



Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

CREENCIAMENTO

Nº 001/2021

OBJETO: Credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar na modalidade ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, ofertados por Operadoras de Plano de Saúde particular, coletivo ou empresarial, conforme mencionado no “Anexo I – Termo de Referência”.





Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

ÍNDICE

I	DO OBJETO	PÁG. 03
II	DAS CONSULTAS AO EDITAL E ESCLARECIMENTOS	PÁG. 03
III	DAS CONDIÇÕES DE CREDENCIAMENTO	PÁG. 04
IV	DOS PLANOS OFERTADOS	PÁG. 06
V	DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS	PÁG. 06
VI	DOS ESCLARECIMENTOS E DISPOSIÇÕES GERAIS	PÁG. 06

ANEXOS

I	Anexo I - TERMO DE REFERÊNCIA	PÁG. 08
II	Anexo II – CARTA PROPOSTA PARA CREDENCIAMENTO	PÁG. 30
III	Anexo III – MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS	PÁG. 31





Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

CRENCIAMENTO Nº 001/2021

1. DO OBJETO:

1.1 Torna-se público, para conhecimento dos interessados, que, ficará aberto de **01/07/2021 a 15/07/2021**, prazo para o **CRENCIAMENTO Nº 001/2021**, visando “o credenciamento de empresas interessadas (diretamente ou por meio de corretores autorizados), no ramo de atividade correspondente, desde que devidamente autorizadas pela **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, para atuar como Operadora na modalidade de **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, visando à disponibilização de **Planos de Saúde** para prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria e/ou apartamento, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a serem oferecidos aos vereadores, servidores ativos e inativos, pensionistas, e seus respectivos dependentes, da Câmara Municipal de Barueri, para cobertura, em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021 da ANS, pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012 da ANS, pelas Resoluções Normativas nº 195 e 196, de 14 de julho de 2009 ambas da ANS, por meio de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições, conforme mencionado no “Anexo I – Termo de Referência” deste presente Edital, com a aplicação, de maneira subsidiária, da Lei Federal nº 8.666/1993, especialmente seu artigo 116, bem como observando as demais condições fixadas neste instrumento convocatório”.

1.2 Os “DOCUMENTOS” de credenciamento, deverão ser protocolados de **01/07/2021 a 15/07/2021**, presencialmente nas dependências da Câmara Municipal de Barueri, das 09:00 às 16:30h, junto à Diretoria de Licitações, em envelope único, fechado, com identificação externa do seu conteúdo por meio dos dizeres “CRENCIAMENTO nº 001/2021 – Plano de Saúde”.

2. DAS CONSULTAS AO EDITAL E ESCLARECIMENTOS:

2.1 Cópia deste instrumento convocatório estará disponível no endereço eletrônico www.barueri.sp.leg.br, isento de custos, e também será afixado no quadro de avisos da Casa.





Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

2.2 As empresas e/ou representantes que consultarem o instrumento convocatório via internet ou no quadro de avisos da Câmara, obrigam-se a acompanhar as publicações referentes a este processo no site www.barueri.sp.leg.br, bem como aquelas junto ao Diário Oficial do Município (D.O.M), com vistas a possíveis alterações que venham a ocorrer e demais avisos pertinentes.

3. DAS CONDIÇÕES DE CREDENCIAMENTO:

3.1 Habilitação Jurídica:

- a) Registro comercial, no caso de empresário individual;
- b) Ato constitutivo, (estatuto, contrato social ou certificado) em vigor, e de todas alterações ou da consolidação respectiva, devidamente registrado, em se tratando de sociedade empresária e sociedade simples, e quando for o caso, acompanhado de documento comprovando os seus administradores.

3.2. Regularidade Fiscal, Trabalhista e Econômico/Financeira:

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- b) Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual ou Municipal, relativo à sede da licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto do certame;
- c) Certidão Negativa ou Positiva Com Efeitos de Negativa de débito com a Fazenda Municipal referente aos tributos municipais (mobiliários);
- d) Certidão de regularidade de débito para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- e) Certidão Negativa ou Positiva Com Efeitos de Negativa de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União.
- f) Certidão Negativa ou Positiva Com Efeitos de Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), para comprovação da inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho.

3.3. Qualificação Econômico-Financeira

- a) Certidão negativa de FALÊNCIA, RECUPERAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, em data de emissão não anterior a 90 (noventa) dias da data da abertura do certame, se outro prazo não constar do documento; nos casos em que a certidão estiver positiva para recuperação judicial ou extrajudicial, a empresa deverá apresentar a comprovação de que o plano de recuperação foi homologado judicialmente, nos termos do art. 58 da Lei nº 11.101/2005, devendo ainda, demonstrar os demais





Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

requisitos para habilitação econômico-financeira como qualquer outro licitante.

