



# CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

## ANEXO I

### TERMO DE REFERÊNCIA

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 09/2022

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 067/2021

#### 1. DO OBJETO

1.1. Contratação de pessoa jurídica especializada para execução de serviços de assistência médica, hospitalar e obstetrícia, ambulatorial e laboratorial sem coparticipação com cobertura mínima no estado da Bahia, e urgência e emergência em âmbito nacional, incluindo exames de rotina e complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, bem como internações clínico-cirúrgicas, obstétricas e em terapia intensiva, em caráter eletivo e/ou emergencial, em hospitais e clínicas, em apartamento individual com banheiro privativo, ou enfermaria aos seus funcionários, dependentes e agregados, conforme a opção no momento da adesão ao plano, tudo em acordo com a Lei 9656/98 e Rol de Procedimentos da ANS.

1.2. A adesão dos beneficiários ao plano de saúde se dará de forma livre e espontânea;

1.3. O regime de contratação será na modalidade **COLETIVO EMPRESARIAL SEM COPARTICIPAÇÃO**, cujas acomodações serão tipo enfermaria e apartamento.

1.4. É obrigatória a oferta de planos de assistência à saúde, respeitadas as coberturas, exames e procedimentos mínimos estabelecidos pela ANS e em conformidade com a Lei 9.656/98.

1.5. Os serviços serão prestados através de rede própria e/ou credenciada, sem limite de idade, incluindo-se garantia de cobertura de doenças e lesões pré-existentes, crônicas ou congênitas, em igualdade de condições com os demais integrantes do grupo de beneficiários.

1.6. A empresa participante e o plano apresentado para contratação devem ser registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar –ANS

#### 2. DA JUSTIFICATIVA

2.1. A contratação tem por objetivo dar continuidade à prestação de serviço de assistência médica aos servidores ativos e inativos do CREMEB e seus respectivos dependentes.

#### 3. DOS BENEFICIÁRIOS

3.1. São definidos como BENEFICIÁRIOS TITULARES ATIVOS:

3.1.1. Servidor(a) ativo(a) do CREMEB.

3.2. São definidos como BENEFICIÁRIOS TITULARES INATIVOS:

3.2.1. Servidor(a) aposentado(a) do CREMEB.

3.3. São definidos como BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES:

3.3.1. Cônjuge ou Companheiro (a), quando apresentada certidão de casamento ou escritura pública de união estável.

3.3.2. O(a) companheiro(a) de união homoafetiva devidamente comprovada.

3.3.3. Filhos(as) e Enteados(as) menores de 21 (vinte e um) anos, ou se inválidos, enquanto durar a invalidez.

3.3.4. Filhos(as) e Enteados(as) maiores de 21 (vinte e um) anos e menores 24 (vinte e quatro), desde que em condição de estudante do ensino médio, técnico, ou superior em instituições reconhecidas pelo MEC).

3.3.5. Filho adotivo menor de 12 (doze) anos, ou sob guarda ou tutela.

3.3.6. Filhos(as) excepcionais, mediante parecer médico fornecido pela junta médica do INSS, sem limite de idade.



# CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

- 3.3.7. Pais e mães de servidores (desde que já contemplados no plano anterior, não sendo permitido inclusão de novos dependentes ou agregados nesta condição;
- 3.4. São definidos como BENEFICIÁRIOS AGREGADOS:
- 3.4.1. Filhos (as) de beneficiários (as) titulares, maiores de 21 (vinte e um) anos sem condição de estudante, sendo que o pagamento com valor integral da mensalidade desses agregados será de exclusiva responsabilidade do funcionário, mediante desconto em folha de pagamento.
- 3.4.2. Os beneficiários agregados são aqueles beneficiários já inscritos no plano de saúde que a licitante vencedora deverá manter, podendo ser, indicados pelo funcionário do CREMEB, sendo que o pagamento da mensalidade desses agregados será de exclusiva responsabilidade do funcionário, mediante desconto em folha de pagamento. Desde que já contemplados no plano anterior, não sendo permitido inclusão de novos agregados nesta condição, pai e mãe.
- 3.4.3. Os beneficiários agregados são aqueles beneficiários já inscritos no plano de saúde e que serão mantidos como dependentes mesmo após atingirem o limite de 21 (vinte e um) anos, respeitado o limite previsto na Lei 9.656/98.
- 3.5. Não será permitida a inscrição de qualquer dependente ou agregado sem a prévia autorização do titular.
- 3.6. Não será permitida a inclusão de filhos de Beneficiários Agregados em nenhuma hipótese.
- 3.7. A participação do Beneficiário Dependente está condicionada à inclusão obrigatória do Beneficiário Titular.
- 3.8. Caso um beneficiário ativo do CREMEB seja desligado, por demissão sem justa causa ou aposentadoria, o mesmo será mantido no plano de saúde, conforme Lei nº 9.656/98 e das regras estabelecidas na Resolução Normativa nº 279.

