO PLANO DE SAÚDE
6	DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO
7	DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS
8	DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL
9	DA ANÁLISE E DO JULGAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO
10	DA DIVULGAÇÃO E DA HOMOLOGAÇÃO
11	DOS RECURSOS
12	DA CONVOCAÇÃO DAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE HABILITADAS PARA ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO
13	DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO PAGAMENTO
14	DA SANÇÃO ADMINISTRATIVA E DO DESCREDECIMENTO
15	DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

ANEXOS

I	TERMO DE REFERÊNCIA
II	DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS
III	DECLARAÇÃO SOBRE O ART. 27, V, DA LEI Nº 8.666/93
IV	MINUTA DO TERMO DE ACORDO



PODER LEGISLATIVO
CÂMARA MUNICIPAL DE SANTARÉM
Avenida Dr. Anysio Chaves, 1001.
CEP. 68.030.290 - SANTARÉM-PARÁ
CNPJ nº 10.219.202/0001-82



EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2022

▪ **OBJETO:** Credenciamento de operadoras de planos de assistência à saúde suplementar registradas na agência nacional de saúde (ANS).

▪ **ENTREGA DOS ENVELOPES:**

DATA: Dia 18/07/ 2022 até 31.12.2022.

LOCAL: Setor de Licitações e Contratos da Câmara Municipal de Santarém, localizada na Sede do Poder Legislativo - Palácio Tapajós, situado na Avenida Doutor Anysio Chaves, 1001, Aeroporto Velho, CEP 68020-280 – Santarém/PA, de segunda a sexta, das 08h às 14h.

▪ **FORMALIZAÇÃO DE PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS:** Os pedidos poderão ser formulados de acordo com o item 7 deste edital.

▪ **E-MAIL:** licitacaocms2018@gmail.com.

▪ **REFERÊNCIA DE TEMPO:** horário de Brasília.

RECIBO

A empresa.....
(nome da empresa)

Retirou este Edital e deseja ser informada de qualquer alteração pelo e-mail:.....

..... dede

.....

(Nome legível)



PODER LEGISLATIVO
CÂMARA MUNICIPAL DE SANTARÉM

Avenida Dr. Anysio Chaves, 1001.
CEP. 68.030.290 - SANTARÉM-PARÁ
CNPJ nº 10.219.202/0001-82



OBS.: Este recibo deverá ser remetido à Comissão Permanente de Licitação- CPL pelo e-mail licitacaocms2018@gmail.com para eventuais comunicações aos interessados, quando necessário.

A Comissão Permanente de Licitação - CPL não se responsabiliza por comunicações na repassadas aos interessados que não encaminharam o recibo devidamente preenchido.



PREÂMBULO

A **CÂMARA MUNICIPAL DE SANTARÉM**, situada na Avenida Doutor Anysio Chaves, 1001, Aeroporto Velho, CEP 68020-280 – Santarém/PA, por intermédio da Comissão Permanente de Licitação, designada pela Portaria nº387/2021 - DRH, torna público para o conhecimento dos interessados, que receberá documentação para o **Credenciamento de operadoras de planos de assistência à saúde suplementar registradas na agência nacional de saúde (ANS) e demais legislações aplicáveis, mediante as condições estabelecidas no presente instrumento convocatório**. Os interessados deverão apresentar a documentação exigida, conforme as especificações constantes no edital, na sede da Câmara Municipal de Santarém, até o dia 31.12.2022, na sala da Comissão Permanente de Licitação – CPL.

1 OBJETO

1.1 Credenciamento de operadoras de planos de assistência à saúde suplementar registradas na agência nacional de saúde (ANS), conforme Termo de Referência constante no Anexo I deste Edital.

1.2 Os serviços envolvidos no subitem 1.1 deverão atender as exigências nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), respeitadas as alterações posteriores.

1.3 O credenciamento será formalizado mediante assinatura de Termo de Acordo, a ser celebrado entre a **CÂMARA MUNICIPAL DE SANTARÉM** e as Operadoras de Planos de assistência à Saúde que vierem a ser habilitadas.

2 DO PERÍODO DE RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

2.1 A documentação a que se refere o item 5 deste Edital para o credenciamento, serão recebidas conforme as especificações constantes do edital, na Câmara Municipal de Santarém, até o dia 31/12/2022, na sala da Comissão Permanente de Licitação.

2.2 A documentação a que se refere o item 5 deste Edital deverá ser apresentada em original ou por qualquer processo de cópia autenticada em Cartório de Notas e Ofício competente ou por servidor do Câmara Municipal de Santarém, à vista dos originais.

2.3 Não havendo expediente na data marcada, o início do recebimento das propostas e da documentação ficará adiado para o primeiro dia útil subsequente, mantido o mesmo horário e local, salvo disposições em contrário.



3 DOS PLANOS A SEREM OFERTADOS

3.1 Conforme Anexo I do TR, e observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, nos termos das Resoluções Normativas pertinentes da ANS, notadamente e consideradas as alterações posteriores.

4. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

4.1 Poderão participar deste procedimento os interessados que atenderem a todas as exigências contidas neste edital.

4.2 Estarão impedidos de participar de qualquer fase do procedimento os interessados que se enquadrem em quaisquer das situações a seguir:

- a) estejam constituídos sob a forma de consórcio;
- b) estejam cumprindo a penalidade de suspensão temporária imposta pela Administração;
- c) tenham sido declarados inidôneos ou impedidos de licitar e contratar em qualquer esfera de Governo;
- d) estejam sob falência, dissolução ou liquidação;
- e) estejam em recuperação judicial ou extrajudicial, salvo as empresas que comprovarem que o plano de recuperação foi homologado pelo juízo competente;
- f) demais hipóteses proibidas pela legislação vigente.

5 DA HABILITAÇÃO E DA PROPOSTA DE PREÇOS DE PLANO DE SAÚDE

5.1 Habilitação Jurídica

- a) Registro comercial, no caso de empresa individual;
- b) 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;
- c) Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;
- d) Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;

Observação: Para todos os efeitos, considera-se como ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, o documento de constituição da empresa, acompanhado da(s) última(s) alteração(ões) referente(s) à natureza da atividade comercial e à administração da empresa, ou



a última alteração consolidada.