3.4. Regularidade Técnica e Proposta de preços:

Atestado de capacidade técnica, emitido por entidades públicas ou privada comprovando que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadora devidamente registrada na ANS;

Proposta de preços dos Planos de Saúde de, no mínimo 01 (uma) operadora indicadas pela Administradora de Benefícios para o(s) respectivo(s) plano(s) ofertado(s) **na forma constante do Anexo I deste Edital e conforme modelo disponibilizado no Anexo II desde edital;**

3.5. Outras comprovações:

- a) Os planos de assistência à saúde deverão estar de acordo com as disposições da RN 63/2003. (A variação de preço por faixa etária estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde firmados a partir de 1º de janeiro de 2004);
- b) Declaração comprometendo-se em disponibilizar a todos os beneficiários, na área de abrangência geográfica da Região que pertence a Câmara Municipal de Barueri e Região Metropolitana de São Paulo, uma rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais descritos no Anexo I deste Edital;
- c) Documento comprobatório que esteja devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009. (Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências);
- d) Declaração expedida pela ANS de que possuem profissional médico habilitado e registrado no Conselho Regional de Medicina, observando o que dispõe a Resolução Normativa ANS nº 255/2011, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários;
- e) Certidão expedida pela ANS de que a empresa Administradora de Benefícios atende às exigências de ativos (depósitos) garantidores, exigível na forma da lei, conforme Resolução Normativa ANS nº 203, de 1º/10/2009;
- f) Declaração do licitante demonstrando a regularidade no cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente, conforme dispõe o art. 7º, Inciso XXXIII, da Constituição Federal;

3.6. Os documentos poderão ser apresentados por original, ou por qualquer processo de cópia reprográfica autenticada por Tabelião ou por publicação em órgão da imprensa oficial na forma da lei





Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

ou cópia simples por meio do cotejo do documento original para autenticação por funcionário da Câmara.

3.7. A aceitação dos documentos obtidos via Internet ficará condicionada à confirmação de sua validade, também por esse meio, se dúvida houver quanto à sua autenticidade, por funcionário da Câmara.

3.8. Para efeito de validade das certidões de regularidade de situação perante a Administração Pública, se outro prazo não constar da lei ou do próprio documento, será considerado o lapso de 90 (noventa) dias contados a partir da data de sua expedição.

4. DOS PLANOS OFERTADOS:

4.1. Os planos oferecidos aos beneficiários da Câmara Municipal de Barueri deverão ser do tipo privados, coletivos empresariais, conforme estabelecido e observando os quantitativos dispostos no “Termo de Referência – Anexo I”.

4.2. A Câmara Municipal de Barueri convocará as Administradoras de Benefícios consideradas aptas no credenciamento, para assinar o Termo de Acordo, no prazo de **5 (cinco) dias úteis**, a contar do recebimento da notificação, para comparecer a Câmara, sob pena de decair do direito ao credenciamento; tal prazo poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, quando solicitado pela Administradora de Benefícios e desde que ocorra motivo justificado e aceito.

4.3. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/1993, sem prejuízo de outras:

5. DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS AOS BENEFICIÁRIOS:

5.1. A Câmara Municipal de Barueri realizará o acompanhamento da execução dos serviços prestados aos beneficiários, bem como fará o monitoramento do atendimento, por meio de relatórios gerenciais que deverão ser apresentados conforme exigências constantes do Termo de Referência - Anexo I, devendo as ocorrências ser registradas em relatórios anexados ao processo do(s) credenciado(s).

6. DOS ESCLARECIMENTOS E DISPOSIÇÕES GERAIS:

6.1. É de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações disponíveis no endereço eletrônico www.barueri.sp.leg.br e/ou divulgadas na Imprensa Oficial do Município.





Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

6.2. Quaisquer dúvidas que vierem a surgir acerca deste processo de Credenciamento, deverão ser encaminhadas virtualmente ao e-mail compras@barueri.sp.leg.br, especificando no campo “assunto”, que se trata do “Credenciamento nº 001/2021 – Plano de Saúde”.

6.3. 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 Público.

6.4. A inobservância, em qualquer fase do processo de credenciamento, por parte da interessada, dos prazos estabelecidos em notificações pessoais ou gerais, será caracterizada como desistência, implicando sua exclusão do certame.

6.5. A inexatidão de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, será causa de 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.

6.6. Após findado o prazo dado para o Credenciamento, serão marcadas quantas reuniões públicas se mostrem necessárias, em data(s) oportuna(s), com a finalidade de exposição – aos possíveis interessados – dos preços e planos propostos pelas empresas credenciadas, oportunidade(s) na(s) qual(is), as credenciadas também serão convocadas para que haja a negociação junto aqueles, sendo certo que, somente após isto, a Câmara Municipal de Barueri assinará “Termo de Convênio” com aquelas que efetivamente tenham assinado contratos de prestação dos aludidos serviços.

Barueri, 01 de julho de 2021.