## 4. DO CUSTEIO

- 4.1. O custeio com a assistência médica dos servidores ativos e seus dependentes será de responsabilidade do CREMEB e dos seus servidores conforme estabelecido na Lei 2.130/2011. O custeio mensal acontecerá em consequência da adesão dos servidores ao plano, ou seja, acomodação em enfermaria ou apartamento. Estima-se que 80% (oitenta por cento) do total das despesas com o plano de saúde serão custeados pela Autarquia e 20% pelos servidores ativos, incluído seus dependentes, sem coparticipação.
- 4.2. Os beneficiários inativos (servidores aposentados) e seus dependentes arcam com 100% do valor do plano, devendo a contratada encaminhar boleto da mensalidade diretamente para o endereço do beneficiário fornecido pelo CREMEB.
- 4.3. Os beneficiários agregados são custeados em 100% (cem por cento) da mensalidade pelos seus respectivos titulares ativos ou inativos.
- 4.4. A carteirinha do plano será fornecida no formato digital e, pontualmente, quando solicitado pelo beneficiário, será encaminhado o cartão físico. O custeio referente à emissão de segunda via da carteirinha do plano será arcado pelo beneficiário titular (ativo ou inativo) em sua totalidade.
- 4.5. O custeio dos ativos referente ao item 4.4 será realizado através de desconto na folha de pagamento dos beneficiários titulares ativos.

## 5. DA INCLUSÃO/EXCLUSÃO

- 5.1. Serão voluntárias a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário no plano de assistência à saúde.
- 5.2. Caberá ao CREMEB encaminhar as solicitações dos respectivos servidores Ativos, Inativos, Cargos em Comissão, beneficiários dependentes e/ou agregados, habilitados para a efetivação de inscrição ou exclusão junto à operadora contratada, bem como, o envio dos documentos que comprovem sua condição de beneficiário, conforme item 3 deste Termo de Referência.



# CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

- 5.3. A comunicação de inscrição de beneficiário no plano de assistência à saúde ou de sua exclusão do referido plano deverá ser feita de acordo com a data de assinatura do contrato, sendo essa data considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.
- 5.4. Os beneficiários excluídos do plano de assistência à saúde terão seus cartões de identificação recolhidos pelo CREMEB, que os devolverão à operadora.
- 5.5. A exclusão do beneficiário titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes.
- 5.6. A exclusão do beneficiário se dará também por fraude.
- 5.7. Haverá suspensão de atendimento dos beneficiários inativos (servidores aposentados) por inadimplência superior a 30 (trinta) dias e exclusão do plano de saúde nos casos de inadimplência superior a 60 (sessenta) dias.
- 5.8. Caberá ao CREMEB, a apresentação de documentos que comprovem o vínculo do servidor ativo, inativo, cargo de comissão e a relação de parentesco/afinidade dos beneficiários dependentes e/ou agregados com o servidor ativo ou inativo.
- 5.9. É assegurada a inclusão:
- 5.9.1. De todos os beneficiários elencados no item 3 deste Termo de Referência, sem cumprimento de carência, desde que solicitem a adesão em até 30 (trinta) dias, a contar da celebração do contrato.
  - 5.9.2. Do recém-nascido, filho natural ou sob guarda ou tutela isentos do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de até 30 (trinta) dias após o evento nascimento ou da tutela, ou guarda.
  - 5.9.3. Do filho menor de 12 (doze) anos, adotado por beneficiário do plano de saúde, ou sob guarda ou tutela deste, desde que a adesão ocorra em até 30 (trinta) dias da adoção, guarda ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal conforme ocaso.
  - 5.9.4. Do filho menor de 12 anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente desde que sua adesão ocorra em até 30 dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai.
  - 5.9.5. Do cônjuge, sem cumprimento de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o casamento ou União Estável.
  - 5.9.6. Dos novos servidores, desde que o pedido de adesão do titular e seus dependentes ocorra em até 30 dias da posse do mesmo, sem cumprimento de carências.
  - 5.9.7. Ultrapassados os prazos para isenção das carências conforme itens anteriores, os servidores ativos ou inativos do CREMEB poderão solicitar sua inclusão, bem como de seus dependentes, a qualquer tempo, porém, estarão sujeitos ao cumprimento das carências e COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) para doenças e lesões preexistentes conforme Tabela da Operadora Contratada.
- 5.10. A Tabela de Carências da Operadora Contratada deverá observar os prazos máximos estabelecidos pela Lei 9656/98 da ANS,
- 5.11. Para confirmação das doenças e lesões preexistentes que os beneficiários saibam ser portadores/sofredores, estes preencherão o formulário de Declaração Pessoal de Saúde fornecido pela Operadora Contratada para registro das informações no ato da inscrição dos beneficiários no plano de saúde vigente.



# CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

## 6. DO PERFIL ETÁRIO

6.1. No intuito de subsidiar os cálculos dos valores passíveis de cobrança pela empresa prestadora informamos o quadro quantitativo de pessoal do CREMEB, seus dependentes e agregados, a saber:

DISTRIBUIÇÃO DO QUADRO ATUAL DE SERVIDORES E DEPENDENTES POR FAIXA ETÁRIA E GÊNERO												
		APARTAMENTO				ENFERMARIA						
		TITULARES		DEPENDENTES		TITULARES		DEPENDENTES				
	Sexo	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	GERAL
FAIXA	Faixa etária											
I	00 - 18	0	0	12	13	0	0	6	4	18	17	35
II	19 - 23	0	0	3	4	0	0	2	5	5	9	14
III	24 - 28	1	0	1	4	1	1	2	6	5	11	16
IV	29 - 33	3	1	0	2	4	1	3	0	10	4	14
V	34 - 38	4	4	1	3	0	2	2	1	7	10	17
VI	39 - 43	5	11	3	3	0	1	1	0	9	15	24
VII	44 - 48	4	0	4	4	3	3	0	1	11	8	19
VIII	49 - 53	4	9	1	1	0	4	4	1	9	15	24
IX	54 - 58	0	5	3	1	2	5	3	3	8	14	22
X	59 +	1	6	1	5	2	3	3	0	7	14	21
<b>TOTAIS</b>		<b>22</b>	<b>36</b>	<b>29</b>	<b>40</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>26</b>	<b>21</b>	<b>89</b>	<b>117</b>	<b>206</b>

APOSENTADOS E DEPENDENTES							
Faixa	Descrição da Faixa	Titulares	Titulares	Dependentes	Dependentes	Usuário Extra	Total
		(F)	(M)	(F)	(M)	(M)	
V	34 a 38	0	0	0	0	2	2
	> 63	4	1	1	1	0	7
<b>Sub Total</b>							<b>9</b>

**TOTAL GERAL DE VIDAS**  
**215 (duzentos e quinze)**

6.2. O CREMEB não se obrigará a cobrir qualquer quantidade mínima de adesões. Os números apresentados são informativos, atualizados até o mês de dezembro de 2021.

6.3. A adesão ao plano de saúde será facultativa aos servidores do CREMEB

## 7. DA AREA DE ABRANGÊNCIA

7.1. A assistência médica, hospitalar e obstetria, ambulatorial e laboratorial sem coparticipação terá abrangência com cobertura mínima no estado da Bahia.

7.2. Para os casos de urgência e emergência, obrigatoriamente, em âmbito nacional.

7.3. Na inexistência ou indisponibilidade de rede de atendimento demandado em algum Município, dentro da área de abrangência deste contrato, o atendimento deverá ser disponibilizado em Município limítrofe, atendendo aos critérios conforme Resolução Normativa ANS de nº 259 de 17/06/2011 e nº 268 de 01/09/2011 e suas atualizações.





# CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

## 8. DOS TIPOS DE PLANO

8.1. A cobertura dos serviços de assistência médica deverá atender a 03 (três) tipos de planos, com cobertura mínima estadual, podendo ser ofertado produto com cobertura nacional a seguir descritos:

- a. Plano tipo A – Acomodação Coletiva -Enfermaria
- b. Plano tipo B – Acomodação Individual -Apartamento
- c. Plano tipo C – Acomodação Coletiva (Enfermaria) Nacional

8.2. Os serviços objeto do presente certame deverão ser firmados com preço por faixa etária, do Plano tipo A- enfermaria.