5.2 No caso de cooperativa: ata de fundação e estatuto social em vigor, com a ata da assembleia que o aprovou, devidamente arquivado na Junta Comercial ou inscrito no Registro Civil das Pessoas Jurídicas da respectiva sede, bem como o registro de que trata o art. 107 da Lei nº 5.764, de 1971;

5.3 Regularidade Fiscal

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ;
- b) Prova de regularidade com a Fazenda Federal, Estadual, Municipal do domicílio ou sede da pessoa jurídica, ou outra equivalente, na forma da lei;
- c) Prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).
- d) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a justiça do trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de 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;

5.4 Qualificação Econômico-Financeira

- a) Certidão negativa de falência, concordata, recuperação judicial ou liquidação extrajudicial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, que esteja dentro do prazo de validade indicado no documento, ou datada dos últimos cento e oitenta dias quando o prazo de validade não estiver expresso;
- b) Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados, quando encerrados há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta,

5.5 Qualificação Técnica

- a) Prova de registro na ANS da Operadoras de Planos de Saúde e da(s) operadora(s) a ela vinculada(s), mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro;
- b) Prova de registro na ANS do(s) plano(s) ofertado(s), necessariamente de abrangência geográfica no Estado do Pará ou Regional e nos casos de urgência e emergência poderão fazer uso da garantia em todo território Nacional, bem como da segmentação assistenciais médicos/hospitalares, mediante declaração expedida pela citada autarquia



ou indicação do número de registro.

5.6 Deverá apresentar ainda:

- a) Declaração de não possuir em seu quadro de pessoal menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de 16 (dezesseis) anos em qualquer tipo de trabalho, salvo na condição de aprendiz, nos termos do Anexo III;
- b) Declaração de inexistência de fatos impeditivos à habilitação, nos termos do Anexo II;
- c) Proposta de preço do(s) plano(s) de saúde, nos moldes do Anexo I do TR e em conformidade com as determinações da ANS, representando os valores finais das mensalidades a serem cobradas dos **SERVIDORES ATIVOS**, nas segmentações assistenciais médicos/hospitalares em que possua autorização e interesse em atuar, tudo em conformidade com as especificações deste Edital e de seus anexos.

6 DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

6.1 As empresas em participar do processo de credenciamento para os serviços descritos neste Edital e em seus anexos devem, além de observar o disposto no **item 4** do presente Edital, obrigatoriamente, apresentar, no local e a partir da data e hora constantes do **subitem 2.1**, a documentação descrita no **item 5** deste Edital, juntamente com proposta de credenciamento em papel timbrado, com documentos sequencialmente numerados em suas respectivas folhas, observado o disposto no **subitem 2.2**.

CÂMARA MUNICIPAL DE SANTARÉM
DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº001/2022-CMS
RAZÃO SOCIAL:
CNPJ:

6.2 Todos os documentos exigidos neste Edital deverão ser apresentados em envelope contendo as seguintes informações:

6.3 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 credenciamento.

6.4 A apresentação da documentação implica manifestação do interessado em participar do processo de credenciamento com a Câmara Municipal de Santarém, aceitação e submissão, independentemente de declaração expressa, a todas as normas e condições estabelecidas no presente Edital e em seus anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pela ANS.



7 . DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS

7.1 Os pedidos de esclarecimentos referentes ao processo licitatório deverão ser enviados até o 3º dia útil anterior à data final da vigência do presente credenciamento. Os referidos pedidos poderão ser encaminhados para o e-mail: licitacaocms2018@gmail.com ou poderão ser entregues diretamente no Setor de Licitações e Contratos da Câmara Municipal de Santarém, localizada na Sede do Poder Legislativo - Palácio Tapajós, situado na Avenida Doutor Anysio Chaves, 1001, Aeroporto Velho, CEP 68020-280 – Santarém/PA, de segunda a sexta, das 08h às 14h00min.

7.2 As respostas serão disponibilizadas diretamente no “site” oficial do órgão na aba Portal da transparência disponível no endereço eletrônico: <https://santarem.pa.leg.br/c/licitacoes/>, e poderão ser acessadas por todos os licitantes interessados.

8. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL

- a) Poderá ser apresentada IMPUGNAÇÃO ao Edital nos termos do art. 41 da Lei n.º 8.666/93: até 05 (cinco) dias úteis anterior à data final da vigência do presente credenciamento, por irregularidades na aplicação da Lei nº 8.666/93.

8.2 As razões de impugnação ao edital poderão ser enviadas via INTERNET, para o e-mail ou ser entregues diretamente no Setor de Licitações e Contratos da Câmara Municipal de Santarém, localizada na Sede do Poder Legislativo - Palácio Tapajós, situado na Avenida Doutor Anysio Chaves, 1001, Aeroporto Velho, CEP 68020-280 – Santarém/PA, de segunda a sexta, das 08h às 14h00min.

8.3 Não serão acolhidas as impugnações apresentadas fora do prazo legal.

9 DA ANÁLISE E DO JULGAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

9.1 A análise dos documentos referidos no item 5 ficará a cargo da Comissão Permanente de Licitação da Câmara Municipal de Santarém.

9.2 A escolha da melhor propostas (Plano de Saúde) será responsabilidade dos **SERVIDORES ATIVOS**, em conformidade com as condições estipuladas neste Edital e em seus anexos. Obs.: As empresas se credenciarem ficaram autorizadas se reunirem com os **SERVIDORES ATIVOS**, para apresentarem suas propostas.

9.3 Serão declarados inabilitados os interessados que:

- 9.3.1** Por qualquer motivo, estejam suspensos, declarados inidôneos ou punidos com impedimento do direito de licitar e contratar com a Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal.



9.3.2 Deixarem de apresentar quaisquer dos documentos exigidos no **item 5**, ou faze -
10. DA DIVULGAÇÃO E DA HOMOLOGAÇÃO

ló em desconformidade com os parâmetros estabelecidos neste Edital.

10.1 Serão declarados HABILITADOS para o credenciamento todos os requerentes que atenderem às exigências deste Edital e de seus anexos, cujo resultado será publicado no Diário Oficial do Município – FAMEP, bem como no site oficial da Câmara Municipal de Santarém.

10.2 Transcorrido o prazo de que trata o subitem **11.1** deste Edital, sem que haja interposição de recurso, ou havendo indeferimento dos recursos apresentados, após verificar a lisura e legalidade de todo o procedimento, procederá à **HOMOLOGAÇÃO**.

11. DOS RECURSOS

11.1 Os interessados poderão recorrer do resultado publicado, apresentando suas razões devidamente fundamentadas e por escrito, no prazo de até 5 (cinco) dias úteis da data de divulgação prevista no subitem 10.1, ficando autorizada, nesse período, vista ao processo, que ficará no local identificado no subitem 2.1.

11.2 Somente o próprio interessado ou seu representante legalmente habilitado poderão interporrecursos.

12. DA CONVOCAÇÃO PARA ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO

12.1 Para o fiel cumprimento das obrigações assumidas será firmado, após a HOMOLOGAÇÃO do procedimento, Termo de Acordo, concretizando-se o credenciamento, conforme minuta constante do Anexo IV.