ANTÔNIO FURLAN FILHO
CÂMARA MUNICIPAL DE BARUERI





CRENCIAMENTO Nº 001/2021

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

1 – DO OBJETO

1.1. Credenciamento de empresas interessadas (diretamente ou por meio de corretores autorizados), no ramo de atividade correspondente, desde que devidamente autorizadas pela **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, para atuar como Operadora na modalidade de **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, visando à disponibilização de **Planos de Saúde** para prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria e/ou apartamento, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a serem oferecidos aos vereadores, servidores ativos e inativos, pensionistas, e seus respectivos dependentes, da Câmara Municipal de Barueri, para cobertura, em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021 da ANS, pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012 da ANS, pelas Resoluções Normativas nº 195 e 196, de 14 de julho de 2009 ambas da ANS, por meio de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições, conforme mencionado no “Anexo I – Termo de Referência” deste presente Edital, com a aplicação, de maneira subsidiária, da Lei Federal nº 8.666/1993, especialmente seu artigo 116, bem como observando as demais condições fixadas neste instrumento convocatório.

2 – DA CONCEITUAÇÃO

2.1 Para fins deste documento, considera-se:

- a) **USUÁRIOS** - os inscritos no Programa de Assistência à Saúde, na condição de beneficiários ativos e inativos, dependentes e pensionistas;





Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

- b) **BENEFICIÁRIO TITULAR** – membros e servidores efetivos ativos e inativos, os ocupantes de cargos comissionados, servidores requisitados e os pensionistas da Câmara Municipal de Barueri;
- c) **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** – grupo familiar do Beneficiário Titular, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Termo de Referência;
- d) **PENSIONISTA** – beneficiário de pensão pelo regime previdenciário do IPRESB, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Termo de Referência;
- e) **AGREGADO** – membro do grupo familiar do beneficiário titular, que não atende à condição de dependente disposta neste Termo de Referência;
- f) **MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR** - O valor correspondente ao Plano de Saúde contratado perante a administradora de benefícios, referente ao grupo familiar, para pagamento na forma escolhida, indicada no ato da adesão do beneficiário titular;
- g) **REDE CREDENCIADA** – hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Programa de Assistência à Saúde pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos;
- h) **ABRANGÊNCIA DA REDE** – localidades em que as operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, deverão oferecer rede credenciada na área de abrangência geográfica da região a que pertence o município de Barueri e Região Metropolitana de São Paulo ofertados pelas operadoras, com a qual a Câmara Municipal de Barueri celebrará Acordo de Cooperação devendo disponibilizar serviços de Assistência Médico-Hospitalar, onde ofertará, no mínimo 3 (três) operadoras prestadoras dos serviços de Plano de Saúde nacionais, podendo, ainda, apresentar operadoras com produtos regionais;
- i) **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, e pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros(as) profissionais/instituições;





Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

- j) **TIPOS DE PLANOS** – A Administradora 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;
- k) **PLANO BÁSICO** - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria;
- l) **PLANO ESPECIAL** – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo, com direito a acompanhante;
- m) **PLANO ESPECIAL PLUS** – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada com hospitais de alto custo;
- n) **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;
- o) **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;
- p) **TERMO DE ADESÃO** – termo que formaliza a adesão da entidade vinculada ao Termo de Acordo firmado entre a Câmara Municipal de Barueri e a Administradora de Benefícios;
- q) **CO-PARTICIPAÇÃO** – é o valor que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

3 – DOS BENEFICIÁRIOS

3.1. São considerados beneficiários titulares membros os servidores efetivos ativos e inativos, os ocupantes de cargos comissionados, servidores requisitados e os pensionistas da Câmara Municipal de Barueri.

3.2. São considerados beneficiários dependentes:

- a) o cônjuge ou companheiro(a) em união estável;
- b) o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- d) os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- e) os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes





Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

economicamente do beneficiário titular e, concomitantemente, estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;

- f) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial;
- g) o pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependente economicamente dos beneficiários titulares, conforme declaração anual de imposto de renda e, ainda, que constem no respectivo assentamento funcional, desde que o beneficiário titular assumo o valor do custeio, observados os mesmos valores por ele contratados.

3.3. A Administradora de Benefícios poderá admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde, pertencente ao grupo familiar do beneficiário titular, desde que o titular assumo integralmente o respectivo custeio.