8.3. O critério de julgamento **recairá sobre o valor total para 12 (doze) meses, conforme abaixo:**

FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS	Valor Unt.	Valor Mensal	Valor anual
0-18	35			
19-23	14			
24-28	16			
29-33	14			
34-38	19			
39-43	24			
44-48	19			
49-53	24			
54-58	22			
Acima de 58	28			
<b>TOTAL DE VIDAS</b>	<b>215</b>			

**Valor Total 12 (doze) meses**

**R\$**

## 9. DA REDE CREDENCIADA

9.1. Os serviços objeto da presente licitação serão prestados através de rede própria e/ou referenciada.

9.2. A operadora contratada deverá manter ativa, durante toda a vigência do contrato, quantidade igual ou superior de estabelecimentos e profissionais constantes da rede credenciada informada quando da contratação, comunicando por quaisquer meios de divulgação, eventuais alterações em conformidade com a Lei nº 9.656/98, respeitando-se o padrão de qualidade dos estabelecimentos e serviços oferecidos.

9.3. No caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador para realizar procedimento ou evento em saúde conforme Rol da ANS, em algum município dentro da área de abrangência de cobertura do plano ofertado, o atendimento deverá ser disponibilizado conforme Resoluções Normativas da ANS.

9.4. A rede credenciada será disponibilizada pela Contratante através de site próprio da operadora, constando relação atualizada de médicos, hospitais, com seus respectivos endereços e telefones, ou através de Central de Atendimento por telefone.

9.5. A operadora contratada deverá disponibilizar nas cidades do interior da Bahia, serviço de central telefônica gratuita (0800) de atendimento de 24 h (vinte e quatro horas), de modo a facilitar o atendimento ao beneficiário nos casos de urgência e emergência, visando também auxiliar os interessados na escolha do melhor local para atendimento e prestação de outros esclarecimentos e informações com relação à rede credenciada.

9.6. Caso haja mudança de prestador de serviço de saúde da rede credenciada, ou em casos de substituição de estabelecimento hospitalar, deve-se adotar o que preceitua a Lei n.º 9.656/98.

9.7. Será exigido o credenciamento de:

- 9.7.1. No mínimo 03 Hospitais em Salvador, dentre os seguintes hospitais relacionados: São Rafael, Santo Amaro, Português, Cidade, Jorge Valente ou Hospital da Bahia.



# CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

- 9.7.2.01(uma) Instituição para tratamento de dependência química, cujo período máximo de internamento permitido será de acordo com as Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos da ANS;
- 9.7.3.01 (um) Hospital com Urgência e Emergência 24h, dentro da área de abrangência do plano contratado, conforme item 7.1.
- 9.7.4.01 (uma) Unidade de Atendimento Infantil com Urgência e Emergência 24hs dentro da área de abrangência do plano contratado, conforme item 7.1.
- 9.7.5. Nos casos de Indisponibilidade de Prestador Integrante da Rede Assistencial ou Inexistência de Prestador, dentro da área de abrangência do plano contratado deverá ser seguida as determinações previstas na RN nº 259 e nº 268, ou Resolução Vigente à época.
- 9.8. A disponibilização da Rede Hospitalar, abrangendo todas as localidades para atendimento aos colaboradores do CREMEB de Salvador, elencadas neste TERMO DE REFERENCIA que é parte integrante do Edital, deverá ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a LICITANTE ser declarada vencedora do certame, como requisito para assinatura do Contrato, podendo tal prazo, por conveniência administrativa, ser prorrogado por igual período.
- 9.9. Atendimento emergencial, 24:00 horas/dia, todos os dias da semana, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças relacionadas a saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigentes à época do evento, para segmentação ambulatorial hospitalar, com obstetrícia.