12.2 A Câmara Municipal de Santarém, observado o disposto no subitem anterior, convocará mediante notificação, para assinar o Termo de Acordo, em data a ser divulgada oportunamente.

13. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO PAGAMENTO

13.1 Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros para a presente avença, visto que o pagamento das mensalidades do plano de assistência à Saúde será de exclusiva responsabilidade dos **SERVIDORES ATIVOS**, mediante consignação em folha de pagamento realizada pela CMS.

3.2 A Câmara Municipal de Santarém não será garantidora ou responsável pelas obrigações financeiras assumidas pelos servidores ativos (efetivos e comissionados), em quaisquer hipóteses ou situações;



14. DA SANÇÃO ADMINISTRATIVA E DO DESCRENCIAMENTO

14.1 Pelo descumprimento parcial ou total das obrigações assumidas no Edital ou no Termo

14.2 de Acordo, serão aplicadas as seguintes sanções, garantida a defesa prévia no prazo de cinco dias úteis contados da ciência, observada a gradação de lesividade e prejuízos gerados:

14.2.1 advertência por escrito;

14.2.2 multa de mora no percentual de 0,3% (zero vírgula três por cento) ao dia, limitada ao máximo de 5% (cinco por cento), calculada sobre o valor global das mensalidades pagas pelos **SERVIDORES ATIVOS**, no mês de ocorrência da infração, até o limite de quinze dias úteis ou prazo maior julgado razoável pela Administração, ante as peculiaridades do caso concreto, caracterizando inexecução parcial;

14.2.3 multa compensatória no percentual de 3% (três por cento), calculada sobre o valor global das mensalidades pagas pelos **SERVIDORES ATIVOS**, no mês de ocorrência da infração, no caso de configurada a total impossibilidade de continuidade do Termo de Acordo, caracterizando inadimplemento absoluto, conforme declarado pela Administração, sem prejuízo do descredenciamento; 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 a autoridade que aplicou a penalidade, na hipótese de cometimento de conduta criminal ou da prática de atos que configurem má-fé em relação a Câmara Municipal de Santarém;

14.2.4 suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos, na hipótese de ação ou omissão ensejadoras de prejuízo a Câmara Municipal de Santarém fora dos casos tratados no subitem anterior.

14.3 Poderá ocorrer o descredenciamento, além da hipótese tratada no subitem 14.1.3, quando houver reiterado descumprimento de quaisquer condições descritas no presente Edital ou no **Termo de Acordo**.

14.4 Admitir-se-á a cumulatividade, sopesada à luz de cada caso concreto, das seguintes sanções:

a) entre os subitens 14.1.1 e 14.1.2; ou

b) entre os subitens 14.1.3 e 14.1.4 ou entre os subitens 14.1.3 e 14.1.5.

15. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS



15.1 Nenhuma indenização será devida aos participantes pela elaboração e/ou apresentação de documentação relativa ao presente Edital de Credenciamento, ou ainda, por qualquer outro motivo alegado em relação a este processo de credenciamento.

15.2 A inexatidão de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, sopesada a gravidade ante o caso concreto, poderá ensejar a eliminação do interessado do processo de credenciamento, anulando-se a inscrição, bem como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal.

15.3 É de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações e os resultados divulgados no Diário Oficial dos Municípios – FAMEP e no site oficial do órgão.

15.4 É facultado a Comissão Permanente de Licitação, em qualquer fase do credenciamento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo.

15.5 O credenciamento de qualquer interessado, com base no presente Edital, será permitido a qualquer momento, verificados os requisitos fixados no regulamento e desde que a Administração não tenha feito uso de sua faculdade de declarar suspenso o Credenciamento, mediante publicação em órgão oficial competente.

15.6 A Câmara Municipal de Santarém poderá revogar o presente Edital de Credenciamento, desde que verificadas razões de interesse público decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta.

15.7 Fazem parte integrante deste edital:

- **Anexo I** – Termo de Referência;
- **Anexo II** – Declaração de Inexistência de Fatos Impeditivos;
- **Anexo III** – Declaração sobre o Art. 27, V, da Lei nº 8.666/93;
- **Anexo IV** – Minuta do Termo de Acordo.

Santarém/PA, 18 de julho de 2022

VANESSA GOMES ALMEIDA

Presidente da Comissão Permanente de Licitação



ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

1.1 Credenciamento de operadoras de planos de assistência à saúde suplementar registradas na agência nacional de saúde (ANS) e demais legislações aplicáveis.

1.2 Os planos privados de assistência médica e hospitalar coletivo empresariais deverão ser extensíveis ao grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro em união estável, inclusive o companheiro em união homoafetiva.

1.3 A prestação de assistência médica e hospitalar deverá abarcar, tais como e sem se limitar, os atendimentos: emergencial, ambulatorial e hospitalar, partos, fisioterápicos, psicológicos, farmacêuticos, além daqueles estabelecidos na Lei nº 9.656/1998, Resoluções da ANS, em especial as de nº 195, 196, 211, 261, 262 e atualizações posteriores.

1.4 A escolha do plano ficará ao livre arbítrio do servidor registrado, que escolherá de acordo com a cobertura mais adequada às suas necessidades.

1.5 As inclusões sem carência deverão ocorrer nas seguintes condições:

- a) Para o grupo ingressante com quantidade acima 30 (trinta).
- b) Inclusões posteriores realizadas antes dos 30(trinta) dias de celebração do contrato.
- c) Inclusão de Recém Nascido realizada em até 30(trinta) dias, a contar da data do nascimento.
- d) Fora destas previsões, o cumprimento das carências será normal

1.6 Nos demais casos não dispostos no subitem acima, deverá ser assegurado aos profissionais registrados e seus familiares, transferência de carência.

2 DA JUSTIFICATIVA

2.1 A Câmara Municipal de Santarém, no sentido de atender suas necessidades precípuas incorporadas não apenas em seus atos legislativos, necessita que a sua estrutura administrativa esteja adequada e a sua funcionalidade interna seja capaz de atender sua missão. Considerando que o fator humano é imprescindível ao pleno funcionamento da Administração, notadamente no que diz respeito a prevenção e salvaguarda da saúde de seus colaboradores, esta Casa busca oferecer as melhores condições de trabalho, de modo a preservar o bem estar dos servidores.

2.2 Partindo da demanda aventada pelos próprios servidores, mormente após a experiência do evento pandêmico que assolou a humanidade em nível global e expôs de forma sensível a



necessidade do cuidado com a saúde em todos os aspectos. E em que pese a saúde pública ter se mostrado verdadeira fronteira diferencial no trato com mazelas graves e ser a saúde um direito constitucionalmente garantido a todos os cidadãos, indistintamente, através do Sistema Único de Saúde, nada impede que subsidiariamente possa ser amparado aquele que deseje, buscar o amparo da assistência privada em saúde.