4 - RELAÇÃO DE SERVIDORES POR FAIXA ETÁRIA

4.1 Constam da tabela abaixo, os quantitativos totalizados de participantes com a respectiva distribuição por faixa etária:

Faixas Etárias	Titular Masculino	Titular Feminino	Dependente Masculino	Dependente Feminino	Total
0-18			105	101	206
19-23	3		24	23	50
24-28	11	8	18	15	52
29-33	18	16	9	24	67
34-38	28	13	11	16	68
39-43	35	18	9	25	87
44-48	30	19	5	12	66
49-53	25	7	8	11	51
54-58	18	17	4	7	46
59 ou +	10	9	6	12	37
TOTAL					730

5 – DO PLANO DE CONTINUIDADE

5. **DO APOSENTADO:** aos beneficiários que tenham contribuído para o Plano de Saúde contratado, desligados do quadro de pessoal da Câmara, por haverem adquirido direito à aposentadoria, e aos aposentados que continuaram a exercer suas funções e venham, em algum momento posterior, a se desligar, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura





Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de Trabalho, desde que assuma o pagamento integral atualizado da mensalidade estabelecido na Tabela de Custos por Faixa Etária anexa ao presente, e manifeste a opção pela manutenção do plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da comunicação da aposentadoria ou do desligamento.

5.1. A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta cláusula é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do ex-servidor inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

5.2. A obrigatoriedade de que trata o item anterior não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-servidor (ou outros), individualmente, ou com parte do seu grupo familiar, e nem exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos durante a manutenção como INATIVO.

5.3. Não será permitida a manutenção na condição de INATIVO de que trata esta Cláusula, apenas do dependente sem a participação do titular aposentado, exceto nos casos de morte deste.

5.4. A permanência no Plano, ora aludida, está vinculada aos seguintes prazos:

5.4.1 Se o aposentado contribuiu para o presente plano por período igual ou superior a **dez (10) anos**, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, como beneficiário, por prazo indeterminado;

5.4.2 Se o aposentado contribuiu para o presente plano por período inferior a dez (10) anos, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

5.6 O direito assegurado na presente Cláusula **extingue** na ocorrência das seguintes hipóteses:

- a)** pelo decurso do prazo previsto nos subitens anteriores;
- b)** pela perda do beneficiário, da qualidade de servidor;
- c)** pelo não pagamento das mensalidades.

5.7 Em caso de morte do ex-servidor (ou outros), o direito de permanência é assegurado aos dependentes, ao tempo que faltar, inclusive nas hipóteses em que o beneficiário aposentado continuar a trabalhar.

5.8 O prazo de 30 dias para a manifestação do ex-servidor não é passível de prorrogação, sendo certo que, se não manifestar o interesse em permanecer no plano como beneficiário, não mais poderá fazê-lo.

5.9 Uma vez manifestado o interesse em permanecer no plano, o ex-servidor deverá preencher e assinar **instrumento jurídico específico** na sede administrativa CONTRATADA, **no prazo de 10 dias**.

5.10 Para fins do disposto nesta cláusula, não é considerada contribuição, os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação ou franquias do beneficiário, paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar.

5.11 Em caso de rescisão ou cancelamento do presente contrato, o benefício previsto nesta cláusula





Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

estará automaticamente cancelado, devendo a CONTRATADA oferecer aos beneficiários inscritos a possibilidade de migrar para um plano individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novas carências.

5.12 A garantia de que trata o item anterior estará condicionada a manutenção pela CONTRATADA de um plano individual/familiar registrado na ANS.

6. DO EXONERADO

6.1 Entende-se por **CONTRIBUIÇÃO** qualquer valor pago pelo servidor, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados ou a coparticipação paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.

6.2 Para fins do presente contrato, entende-se por **MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL**, a mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.

6.3 Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da exoneração ou aposentadoria, é **ASSEGUADO AO SERVIDOR** os direitos aqui previstos, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência à saúde.

6.4 Fica assegurado aos beneficiários inativos e seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, a possibilidade de exercer a portabilidade especial de carência para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em outra operadora.

6.5 Fica estabelecido pelas partes CONTRATANTE e CONTRATADA que:

- a) quando da inclusão do beneficiário no plano, a CONTRATADA se obriga a entregar além dos documentos já previstos, também, a cópia da Tabela de Custos Por Faixa Etária devidamente atualizada, que será adotada em caso da opção do beneficiário exonerado ou aposentado, pela manutenção no plano na qualidade de INATIVO;
- b) os beneficiários INATIVOS, exonerados ou aposentados, deverão pagar a Taxa Mensal de Manutenção estabelecida na Tabela de Custos por Faixa Etária, diretamente para a CONTRATADA através de boleto bancário, sendo aplicável e eles as regras de pagamento constantes de documento específico;





Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

- c) em caso de atraso no pagamento da MENSALIDADE, o beneficiário INATIVO deverá pagar uma multa moratória de 2% (dois por cento) do débito em aberto, acrescido o principal e mais correção apurada pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia-a-dia;
- d) em caso de inadimplência do beneficiário INATIVO no pagamento das mensalidades superior a 30 (trinta) dias, a CONTRATADA poderá proceder a exclusão do Plano de Saúde do beneficiário TITULAR inadimplente, e de seus dependentes, se houver;
- e) não haverá distinção quanto ao valor da mensalidade entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e a este vinculados, EXCETO NO QUE SE REFERE AOS BENEFICIÁRIOS INATIVOS, quando adotado o critério de preço único.