## 10. DAS CARÊNCIAS

- 10.1. Não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário titular formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
- 10.2. Para os beneficiários que aderirem ao plano após decorridos 30 dias de vigência será permitido o cumprimento de carências, conforme Tabela da Contratada, que deverá ser apresentada na assinatura do contrato.
- 10.3. Ficará assegurado o direito de utilização dos serviços oferecidos, com inclusão imediata e sem carência, aos recém-adotados (filhos), cônjuges ou companheiros (as), filhos (as) e recém-nascidos (as), crianças e/ou adolescentes sob guarda/tutela provisória ou definitiva, assim como os Servidores Públicos recém empossados e/ou recém-nomeados, bem como os dependentes destes, desde que seja obedecido o limite máximo de 30 (trinta) dias após a posse, nomeação ou emissão de documentos legais de nascimento, casamento, adoção, guarda/tutela provisória/definitiva e Escritura Pública de União Estável. Findo este prazo, os beneficiários estarão sujeitos ao cumprimento da carência conforme Tabela da Contratada.
- 10.4. A utilização dos serviços oferecidos conforme descrição no item 12.3 se dará após a efetivação da inclusão.
- 10.5. Caso a exclusão seja comprovadamente motivada pelo CREMEB por problemas de processos internos, quando na solicitação de reinclusão não poderá ser exigida carência.
- 10.6. Nos casos de adesão fora dos prazos estabelecidos nos incisos anteriores, o beneficiário cumprirá todas as carências e cobertura parcial temporária para doenças lesões pré-existentes.

## 11. DA ADMINISTRAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

- 11.1. A administração, o acompanhamento e a fiscalização, da Assistência Médica Hospitalar ficarão a cargo do (s) Fiscal (ais) de Contrato (indicado pela Direção), junto com a Coordenação de RH, a quem caberá manter todos os contatos e entendimentos com a PROPONENTE, visando o bom andamento da prestação dos serviços, bem como cuidar das inclusões, exclusões, alterações, 2ª vias de carteiras dos servidores/diretores e seus dependentes/agregados, agilizarem as consignações mensais, atestarem faturas e adotar outros procedimentos pertinentes.



# CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

11.2. A PROPONENTE deverá ter disponível em até 15 (quinze) dias após a assinatura do CONTRATO, o cadastro do CREMEB, bem como dos seus beneficiários em seu site e atender os mesmos, através de Chat, 0800, ou Central de Atendimento.

11.3. A PROPONENTE disponibilizará, mensalmente ou a cada 03 meses, ou há qualquer tempo, desde que solicitada, informações através de um sistema com os seguintes dados: sinistralidade, faixa-etária, tipo de usuário, grupo familiar, maiores utilizadores e quantidade de expostos, com as demonstrações de despesas por ocorrência (internamento/urgência/emergência/ambulatorial), para análise e acompanhamento gerencial, em conformidade com a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 - Geral de Proteção de Dados - LGPD.

## 12. DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS – Especificações Técnicas

12.1. Assistência Médica – Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia, conforme a Lei nº 9.656/98:

12.1.1. A Assistência Médica será efetuada nos Ambulatórios, Laboratórios, Hospitais e Consultórios próprios ou credenciados da PROPONENTE, em obediência ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento.

## 13. DAS COBERTURAS GARANTIDAS

13.1. As coberturas relativas ao plano de assistência à saúde, prazos e condições, deverão atender a legislação vigente Lei 9.656/98, em especial as Normas e Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigentes à época do evento e suas posteriores alterações.

13.2. A operadora cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época.

13.3. As garantias de coberturas aqui elencadas deverão atender a área de abrangência definida neste Termo de Referência, conforme item 7.1.

## 14. DOS SERVIÇOS QUE DEMANDAM AUTORIZAÇÕES – Especificações Técnicas

14.1. As internações clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas ou obstétricas e os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento que dependerem de autorização prévia da Operadora Contratada, obedecendo às Resoluções Normativas da ANS vigentes à época do evento.

14.2. A operadora vencedora deverá enviar à sede do CREMEB um de seus funcionários, que ficará à disposição do Conselho, sob direcionamento do RH, uma vez por semana, durante um turno, que poderá ser pela manhã ou pela tarde com a função de solicitar autorizações, resolver pendências e outras necessidades relacionadas ao Plano de Saúde a todos os servidores da CREMEB;

14.3. A operadora disponibilizará ao beneficiário do Plano contratado o acesso a exames simples, sem a necessidade de autorização prévia.

## 15. DOS SERVIÇOS LIMITADOS

15.1. Os serviços a seguir listados serão prestados de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento e suas posteriores alterações vigente a época do evento, bem como suas alterações, salvo quando a necessidade maior seja comprovada através de relatório médico, homologado por Médico e apreciado pela empresa Contratada:

15.1.1. Psicologia;

15.1.2. Fonoaudióloga;

15.1.3. Terapia ocupacional;

15.1.4. Nutricionista;

15.1.5. Psicoterapia; e

15.1.6. Procedimentos de Reeducação e Reabilitação física.



# CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

## 16. DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS

16.1. Os medicamentos a serem fornecidos serão com base nas resoluções normativas da ANS (Agência Nacional de Saúde) vigente na época do evento e suas alterações.