2.3 Por esta razão, visando proporcionar aos servidores e membros deste Parlamento, a possibilidade de adesão a planos de saúde empresariais, com valores diferenciados, esta Casa houve por bem, deflagrar procedimento licitatório para credenciar instituições que, enquadradas nas exigências mínimas para a satisfação das demandas internas, possam estar à disposição daqueles que queiram, a qualquer tempo, utilizar seus serviços.

3 DA ESCOLHA DA MODALIDADE

3.1 Credenciamento é o procedimento administrativo pelo qual a Administração convoca interessados para, segundo condições previamente definidas e divulgadas, e credencia, mediante chamamento público, todos os prestadores aptos e interessados em realizar determinados serviços, quando o interesse público for melhor atendido com a contratação do maior número possível de prestadores simultâneos.

3.2 O chamamento público adota procedimentos claros, objetivos, simplificados e, sempre que possível, padronizados. Outrossim, atende a diversos princípios norteadores, como o caráter competitivo, a moralidade, a impessoalidade, a legalidade e julgamento objetivo.

4 DA CONCEITUAÇÃO

4.1 BENEFICIÁRIOS - São considerados beneficiários os servidores ativos e dependentes da Câmara Municipal de Santarém.

4.2 MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO - O valor correspondente ao plano de saúde contratado perante a empresa operadora de plano de saúde, referente ao grupo familiar, para pagamento na forma escolhida, indicada no ato da adesão do beneficiário titular.

4.3 REDE CREDENCIADA – hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Plano Privado de Assistência à Saúde pela operadora, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

4.4 ABRANGÊNCIA DA REDE – localidades em que as operadoras contratadas deverão oferecer rede credenciada em conformidade com a área de abrangência geográfica de cobertura do plano (regional, estadual ou nacional), conforme adesão do beneficiário.



4.5 OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE – empresa 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 Nacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, e atendimentos médico hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998, pela Resolução Normativa nº 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.

4.5.1 DOS PLANOS – A operadora deverá oferecer plano de saúde na modalidade com e/ou sem coparticipação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

4.5.2 PLANO BÁSICO - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria.

4.5.3 PLANO ESPECIAL – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo, com direito a acompanhante.

4.5.4 PLANO ESPECIAL PLUS – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada – hospitais de alto custo.

4.5.5 UTI MÓVEL – compreende a prestação de assistência de Pronto Socorro Móvel de Emergência Médica, para todos os tipos de planos, na forma disciplinada neste Termo de Referência.

4.5.6 REMOÇÃO - deslocamento dos usuários para o atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Termo de Referência, de acordo com a Resolução Normativa da ANS nº 259/2011, para garantir os prazos máximos de atendimento.

4.5.7 TERMO DE ADESÃO – termo que formaliza a adesão da entidade vinculada ao contrato firmado entre a Câmara Municipal de Santarém e a pessoa jurídica credenciada.

4.5.8 COPARTICIPAÇÃO – é o valor que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

5 DOS BENEFICIÁRIOS

5.1 São considerados beneficiários os servidores ativos, registrados em Folha de pagamento da Câmara Municipal de Santarém.



5.2 Serão considerados **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** aqueles que mantenham com o "BENEFICIÁRIO TITULAR" uma das seguintes relações documentalmente comprovadas:

5.2.1 Cônjuge;

5.2.2 Equipara-se ao cônjuge, a(o) companheira(o) que comprove união estável como entidade familiar, conforme lei civil;

5.2.3 Filhos(as) solteiros(as) e enteados até 18 (dezoito) ou até 24 (vinte e quatro) anos de idade, mediante comprovação de que estejam cursando Nível Superior;

5.2.4 Filhos solteiros portadores de necessidades especiais, desde que comprovadas por meio de laudo técnico realizado por profissional médico habilitado;

5.2.5 Menores tutelados com guarda provisória;

5.2.6 Equiparam-se aos filhos legítimos, os filhos adotivos, legalmente comprovados.

5.2.7 Pai, mãe, dependentes economicamente do titular;

5.3 Outras relações de dependência poderão ser consideradas mediante negociação entre os contraentes, se estiverem previstas em legislação vigente.

5.4 A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde. Não é permitida a entrada de dependentes com segmentação de planos divergentes do Titular.

5.5 O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da Adoção.

5.6 Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

5.7 O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

5.8 A cobertura durante os primeiros 30 dias após o parto está garantida ao recém-nascido, natural ou adotivo. Estes direitos estão garantidos ao recém nascido em função da previsão em contrato da mãe ou pai, natural ou adotivo.



6 – DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE.

6.1 A inclusão de beneficiários no Plano Privado de Assistência à Saúde far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa perante a operadora, por meio do Sistema de Movimentação Cadastral da Operadora, cujo período de movimentação é de 01 a 24 de cada mês, quando fecha para processamento da fatura do mês subsequente.

6.2 É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este Termo de Referência.

6.3 O Beneficiário Titular disporá do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação da operadora, para solicitar as suas adesões e dos seus dependentes, se for o caso, no Plano Privado de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados.

6.4 Após esse prazo os beneficiários cumprirão as carências determinadas pela ANS.

6.5 O Beneficiário Titular que ingressar na Câmara Municipal de Santarém após a data a que se refere o subitem 6.3, disporá do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrar em exercício, para solicitar a sua inclusão e dos seus dependentes, se for o caso, no Plano Privado de Assistência à Saúde, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruir dos serviços abrangidos. Após esse prazo, o beneficiário deve cumprir as carências determinadas pela ANS.

6.6 Os pensionistas e demais beneficiários titular falecido durante a vigência do contrato poderão permanecer no Plano Privado de Assistência à Saúde, desde que façam a opção por permanecer na titularidade do plano junto a Coordenação de Recursos Humanos, após a publicação do ato de concessão, e terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a opção, conforme item 6.10, dentro do que permite a RN 279.

6.7 Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências determinadas pela ANS.

6.8 Aqueles que perderem a condição de elegibilidade poderão seguir a regra do subitem 5.3.

6.9 Fica sujeita à carência determinadas pela ANS a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo Beneficiário Titular, ou por perda da condição de dependente.

6.10 É garantida aos servidores a manutenção no Plano de Saúde, após a perda do vínculo na Câmara Municipal de Santarém, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio, por meio de débito em conta corrente ou



boleto bancário. (Conforme RN 279)

6.11 A solicitação de inscrição de beneficiário no Plano Privado de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

7 PERÍODO DE INSCRIÇÃO/ INÍCIO DE VIGÊNCIA

1º ao 15º dia	1º dia do mês subsequente
16º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente.