6.6. Aos beneficiários que tenham contribuído mensalmente para o financiamento do presente Plano, desligados do quadro de pessoal da Câmara, por haverem sido exonerados, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam enquanto servidores, desde que assuma o pagamento integral atualizado da mensalidade estabelecido na Tabela de Custos por Faixa Etária, diretamente à Operadora, e desde que manifeste a opção pela manutenção do plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

6.7. A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta cláusula é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do ex-servidor, sendo certo que tal obrigatoriedade não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-servidor, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar, e nem exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos durante a manutenção como INATIVO.

6.8. Não será permitida a manutenção na condição de INATIVO de que trata esta Cláusula, apenas do dependente sem a participação do titular demitido, exceto nos casos de morte deste.

6.9. O direito assegurado na presente Cláusula **extingue** na ocorrência das seguintes hipóteses:

- a) pelo decurso do prazo previsto nos subitens anteriores;
- b) pela perda do beneficiário, da qualidade de servidor;
- c) pelo não pagamento das mensalidades.

6.10 Em caso de morte do ex-servidor, o direito de permanência é assegurado aos dependentes, ao tempo que faltar.

6.11 O prazo de 30 dias para a manifestação do ex-servidor não é passível de prorrogação, sendo certo que, se não se manifestar o interesse em permanecer no plano como beneficiário, não mais poderá fazê-lo.

6.12 Uma vez manifestado o interesse em permanecer no plano, o ex-servidor deverá preencher e





assinar instrumento jurídico específico na sede administrativa da CONTRATADA, no prazo de 10 dias.

- 6.13** Não será considerada contribuição os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação do consumidor, paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar.
- 6.14** Em caso de rescisão ou cancelamento do presente contrato, o benefício previsto nesta cláusula estará automaticamente cancelado, devendo a CONTRATADA oferecer aos beneficiários inscritos a possibilidade de migrar para um plano individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novas carências.
- 6.15** A garantia de que trata o item anterior estará condicionada a manutenção pela CONTRATADA de um plano individual/familiar registrado na ANS.

7 – DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

7.1. A inclusão de beneficiários no Programa de Assistência à Saúde, far-se-á mediante manifestação expressa perante a Administradora de Benefícios, sendo voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário, em plano de assistência à saúde de que trata este Termo de Referência.

7.2. O Beneficiário Titular disporá do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação da Administradora de Benefícios, para solicitar a sua adesão e a dos seus dependentes e/ou agregados, se for o caso.

7.3. Os pensionistas e demais beneficiários do titular falecido durante a vigência do contrato, poderão permanecer no Programa de Assistência à Saúde, desde que façam a opção por permanecer na titularidade do plano junto a Diretoria de Gestão de Pessoas, após a publicação do ato de concessão, e terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a opção.

7.4. Os membros e servidores ativos permanentes da Câmara Municipal de Barueri/SP, incluídos no Programa de Assistência à Saúde, não serão excluídos ao passarem à inatividade, salvo se solicitarem expressamente a sua exclusão, o que implicará exclusão também a dos seus dependentes e/ou agregados.

7.5. Os dependentes que adquirirem essa condição por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade após a inclusão inicial de membros e servidores ativos e inativos terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no Programa de Assistência à Saúde, sob pena do cumprimento da carência determinadas pela ANS.

7.6. A solicitação de inscrição de beneficiário no Programa 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:

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.

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

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.

7.9. Caberá a Câmara Municipal de Barueri a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos servidores ativos e inativos, por sua vez, cabendo ao beneficiário a comprovação do vínculo de seus dependentes e pensionistas, indicando a relação de parentesco, quando solicitados pela Administradora de Benefícios

8 – DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

8.1. A exclusão do titular no Programa de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência, 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.

8.2. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no Programa de Assistência à Saúde, **devendo assumir integralmente o pagamento junto à Operadora**, durante o período da licença, por meio de **débito em conta corrente ou boleto bancário**.

8.3. A Administradora de Benefícios 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.

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

8.5. Os beneficiários excluídos do Programa de Assistência à Saúde da Câmara Municipal de Barueri serão responsáveis pela **devolução imediata** à Administradora de Benefícios de sua carteira de identificação, as de seus dependentes e as dos demais vinculados, se houver.

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

9 – DA CARÊNCIA

9.1. Não poderá ser exigida nenhuma carência para utilização dos benefícios do Programa de Assistência à Saúde:

- a) dos usuários inscritos;
- b) em situações de urgência ou emergência, ocorridas após o início de vigência da cobertura;
- c) para consultas médicas.

9.2. Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

9.3. Para os pedidos de inclusão efetuados após o prazo estabelecido no item 7, deverão ser cumpridas as carências determinadas pela ANS.

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 - ANS, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei.