## 17. SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

17.1. A CONTRATADA assegurará aos usuários da CONTRATANTE os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente conforme Rol de Procedimentos da ANS.

## 18. EXCLUSÕES DE COBERTURA

18.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei n.º 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei.

## 19. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

19.1. Os atendimentos de Urgência e Emergência serão de acordo a RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU N° 13 de 3 de novembro de 1998 (publicada no DO n° 211 – quarta-feira - 04/11/98).

## 20. DO SISTEMA DE REEMBOLSO

20.1. O sistema de reembolso das despesas médico-hospitalares e laboratoriais obedecerá às garantias previstas nas resoluções normativas da ANS de n° 259 de 17/06/2011 e n°268 de 01/09/2011 e suas atualizações, vigente à época do evento, sendo observadas quando da indisponibilidade ou inexistência do Prestador dentro da área de abrangência do contrato.

20.2. Não haverá reembolso por livre escolha dos beneficiários, salvo quando ocorrer situações previstas no item 22.1.

## 21. DA REMOÇÃO

21.1. 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, conforme Lei n.º 9.656/98 ou RN da ANS.

21.2. As remoções ocorrerão viaterrestre.

21.3. Nos casos de urgência e de emergência, as coberturas serão garantidas conforme Resolução CONSU n° 13 da ANS, ou Resoluções vigentes à época.

## 22. DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

22.1. Obedecerão às regras da Operadora contratada quando as autorizações, bem como as normas estabelecidas pela ANS.

## 23. DA ALTERAÇÃO DOS TIPOS DE MODALIDADES

23.1. A alteração de modalidade, sem o cumprimento de carência, só poderá ser realizada quando do aniversário do contrato, desde que o beneficiário titular inscrito no plano manifeste seu interesse no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data de renovação do contrato. A alteração poderá ocorrer tanto para modalidade superior, quanto para uma modalidade inferior.

## 24. DA PROPOSTA

24.1. Uma vez homologada e adjudicado o objeto da licitação, dentro do prazo de validade da proposta comercial, a adjudicatária e vencedora do certame será convocada para comprovação da rede credenciada no prazo de até 20 (vinte) dias úteis, contados a partir da data da sua convocação.





# CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

24.2. Uma vez comprovada a rede credenciada mínima exigida no presente instrumento convocatório, a empresa vencedora será convocada, após a homologação, para assinatura do contrato no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, contados a partir da data da sua convocação.

## 25. DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

25.1. A licitante deverá comprovar a sua qualificação técnica, conforme abaixo:

- 25.1.1. Prova de Registro na ANS da licitante, mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro.
- 25.1.2. Prova de registro na ANS do(s) plano(s) ofertado(s), conforme área geográfica de abrangência solicitada no item 1.1, bem como da segmentação assistencial oferecida nos termos da Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015, da ANS, mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro.
- 25.1.3. Apresentação de atestado(s), emitido(s) por entidade(s) pública(s) ou privada(s), comprovando que a licitante prestou ou presta serviços pertinentes e compatíveis de planos de assistência à saúde.
- 25.1.4. O atestado de capacidade técnica deverá conter, obrigatoriamente, a especificação do serviço, a identificação da empresa ou entidade que forneceu o atestado, a assinatura e o telefone para diligências, se for o caso.
- 25.1.5. Prova de auferimento do IDSS – Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar com nota igual ou superior a “0,9”, junto ao último período apurado e divulgado pela ANS.
- 25.1.6. Declaração se comprometendo a disponibilizar a todos os beneficiários rede credenciada de atendimento ao plano ao qual o servidor tenha aderido, para prestar os serviços assistenciais descritos neste instrumento.
- 25.1.7. Declaração emitida pela licitante de que a mesma não se encontra sob Regime de Direção Fiscal junto a ANS.

## 26. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

26.1. O prazo de vigência do Contrato será 12 (doze) meses a contar da data de sua assinatura, prorrogável por iguais e sucessivos períodos até o limite de 60 (sessenta) meses, com base no inciso II do art. 57 da Lei nº 8.666/1993.

## 27. DO FATURAMENTO E COBRANÇA

27.1. AOS ATIVOS: Deverá constar na fatura a quantidade de beneficiários titulares, dependentes e agregados, estando esta de acordo com os termos de parentesco exigidos pela CONTRATANTE, devendo o período de processamento da fatura ser o mesmo informado pela CONTRATANTE para pagamento da faturamensal.