7.1 A solicitação de exclusão de beneficiário no Plano Privado de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial.

8 PERÍODO DE EXCLUSÃO / FIM DE VIGÊNCIA

1º ao 15º dia	1º dia do mês subsequente.
16º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente.

8.1 Caberá a Câmara Municipal de Santarém a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos servidores ativos e seus dependentes, indicando a relação de parentesco dos dependentes com o servidor, quando solicitados pela operadora.

8.2 Poderá haver transferência de plano inferior para superior, ou vice-versa, desde que obedecidas às condições estabelecidas pelas operadoras.

9 DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

9.1 A exclusão do titular no Plano Privado de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique a suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e outras situações previstas em Lei.

9.2 No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no Plano Privado de Assistência à Saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas por meio de débito em conta corrente ou boleto bancário.

9.3 A operadora poderá promover a rescisão unilateral do contrato do Beneficiário Titular



que, por fraude ou inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o Beneficiário Titular seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

9.4 É de responsabilidade do Beneficiário Titular solicitar, formalmente à operadora, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

9.5 Os beneficiários excluídos do Plano Privado de Assistência à Saúde da Câmara Municipal de Santarém serão responsáveis pela devolução imediata a operadora de sua carteira de identificação, as de seus dependentes e as dos demais vinculados, se houver.

9.6 A exclusão do titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes e agregados.

10 – DA CARÊNCIA

10.1 As inclusões sem carência deverão ocorrer nas seguintes condições:

10.1.1 Para o grupo ingressante com quantidade acima 30 (trinta).

10.1.2 Inclusões posteriores realizadas antes dos 30(trinta) dias de celebração do contrato.

10.1.3 Inclusão de Recém Nascido realizada em até 30(trinta) dias, a contar da data do nascimento.

10.2 Nos demais casos não dispostos no subitem acima, deverá ser assegurado aos profissionais registrados e seus familiares, transferência de carência.

10.3 Para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos estabelecidos, deverão ser cumpridas as carências determinadas pela ANS.

11 – DA PORTABILIDADE

11.1 A portabilidade se dará de acordo com a norma de vigência estabelecida pela ANS (RN nº 252/2011 e alterações posteriores).

12 – DOS BENEFÍCIOS

12.1 As operadoras de planos privados de assistência médica e hospitalar deverão oferecer obrigatoriamente o plano-referência de que trata o artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998, podendo oferecer, alternativamente, planos ambulatoriais, hospitalar, hospitalar com obstetrícia e suas combinações.

12.2 O atendimento dever ser assegurado independente da circunstância e do local do evento, observada adimplência, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora de plano



privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

12.3 Caso a operadora ofereça internação domiciliar em substituição a internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, no art. 12 da Lei nº 9.656/1998 e demais dispositivos legais.

12.4 Nos casos de não haver internação domiciliar, a internação hospitalar deverá obedecer à previsão contratual ou a negociação entre as partes.

12.5 As operadoras de planos de saúde cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos previstos no Rol de Procedimentos da ANS, Resolução Normativa nº 211, de 11 de janeiro de 2010, e demais normas vigentes.

13 – DAS EXCLUSÕES

13.1 As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656 de 1998, e nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei.

14 – DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

14.1 Considera-se atendimento de urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata;

14.2 Considera-se atendimento de emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato;

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

14.4 É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras 24h (vinte e quatro horas) contadas da adesão do Beneficiário ao plano, 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:

14.5 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;



14.6 Caberá à Operadora de Plano de Saúde credenciada pela Câmara Municipal de Santarém 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 à continuidade do atendimento.

14.7 Se a critério da família ou do beneficiário, a remoção ocorrer para uma unidade hospitalar particular, a Operadora fica desobrigada.

15 – DAS ACOMODAÇÕES

15.1 Nas acomodações será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede credenciada pelas operadoras, dependendo do tipo de plano aderido, independente da terminologia usada pelas instituições hospitalares, conforme a seguir:

15.2 PLANO BÁSICO - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria.

15.3 PLANO ESPECIAL – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento, com banheiro privativo, com direito a acompanhante.

15.4 PLANO ESPECIAL PLUS – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada – hospitais de alto custo.

15.5 Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

15.6 Os planos deverão ser oferecidos na modalidade com e/ou sem a coparticipação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

16 – REDE CREDENCIADA

16.1 As operadoras de Plano de Saúde deverão oferecer a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar na área de abrangência geográfica de cobertura do plano (regional, estadual ou nacional), conforme adesão do beneficiário, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos da ANS.

16.2 A Operadora deverá seguir os critérios de redimensionamento de rede conforme as normas da ANS

17 – DAS OBRIGAÇÕES

17.1 Das Operadoras:

17.2 Além das responsabilidades resultantes do Termo de Credenciamento, cumprir os dispositivos da Lei nº 9.656/1998, das Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar



- ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados.

17.3 Oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 (vinte e quatro) horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico, nos moldes da lei e deste Termo de Referência.

17.4 Zelar pela boa e fiel execução dos serviços.

17.5 Não interromper, desde que adimplente o beneficiário, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência.

17.6 Fornecer aos usuários, gratuitamente, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo plano aderido pelo beneficiário.

17.7 Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato, mantendo o redimensionamento de rede permitido pela ans.

17.8 Assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes declaradas pelo beneficiário e asseguradas pela cobertura parcial temporária, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas complicações, dentre outras.

17.9 Tratar o usuário com urbanidade, atendendo prontamente às solicitações.

18 São obrigações da Contratante:

18.1 Colocar à disposição da operadora do plano informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;

18.2 Permitir a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

18.3 Permitir aos profissionais da operadora o acesso às dependências da Câmara Municipal de Santarém, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;

18.4 Acompanhar e fiscalizar a execução dos Termos de Acordos, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento;

18.5 Acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores, garantindo o



cumprimento das disposições das normas vigentes.

18.6 Responsabilizar-se perante a Operadora de planos de Saúde pela confirmação de que os titulares mantêm vínculo com o município.

18.7 Responsabilizar-se pela retenção em folha de pagamento dos servidores com valores compatíveis com os contratos entre as Operadoras de planos de Saúde e os servidores da CMS.

19 –DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

20.1 Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros para a avença objeto deste Termo de Referência, visto que não haverá qualquer transferência ou repasse de recursos próprios por parte da Câmara Municipal de Santarém as pessoas jurídicas credenciadas, considerando-se que o pagamento das mensalidades do plano de saúde será consignado na folha de pagamento dos servidores, previamente autorizados por eles, sendo de responsabilidade do ente público efetivar os descontos e repassar os valores, mantendo regular o adimplemento de tais parcelas.