10.2. São excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de:

- a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- c) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- d) inseminação artificial;





- e) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- f) tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPA's), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- g) transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
- h) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- i) fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;
- j) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- k) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- l) aplicação de vacinas preventivas;
- m) necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- n) aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- o) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- p) procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e
- q) consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

11 – DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

11.1. Atendimentos de Emergência e Urgência nos seguintes casos:

- a) evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;
- b) evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

11.2. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras 24 (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.

11.3. 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 a internação.

11.4. Caberá às operadoras de Plano de Saúde contratada pela Administradora de Benefício 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 à continuidade do atendimento.

11.5. Excepcionalmente, o beneficiário poderá contratar plano que contenha cláusula de extensão da cobertura assistencial, por prazo determinado, limitado a 30 dias, no caso de urgência e emergência quando em serviço fora da área de abrangência ou no exterior

12 – DO REEMBOLSO

12.1. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional, ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras de Plano de Saúde contratada pela Administradora de Benefício, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, sempre que:

- a) 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;
- b) se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;
- c) o pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.

12.2. Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de Plano de Saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras contratadas pela administradora de benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento.





12.3. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de Plano de Saúde contratada pela Administradora de Benefício os seguintes documentos:

- a) conta discriminativa das despesas, incluindo relação com 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;
- b) recibos de pagamento dos honorários médicos;
- c) relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital;
- d) laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

12.4. Para fins de reembolso, o servidor, ativo ou inativo, e o pensionista deverão apresentar a documentação adequada no prazo máximo de **doze meses**, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

13 – DA REMOÇÃO

13.1. 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.

13.2. 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.

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

13.4. As operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão disponibilizar ambulância terrestre e aérea, nos casos em que houver disponibilização pelas operadoras contratadas e o beneficiário tiver contratado produto que contemple esse benefício, 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.





14 – DAS ACOMODAÇÕES

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

- a) **PLANO BÁSICO** - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria;
- b) **PLANO ESPECIAL** – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo, com direito a acompanhante;
- c) **PLANO ESPECIAL PLUS** – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada – hospitais de alto custo.

14.2. Na hipótese de o 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.

14.3. 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.

14.4. A Administradora de Benefícios poderá ofertar adicionalmente aos produtos apresentados para atender às exigências deste Termo de Referência, outros planos de saúde com condições contratuais diferenciadas, desde que observados os requisitos mínimos exigidos na legislação.

15 – DA UTI MÓVEL (PRONTO SOCORRO MÓVEL)

15.1. Atendimento imediato para os casos de quadros clínicos agudos que impliquem risco de morte.

15.2. As características e condições da assistência incluem a presença, no local onde o paciente se encontra, de uma equipe liderada por um médico especialista, e pessoal técnico auxiliar, com todos os equipamentos e medicamentos necessários para tratar as emergências e suas possíveis complicações. O tratamento se prolongará até a estabilização do paciente e, caso seja indicado, proceder-se-á a remoção deste até um centro de tratamento definitivo, estruturado, para evitar o risco vital.

15.3. São considerados quadros clínicos de emergência:

- a) cardiovasculares - parada cardíaco-respiratória, infarto agudo do miocárdio, angina “pectoris”, edema agudo de pulmão, arritmias e acidente vascular cerebral;





- b) respiratórios - insuficiência respiratória aguda, crise asmática;
- c) neurológicos - síncope, convulsão, coma;
- d) comas metabólicos;
- e) politraumatismos graves;
- f) afogamentos;
- g) choques elétricos;
- h) intoxicações graves;
- i) anafilaxia; e
- j) toda outra situação que comprometa severamente um ou mais sistemas vitais.

16 – REDE CREDENCIADA

16.1. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios deverão oferecer a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar na área de abrangência geográfica da Região que pertence a Câmara Municipal de Barueri e Região Metropolitana de São Paulo e, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos da ANS.

16.2. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios deverão oferecer os serviços de UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel), em todas as cidades onde exista rede credenciada.

17 – DAS OBRIGAÇÕES

17.1. São obrigações da Administradora de Benefícios:

- a) disponibilizar aos Beneficiários da Câmara Municipal de Barueri, no mínimo 1 (uma) operadora prestadoras dos serviços de assistência médico-hospitalar, **devidamente registradas na ANS que disponibilizem cobertura estadual**, podendo, ainda, apresentar operadoras com produtos regionais;
- b) fiscalizar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere a alteração da rede credenciada;
- c) realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários da Câmara Municipal de Barueri;





Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

- d) orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas na legislação de Saúde Suplementar e as do Termo de Acordo;
- e) exigir dos beneficiários documento que comprove seu vínculo junto a Câmara Municipal de Barueri, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;
- f) efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;
- g) assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, impedindo a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- h) efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- i) efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;
- j) informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de Plano de Saúde contratadas pela Administradora;
- k) elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;
- l) intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos;
- m) disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- n) comunicar, com antecedência mínima de 30 dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 anos ou 24 anos para estudantes;
- o) proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM;
- p) comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específicos;
- q) emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Fiscalização, com os seguintes dados:





- I – Perfil Demográfico da Carteira;
- II – Relatório de sinistralidade;
- III – Indicadores sobre a Utilização de:
 - a) Beneficiários;
 - b) Prestadores.
- IV – Identificação de casos crônicos e de Risco, com a descrição das patologias.

r) Enviar a Nota Fiscal e boleto bancário juntamente com relatório detalhado de gastos por beneficiário (titular e dependentes) a Diretoria de Gestão de Pessoas da Câmara, até o **último dia útil** de cada mês.