27.2. AOS INATIVOS: Deverá ser encaminhado, para ciência do CREMEB, documento descritivo contendo a indicação do faturamento referente aos inativos.

## 28. DO DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

28.1. O pagamento da totalidade das mensalidades do plano de assistência à saúde é de responsabilidade exclusiva do CREMEB, sendo realizado pela CONTRATANTE á contratada mediante apresentação de NF fatura, após ser processada pela Coordenação de Recursos Humanos, conforme estabelecido em contrato;

## 29. DA FORMALIZAÇÃO DA COBRANÇA DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

29.1. A operadora contratada deverá apresentar a Nota Fiscal/Fatura referente às cobranças de mensalidades, sendo que o pagamento ocorrerá sempre entre os dias 25 a 30 de cada mês.



# CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

29.2. O faturamento de mensalidade poderá ser enviado junto às fatuas/boletos e arquivo TXT de Mensalidade Padrão, contendo todas as informações necessárias referente a cobrança de mensalidade. O faturamento (fatura, arquivos, NF) poderá ser disponibilizado no Disco Virtual, cabendo ao CREMEB baixá-lo. A Nota Fiscal será retirada pelo CREMEB junto ao site da Prefeitura.

29.3. Caso a Nota Fiscal/Fatura apresentem qualquer divergência de valores ou dados, as contestação serão ajustadas na próxima competência, seja a maior ou a menor, não cabendo descontos em faturas.

29.4. O CREMEB não se responsabilizará pelo período utilizado pela compensação bancária para a disponibilização do valor na conta da operadora contratada.

### 30. DOS CRITÉRIO DE SELEÇÃO DA EMPRESA PRESTADORA DESERVIÇO

30.1. Será levado em consideração o critério de menor valor para 12 (doze) meses, composto por faixa-etária, sendo as propostas ranqueadas em ordem crescente.

30.2. O valor a ser apresentado na proposta dever conter o preço por faixa etária, mensal, anual e para o período de 12 (doze) meses. A valor para fins de lance no momento do prégão deve ser o total para 12 (doze) meses.

30.3. Todas as Empresas que se apresentarem devem ter registro ativo na ANS, como operadoras de plano de saúde e todas as certidões, necessárias a Habilitação conforme o Edital deve ser apresentada dentro do prazo de validade.

### 31. DO PROGRAMA DE SENSIBILIZAÇÃO PARA USO CONSCIENTE DO PLANO DE SAÚDE

31.1. A proponente desenvolverá um Programa de Sensibilização para o uso Consciente do Plano de Saúde de Saúde, o qual preverá, no mínimo, a realização de ações educativas no CREMEB através de palestras semestral e informes, conforme agendamentos prévios e acordados entre as partes.

31.2. O programa deverá ser apresentado pela Operadora em no máximo 60 (sessenta) dias após assinatura do contrato.

31.3. O programa poderá sofrer modificações de qualquer das partes e mediante aprovação do (s) fiscal (ais) do contrato, sempre com a finalidade de melhor adequar as ações previstas às necessidades da Autarquia.

### 32. DAS PENALIDADES

32.1. Será aplicada multa nas seguintes hipóteses:

DESCRIÇÃO DO MOTIVO	MULTA
Deixar de apresentar ou de colocar em prática o Programa de Sensibilização para o uso consciente do plano de Saúde.	0,1% do valor global do contrato por dia de atraso.
Mudar a Rede Credenciada sem aviso prévio à Contratante, ou desrespeitar o prazo de antecedência previsto neste termo de referência.	2% do valor global do contrato.
Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior, os serviços previstos neste termo de referência.	0,1% do valor global do contrato por dia e por unidade de atendimento.
Não apresentar no ato da assinatura do contrato relação com toda sua rede credenciada.	2% do valor global do contrato.
Deixar de manter sua rede credenciada atualizada em número igual ou superior ao existente na assinatura do contrato, salvo motivo de força maior.	0,1% do valor global do contrato por dia.
Negar procedimentos ou reembolsos, ou extrapolar os prazos previstos nas normas da ANS, sem justificativa aceitável.	0,1% do valor global do contrato por dia.

32.2. Antes da aplicação das multas serão assegurados à Contratada o direito a ampla defesa e o contraditório, sendo assegurado o devido processo legal.