20 DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS AOS BENEFICIÁRIOS

20.1 A Câmara Municipal de Santarém realizará o acompanhamento da execução das metas propostas para os serviços prestados aos beneficiários, bem como o monitoramento do atendimento.

20.2 O acompanhamento e a fiscalização da execução do Plano de Saúde consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por um representante do ente público, especialmente designados na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata.

21 DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

21.1 Lei nº 8.666/93 e as atualizações posteriores;

21.2 Lei nº 9.656/1998 e as atualizações posteriores;

21.3 Decreto nº 6.523/2008 e as atualizações posteriores;

21.4 Resolução da ANS n.º 63/2003;

21.5 Resolução da ANS n.º 195 e 196/2009;

21.6 Resolução da ANS n.º 255, 259 e 261/2011;

21.7 Resolução da ANS n.º 338/2013;

21.8 Demais Resoluções da ANS;



21.9 Para as Resoluções da ANS, considerar as atualizações posteriores.

22 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1 As normas disciplinadoras serão sempre interpretadas em favor da ampliação dos interessados, desde que não comprometam o interesse da Administração, a finalidade e a segurança da contratação.

22.2 É facultado a CPL, proceder em qualquer fase do certame, diligências destinadas a esclarecer ou a complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documentos ou informações que deveria constar originalmente da proposta.

22.3 Os casos omissos serão resolvidos pela CPL, que decidirá com base na legislação em vigor.

22.4 O CONTRATANTE, não aceitará, sob nenhum pretexto, a transferência de responsabilidade do CONTRATADO para outras entidades.

22.5 Os envelopes não abertos contendo a documentação dos proponentes ficarão em posse da comissão de licitações, à disposição das mesmas, pelo prazo de 30 (trinta) dias, corridos após a conclusão do processo. Ao término deste prazo os mesmos serão destruídos.

22.6 O processo de credenciamento encontra-se à disposição dos interessados, no Setor de Licitações e contratos da Câmara Municipal de Santarém, localizado na Sede do Poder Legislativo - Palácio Tapajós, situado na Avenida Doutor Anysio Chaves, 1001, Aeroporto Velho, CEP 68020-280 – Santarém/PA, de segunda a sexta, das 08h às 14h,

22.7 Onde se lê a palavra SERVIDOR, entende-se por todos os vínculos diretos, cargos comissionados, contratos temporários, efetivos, conveniados.

22.8 As dúvidas e controvérsias oriundas do processo serão dirimidas no Foro da Comarca de Santarém/PA, quando não resolvidas administrativamente.

23 - DECLARAÇÃO DO SOLICITANTE

23.1 Declaramos que este Termo de referência está de acordo com a Lei nº 8.666/93 e legislação em vigor.

Ronan Manuel Liberal Lira Júnior
Presidente da Câmara Municipal de Santarém
Biênio 2021-2022



ANEXO I do TR

1. SERVIDORES ATIVOS CONFORME SEXO E FAIXA ETÁRIA.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Quantidade Total
0 a 18			
19 a 23	2	5	7
24 a 28	8	9	17
29 a 33	16	16	32
34 a 38	24	20	44
39 a 43	31	19	50
44 a 48	29	9	38
49 a 53	9	10	19
54 a 58	16	4	20
59 a MM	7	5	12
TOTAL	142	97	239

*Dados sujeitos à atualização.



ANEXO II
DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS

A (Nome da Operadora de Planos de Assistência à Saúde)..... ,
CNPJ n....., por intermédio de seu representante legal, o
(a)Sr(a)....., portador (a) da Carteira de Identidade n
e
do CPF n....., sediada (endereço completo)..... ,
DECLARA, perante a Lei, que, até a presente data, inexistem fatos impeditivos para a sua
habilitação no presente processo de credenciamento, ciente da obrigatoriedade de declarar
ocorrências posteriores.

Santarém-PA,/...../.....

.....
(nome e número da identidade do declarante)



ANEXO III
DECLARAÇÃO SOBRE O ART. 27, V, DA LEI N. 8.666/93

Operadora de Planos de Assistência à Saúde....., inscrita no CNPJ n..... ,
por intermédio de seu representante legal o (a) Sr(a), portador
(a) da Carteira de Identidade n.....e do CPF n..... ,
DECLARA, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei n. 8.666, de 21 de junho de
1993, acrescido pela Lei n. 9.854, de 27 de outubro de 1999, regulamentada pelo Decreto
4.358/2002, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre
e não emprega menor de dezesseis anos.

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

Santarém-PA,/...../.....

.....

(representante legal)

(observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva
acima)



ANEXO IV
MINUTA DO TERMO DE ACORDO

**TERMO DE ACORDO QUE ENTRE SI
CELEBRAM A CÂMARA MUNICIPAL DE
SANTARÉM E _____, PARA
DISPONIBILIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE AOS SERVIDORES, NA FORMA
ABAIXO DISCRIMINADA:**

CONTRATANTE: A Câmara Municipal de Santarém, com sede sito à Avenida Dr. Anysio Chaves, 1001, 307, bairro do Aeroporto Velho, neste ato representado pelo seu Presidente, chefe do Poder Legislativo, Sr. RONAN MANUEL LIBERAL LIRA JUNIOR, brasileiro, casado, portador do CPF no _____ Carteira de Identidade no _____ PC/PA, residente e domiciliado nesta cidade de Santarém – Pará à Avenida São Sebastião, 2711 AP A – bairro Aldeia, CEP 68040-040.

CONTRATADO: E de um lado e, de outro com sede na rua, na cidade ...de Estado de(o), inscrita no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda sob o nº neste ato representada por seu proprietário o Senhor portador da Cédula de Identidade RG nº ____, expedida pela Secretaria de Estado de Segurança Pública de e inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda sob o nº, doravante designada **CONTRATADA**,, tendo em vista o Credenciamento nº....., com fundamentos nos arts. 25, *caput* e 116 da Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993 e demais exigências nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), celebram o presente **Termo de Acordo**, na forma e nas condições a seguir descritas:

1-DO OBJETO

1.1 Credenciamento de operadoras de planos de assistência à saúde suplementar registradas na agência nacional de saúde (ANS) e demais legislações aplicáveis

1.2 Os planos privados de assistência médica e hospitalar coletivos empresariais deverão ser



extensíveis ao grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro em união estável, inclusive o companheiro em união homoafetiva.

1.3 A prestação de assistência médica e hospitalar deverá abarcar, os atendimentos: emergencial, ambulatorial e hospitalar, partos, fisioterápicos, psicológicos, farmacêuticos, além daqueles estabelecidos na Lei nº 9.656/1998, e Resoluções da ANS, em especial as de nº 195, 196, 211, 261, 262 e atualizações posteriores.