17.2 SÃO OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS:

17.2.1 Caberá às Operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei Federal nº 9.656/98, da Resolução Normativa nº. 465, de 24 de fevereiro de 2021; da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13/08/09); e demais normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

17.2.1.1 oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante **24 horas diárias**, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;

17.2.1.2 O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.

17.2.2 Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de Plano de Saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras contratadas pela administradora de benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento.

17.2.2.1 Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de Plano de Saúde contratada pela Administradora de Benefício os seguintes documentos:





Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

- a) Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com 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;
- b) Recibos de pagamento dos honorários médicos;
- c) Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
- d) Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

17.2.3. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados.

17.2.4. Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência da prestação de serviços.

17.2.5. Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, a 1ª via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário.

17.2.6 Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios).

17.2.7 Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios.

17.2.8 Fornecer, quando solicitados, relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários.

17.2.9 Assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infecto contagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações.

17.2.10 Deverá possuir a facilidade “disque 24 horas”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

17.3 SÃO OBRIGAÇÕES DA CÂMARA MUNICIPAL DE BARUERI:

17.3.1 Colocar à disposição da Administradora Benefícios 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.





17.3.2 Permitir à Administradora Benefícios a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação.

17.3.3 Permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios o acesso às dependências da Câmara Municipal de Barueri, 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.

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

17.3.5 Acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes perante as Administradoras.

18 – REQUISITOS TÉCNICOS PARA ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO

18.1. As empresas Administradoras de Benefícios interessadas em firmar Termo de Acordo com a Câmara Municipal de Barueri deverão preencher as seguintes condições:

- a) estar devidamente registrada na ANS como administradora de benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009 da ANS e possuir autorização de funcionamento;
- b) estipular plano(s) de operadora(s) prestadora(s) dos serviços de saúde, devidamente registrada na ANS, a(s) qual(ais) deverá(ão) prestar os respectivos serviços aos beneficiários da Câmara Municipal de Barueri, contemplando as regras estabelecidas neste Termo de Referência, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários;
- c) apresentar preços dos planos de saúde incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços;
- d) comprovar, através de atestados de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadoras devidamente registradas na ANS;
- e) apresentar declaração expedida por entidades públicas ou privadas, em que demonstre a permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde;
- f) apresentar certidão expedida pela ANS de que a empresa atende às exigências de ativos garantidores, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009;





- g) declarar que dispõe de Rede Credenciada para atender aos beneficiários da Câmara Municipal de Barueri, na forma exigida neste Termo.

18.2. A Administradora apresentará a Câmara Municipal de Barueri os Termos de Contratos, Acordos ou Ajustes celebrados com as operadoras disponibilizadas, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com a Câmara Municipal de Barueri.

19 – DA VIGENCIA E DO REAJUSTE

19.1. O prazo de vigência do credenciamento será de 12 (doze) meses, renováveis até o limite do inciso II do artigo 57 da Lei 8.666/1993.

19.2. Observando o disposto na Resolução Normativa ANS nº 309, de 24/10/2012 e demais normas em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários da Câmara Municipal de Barueri poderão ser objeto de reajuste, observado o **interregno mínimo de 12 (doze) meses**, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora, bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

19.3. Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e o pela Câmara Municipal de Barueri, por intermédio da Diretoria de Gestão de Pessoas.

20 – DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1. Serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas complicações, respeitadas as situações de cobertura parcial temporária na forma prevista na legislação (Res. Normativa ANS nº 162/2007).

20.2. 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.

20.3. A Administradora de Benefícios deverá possuir, na data de assinatura do Termo de Acordo, Central de Atendimento, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.





Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

20.4. As exclusões de usuários do Programa de Assistência à Saúde serão, tempestivamente, comunicadas à empresa prestadora dos serviços, pela Diretoria de Gestão de Pessoas, sendo certo que a eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da Administradora de Benefícios.

20.5. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios reservam-se no 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 artigo 17 da Lei nº 9.656, de 1998.

20.6. Não caberá às operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios nenhuma responsabilidade por atos culposos, dolosos ou acidentais que acarretem dano a saúde do servidor ou de seus dependentes, provocado por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do servidor.