1.4 A escolha do plano ficará ao livre arbítrio do servidor registrado, que escolherá de acordo com a cobertura mais adequada às suas necessidades.

2 DOS BENEFICIÁRIOS

2.1 São considerados beneficiários os servidores ativos, registrados em Folha de pagamento da Câmara Municipal de Santarém.

2.2 Serão considerados BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES aqueles que mantenham com o "BENEFICIÁRIO TITULAR" uma das seguintes relações documentalmente comprovadas:

2.4.1 Cônjuge;

2.4.2 Equipara-se ao cônjuge, a(o) companheira(o) que comprove união estável como entidade familiar, conforme lei civil.

2.4.3 Filhos(as) solteiros(as) e enteados até 18 (dezoito) ou até 24 (vinte e quatro) anos de idade, mediante comprovação de que estejam cursando Nível Superior.

2.4.4 Filhos solteiros portadores de necessidades especiais, desde que comprovadas por meio de laudo técnico realizado por profissional médico habilitado.

2.4.5 Menores tutelados com guarda provisória.

2.4.6 Equiparam-se aos filhos legítimos, os filhos adotivos, legalmente comprovados.

2.4.7 Pai, mãe, dependentes economicamente do titular.

2.3 Outras relações de dependência poderão ser consideradas mediante negociação entre os contraentes, se estiverem previstas em legislação vigente.

2.4 A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde. Não é permitida a entrada de dependentes com segmentação de planos divergentes do Titular.

2.5 O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário



Titular e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da Adoção.

2.6 Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

2.7 O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

2.8 A cobertura durante os primeiros 30 dias após o parto está garantida ao recém-nascido, natural ou adotivo. Estes direitos estão garantidos ao recém nascido em função da previsão em contrato da mãe ou pai, natural ou adotivo.

3 – DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE.

3.1 A inclusão de beneficiários no Plano Privado de Assistência à Saúde far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa perante a operadora.

3.2 É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este Termo de Referência.

3.3 O Beneficiário Titular disporá do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação da operadora, para solicitar as suas adesões e dos seus dependentes, se for o caso, no Plano Privado de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados.

3.4 Após esse prazo os beneficiários cumprirão as carências determinadas pela ANS.

3.5 O Beneficiário Titular que ingressar na Câmara Municipal de Santarém após a data a que se refere o subitem 3.3, disporá do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrar em exercício, para solicitar a sua inclusão e dos seus dependentes, se for o caso, no Plano Privado de Assistência à Saúde, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruir dos serviços abrangidos. Após esse prazo, o beneficiário deve cumprir as carências determinadas pela ANS.

3.6 Os pensionistas e demais beneficiários titular falecido durante a vigência do contrato poderão permanecer no Plano Privado de Assistência à Saúde, desde que façam a opção por



permanecer na titularidade do plano junto a Coordenação de Recursos Humanos, após a publicação do ato de concessão, e terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a opção, conforme item 3.10.

3.7 Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências determinadas pela ANS.

3.8 Aqueles que perderem a condição de elegibilidade poderão seguir a regra do subitem 2.3.

3.9 Fica sujeita à carência determinadas pela ANS a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo Beneficiário Titular, ou por perda da condição de dependente.

3.10 É garantida aos servidores a manutenção no Plano de Saúde, após a perda do vínculo na Câmara Municipal de Santarém, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio, por meio de débito em conta corrente ou boleto bancário.

3.11 A solicitação de inscrição de beneficiário no Plano Privado de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

4 PERÍODO DE INSCRIÇÃO/ INÍCIO DE VIGÊNCIA

1º ao 15º dia	1º dia do mês subsequente
16º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente.

4.1 A solicitação de exclusão de beneficiário no Plano Privado de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial.

5 PERÍODO DE EXCLUSÃO / FIM DE VIGÊNCIA

1º ao 15º dia	1º dia do mês subsequente.
16º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente.

5.1 Caberá a Câmara Municipal de Santarém a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos servidores ativos e seus dependentes, indicando a relação de parentesco dos dependentes com o servidor, quando solicitados pela operadora.

5.2 Poderá haver transferência de plano inferior para superior, ou vice-versa, desde que



obedecidas às condições estabelecidas pelas operadoras.

6 DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

6.1 A exclusão do titular no Plano Privado de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique a suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e outras situações previstas em Lei.

6.2 No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no Plano Privado de Assistência à Saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas por meio de débito em conta corrente ou boleto bancário.

6.3 A operadora poderá promover a rescisão unilateral do contrato do Beneficiário Titular que, por fraude ou inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o Beneficiário Titular seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

6.4 É de responsabilidade do Beneficiário Titular solicitar, formalmente à operadora, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

6.5 Os beneficiários excluídos do Plano Privado de Assistência à Saúde da Câmara Municipal de Santarém serão responsáveis pela devolução imediata a operadora de sua carteira de identificação, as de seus dependentes e as dos demais vinculados, se houver.

6.6 A exclusão do titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes e agregados.

7 – DA CARÊNCIA

7.1 As inclusões sem carência deverão ocorrer nas seguintes condições:

7.1.1 Para o grupo ingressante com quantidade acima 30 (trinta).

7.1.2 Inclusões posteriores realizadas antes dos 30(trinta) dias de celebração do contrato.

7.1.3 Inclusão de Recém Nascido realizada em até 30(trinta) dias, a contar da data do nascimento.

7.2 Nos demais casos não dispostos no subitem acima, deverá ser assegurado aos profissionais registrados e seus familiares, transferência de carência.



7.3 Para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos estabelecidos, deverão ser cumpridas as carências determinadas pela ANS.

8 – DA PORTABILIDADE

8.1 A portabilidade se dará de acordo com a norma de vigência estabelecida pela ANS (RN nº 252/2011 e alterações posteriores).

9 – DOS BENEFÍCIOS

9.1 As operadoras de planos privados de assistência médica e hospitalar deverão oferecer obrigatoriamente o plano-referência de que trata o artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998, podendo oferecer, alternativamente, planos ambulatoriais, hospitalar, hospitalar com obstetrícia e suas combinações.

9.2 O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local do evento, observada adimplência, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

9.3 Caso a operadora ofereça internação domiciliar em substituição a internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, no art. 12 da Lei nº 9.656/1998 e demais dispositivos legais.

9.4 Nos casos de não haver internação domiciliar, a internação hospitalar deverá obedecer à previsão contratual ou a negociação entre as partes.

9.5 As operadoras de planos de saúde cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos previstos no Rol de Procedimentos da ANS, Resolução Normativa nº 211, de 11 de janeiro de 2010, e demais normas vigentes.

10 – DAS EXCLUSÕES

10.1 As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656 de 1998, e nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei.