20.7. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios, 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.

20.8. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios do Programa de Assistência à Saúde.

20.9. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

20.10. 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.

20.11. Na hipótese de ocorrer à substituição de entidade hospitalar por vontade das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios 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,





Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

20.12. 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.

20.13. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios não se responsabilizarão pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

20.14. Os parâmetros a serem adotados em relação ao reajuste de preços serão os estabelecidos levando-se em consideração o índice de sinistralidade de 70% apurado no mês de aniversário do contrato.

20.15. Os casos omissos serão dirimidos pela Diretoria de Gestão de Pessoas em conjunto com a Administradora de Benefícios.

Barueri, 01 de julho de 2021.

ANTÔNIO FURLAN FILHO
CÂMARA MUNICIPAL DE BARUERI





Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

CRENCIAMENTO Nº 001/2021

ANEXO II

CARTA PROPOSTA PARA CRENCIAMENTO

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____ CNPJ: _____

Nome dos Sócios Representantes (conforme consta no Contrato Social/Estatuto em vigor):

_____ CPF n.º _____

Operadora(s) a ser(em) credenciada(s) bem como as respectivas tabelas de valores:

Rua/Av.

Bairro Cidade UF CEP: Tel.: ()

Vem requerer a Câmara Municipal de Barueri o credenciamento desta Administradora de Benefícios para prestação dos serviços objeto deste credenciamento, nos termos do Edital referente ao Aviso de Credenciamento e da Minuta do Termo de Acordo, trazendo em anexo a documentação exigida, bem como a TABELA DE VALORES dos planos ofertados, conforme quantitativos e faixas etárias.

Pede deferimento,

Barueri, ____ / ____ / ____ .

Nome e Assinatura do Representante legal da Pessoa Jurídica

***A EMPRESA DEVERÁ APRESENTAR ESTA CARTA PROPOSTA NO ENVELOPE LACRADO, EM CONJUNTO COM A DOCUMENTAÇÃO PARA O CRENCIAMENTO.**





Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

CRENCIAMENTO Nº 001/2021

ANEXO III

MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS

Barueri, ____ de _____ de 2021.

À CÂMARA MUNICIPAL DE BARUERI

Ref.: Credenciamento nº 001/2021.

Prezados Senhores.

Pela presente, a empresa/consórcio/cooperativa....., com sede à inscrita no C.N.P.J. sob nº:, através do(a) Sr.(a) (nome do(a) representante/procurador), portador(a) do R.G. nº apresenta a seguinte proposta de preços abaixo, por faixa etária:

Faixa Etária	Plano Básico	Plano Especial	Plano Especial PLUS
0-18			
19-23			
24-28			
29-33			
34-38			
39-43			
44-48			
49-53			
54-58			
59 ou +			





Além da proposta acima, declaramos que:

- a) não será cobrada participação nas consultas quando o usuário estiver internado;
- b) Os usuários ativos dos Planos de Saúde contratados em razão do Credenciamento nº 001/2021, e aqueles que firmarem contrato durante a vigência do presente Credenciamento, não haverá carência;
- c) caso o usuário com seu grupo familiar desejar alterar o plano de sua opção de acomodação de coletivo para privativo, poderá fazê-lo com o cumprimento do prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, para internações programadas e 300 (trezentos) dias para internações obstétricas;
- d) aceitaremos a mudança de opção acomodação **sem carência** em cada aniversário de 12 (doze) meses do contrato;
- e) aceitaremos a mudança **de planos credenciados sem carência** a cada aniversário de 12 (doze) meses do contrato;
- f) nos preços propostos estão inclusos todos os custos e despesas, taxa de administração “per capita”, cartões de identificação, relação de serviços, encargos e incidências (diretos ou indiretos), não importando a natureza, que recaiam sobre a prestação dos serviços, levando-se em consideração o caráter de risco do futuro contrato, em que as partes, verificando continuamente o saldo financeiro da prestação de serviços, atuarão no sentido de manter tal saldo compatível com o cumprimento efetivo das obrigações avençadas;
- g) ficaremos obrigados, caso obtiver o mínimo de 1.000 (mil) vidas seguradas, manter um posto de serviço de atendimento com funcionário próprio, de 2ª a 6ª feira, em horário comercial (8h às 17h), cuja estrutura será disponibilizada pela CÂMARA MUNICIPAL DE BARUERI.





Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

A validade da presente proposta de preços será de 60 (sessenta) dias, conforme disposto no artigo 64, §3º da Lei de Licitações nº 8.666/1993.

Que recebemos todos os documentos e que tomamos conhecimento de todas as informações e condições locais para o cumprimento das obrigações do objeto deste Edital.

Que aceitamos todas as condições e exigências contidas, e que temos pleno conhecimento das dificuldades e condições peculiares da efetiva execução dos serviços nela discriminados.

Barueri, _____ de 2021.

Assinatura do representante legal