11 – DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

11.1 Considera-se atendimento de urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata;



11.2 Considera-se atendimento de emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato;

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

11.4 É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras 24h (vinte e quatro horas) contadas da adesão do Beneficiário ao plano, 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:

11.5 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;

11.6 Caberá à Operadora de Plano de Saúde credenciada pela Câmara Municipal de Santarém 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 à continuidade do atendimento.

11.7 Se a critério da família ou do beneficiário, a remoção ocorrer para uma unidade hospitalar particular, a Operadora fica desobrigada.

12 – DAS ACOMODAÇÕES

12.1 Nas acomodações será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede credenciada pelas operadoras, dependendo do tipo de plano aderido, independente da terminologia usada pelas instituições hospitalares, conforme a seguir:

12.2 PLANO BÁSICO - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria.

12.3 PLANO ESPECIAL – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento, com banheiro privativo, com direito a acompanhante.

12.4 PLANO ESPECIAL PLUS – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada – hospitais de alto custo.

12.5 Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e



hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

12.6 Os planos deverão ser oferecidos na modalidade com e/ou sem a coparticipação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

13 – REDE CREDENCIADA

13.1 As operadoras de Plano de Saúde deverão oferecer a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar na área de abrangência geográfica de cobertura do plano (regional, estadual ou nacional), conforme adesão do beneficiário, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos da ANS.

13.2 A Operadora deverá seguir os critérios de redimensionamento de rede conforme as normas da ANS.

14 – DAS OBRIGAÇÕES

14.1 DAS OPERADORAS:

14.2 Além das responsabilidades resultantes do Termo de Credenciamento, cumprir os dispositivos da Lei nº 9.656/1998, das Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados.

14.3 Oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 (vinte e quatro) horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico, nos moldes da lei e deste Termo de Referência.

14.4 Zelar pela boa e fiel execução dos serviços.

14.5 Não interromper, desde que adimplente o beneficiário, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência.

14.6 Fornecer aos usuários, gratuitamente, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo plano aderido pelo beneficiário.

14.7 Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato, mantendo as normas de dimensionamento de rede da ANS.

14.8 Assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes declaradas pelo beneficiário e asseguradas pela cobertura parcial temporária, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas complicações, dentre outras.



14.9 Tratar o usuário com urbanidade, atendendo prontamente às solicitações.

15 SÃO OBRIGAÇÕES DA CÂMARA MUNICIPAL DE SANTARÉM:

15.1 Colocar à disposição da operadora do plano informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;

15.2 Permitir a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

15.3 Permitir aos profissionais da operadora o acesso às dependências da Câmara Municipal de Santarém, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;

15.4 Acompanhar e fiscalizar a execução dos Termos de Acordos, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento;

15.5 Responsabilizar-se perante a Operadora de planos de Assistência à Saúde pela confirmação de que os titulares mantêm vínculo com o município.

15.6 Responsabilizar-se pela retenção em folha de pagamento dos servidores com valores compatíveis com os contratos entre as Operadoras de planos planos de Assistência à Saúde e os servidores da CMS.

15.7 Enquanto contratante responsável, cumprir com as obrigações previstas no contrato de prestação de serviços médicos hospitalares com operadora de plano de saúde, inclusive no que pese à adimplência do contrato.

16 – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

17.1 Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros para a presente avença, visto que o pagamento das mensalidades do plano de saúde será de exclusiva responsabilidade dos **SERVIDORES ATIVOS**, mediante consignação em folha de pagamento realizada pela CMS.

17.2 A Câmara Municipal de Santarém não será garantidora ou responsável pelas obrigações financeiras assumidas pelos servidores ativos (efetivos e comissionados), em quaisquer hipóteses ou situações;

18 - DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS AOS BENEFICIÁRIOS



18.2 A Câmara Municipal de Santarém realizará o acompanhamento da execução das metas propostas para os serviços prestados aos beneficiários, bem como o monitoramento do atendimento.

18.3 O acompanhamento e a fiscalização da execução do Plano de Saúde consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por um representante do ente público, especialmente designados na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata.

19 DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

19.2 Lei nº 8.666/93 e as atualizações posteriores;

19.3 Lei nº 9.656/1998 e as atualizações posteriores;

19.4 Decreto nº 6.523/2008 e as atualizações posteriores;

19.5 Resolução da ANS n.º 63/2003;

19.6 Resolução da ANS n.º 195 e 196/2009;

19.7 Resolução da ANS n.º 255, 259 e 261/2011;

19.8 Resolução da ANS n.º 338/2013;

19.9 Demais Resoluções da ANS;

19.10 Para as Resoluções da ANS, considerar as atualizações posteriores.

20 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

20.2 As normas disciplinadoras serão sempre interpretadas em favor da ampliação dos interessados, desde que não comprometam o interesse da Administração, a finalidade e a segurança da contratação.

20.3 É facultado a CPL, proceder em qualquer fase do certame, diligências destinadas a esclarecer ou a complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documentos ou informações que deveria constar originalmente da proposta.

20.4 Os casos omissos serão resolvidos pela CPL, que decidirá com base na legislação em vigor.

20.5 O CONTRATANTE, não aceitará, sob nenhum pretexto, a transferência de responsabilidade do CONTRATADO para outras entidades.

20.6 Os envelopes não abertos contendo a documentação dos proponentes ficarão em posse da comissão de licitações, à disposição das mesmas, pelo prazo de 30 (trinta) dias, corridos após a conclusão do processo. Ao término deste prazo os mesmos serão destruídos.



20.7 O processo de credenciamento encontra-se à disposição dos interessados, no Setor de Licitações e contratos da Câmara Municipal de Santarém, localizado na Sede do Poder Legislativo - Palácio Tapajós, situado na Avenida Doutor Anysio Chaves, 1001, Aeroporto Velho, CEP 68020-280 – Santarém/PA, de segunda a sexta, das 08h às 14h,

20.8 Onde se lê a palavra SERVIDOR, entende-se por todos os vínculos diretos, cargos comissionados, contratos temporários, efetivos, conveniados, etc.

20.9 As dúvidas e controvérsias oriundas do processo serão dirimidas no Foro da Comarca de Santarém/PA, quando não resolvidas administrativamente.

21 DO FORO

21.2 Fica eleito o Foro da Comarca de Santarém - Pará para dirimir eventuais litígios decorrentes da execução do presente Termo de Acordo.

21.3 E por estarem de pleno acordo, assinam o presente instrumento termo em três vias de igual teor e forma, para um só efeito.

Santarém, ____/____/2022.

Câmara Municipal de Santarém

Empresa

TESTEMUNHAS

Nome: CPF Assinatura
Nome: CPF Assinatura