### 33. DO REAJUSTE DOS PREÇOS E REEQUILIBRIO FINANCEIRO





# CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

33.1. A concessão de reajuste fica condicionada ao transcurso do prazo de 12 meses da data de assinatura do Contrato, adotando-se a Variação de Custo Médico-Hospitalar – VCMH.

33.2. Com base na variação dos custos dos serviços médicos, dos serviços hospitalares, dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços, caso a sinistralidade média dos últimos 12 meses de contrato ultrapasse 70%, poderá ocorrer uma repactuação quanto ao índice de reajuste, de modo a satisfazer ambas as partes.

## **34. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

34.1. Prestar os serviços, a partir da data da assinatura do contrato, aos beneficiários cadastrados pelo CONTRATANTE, e a partir de 72 (setenta e duas) horas após o cadastramento aos beneficiários cadastrados posteriormente.

34.2. O Departamento de Recursos Humanos encaminhará Planilha com a lista de todos os beneficiários antes da assinatura do contrato.

34.3. Assegurar aos beneficiários do CONTRATANTE os serviços de acordo com as condições correspondentes aos planos básico e apartamento que os beneficiários optarem, conforme estabelecido no Edital e anexos.

34.4. Fornecer aos beneficiários do CONTRATANTE carteiras de identificação constando seu nome e o plano a que pertencem, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, assegurará aos beneficiários o direito à utilização dos benefícios.

34.5. A operadora poderá, por qualquer meio, fornecer a carteira ou o número da inscrição do beneficiário no plano, seja por meio físico ou site ou aplicativo, no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas, e as carteiras definitivas no prazo máximo de 15 (quinze) dias, após a entrega das solicitações.

34.6. Fornecer um guia médico impresso para cada beneficiário titular ou link no Portal da Contratada indicando local específico para buscas, constando nome, telefone e endereço dos médicos, hospitais, clínicas, casas de saúde, laboratórios, institutos e outras entidades da área de saúde e serviços auxiliares credenciados conforme o domicílio do beneficiário, atualizando-o semestralmente.

34.7. Manter a rede de atendimento credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta, e, caso haja descredenciamento de qualquer profissional, hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou centro radiológico, credencial outro de mesmo porte e com a mesma capacitação técnica, abrangência e número de leitos, submetendo o credenciamento a prévia aprovação da CONTRATADA, conforme determinações das normativas da ANS.

34.8. Disponibilizar mensalmente ao CONTRATANTE listagem atualizada dos beneficiários cadastrados, constando os seguintes itens: nome e matrícula do titular e respectivos dependentes, data de nascimento e o plano que estão inscritos.

34.9. Assegurar aos beneficiários titulares que porventura se desligarem do CONTRATANTE ou se aposentarem e a seus dependentes, a manutenção da condição de beneficiário nos termos e pelo período instituído pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 03.06.98.

34.10. Assegurar aos beneficiários do CONTRATANTE, sempre que houver indisponibilidade de leito nos hospitais ou Clínicas próprios ou credenciados da CONTRATADA, acomodação em outro estabelecimento de qualidade igual ou superior, sem ônus adicional.

34.10.1. Providenciar a imediata correção das deficiências nos serviços contratados, apontadas pelo CONTRATANTE.

34.11. Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o objeto do presente contrato. Esta condição não se aplica a rede credenciada/cooperadora da Contratada. Em relação a substituição ou redimensionamento de rede será permitida, desde quando atenda a Lei 9.656/98 da ANS.

34.12. Manter, durante toda a execução do contrato, as condições de habilitação exigidas na licitação.

34.13. Não se valer do contrato para assumir obrigações perante terceiros, dando-o como garantia, nem utilizar os direitos de crédito, a serem auferidos em função dos serviços prestados, em quaisquer operações de desconto bancário, sem prévia autorização da CONTRATANTE.





# CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

34.14. Assegurar aos dependentes dos beneficiários titulares, entre 21 e 24 anos de idade, que porventura percam a condição de estudante, o direito de, ao readquiri-la, retornar à situação de beneficiário dependente como agregado, porém com as carências contratuais devidas.

## 35. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

35.1. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela Contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta;

35.2. Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por servidor especialmente designado, anotando em registro próprio as falhas detectadas, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos empregados eventualmente envolvidos, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis;

35.3. Notificar a Contratada por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições, falhas ou irregularidades constatadas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção, certificando-se que as soluções por ela propostas sejam as mais adequadas;

35.4. Pagar à Contratada o valor resultante da prestação do serviço, no prazo e condições estabelecidas neste Termo de Referência;

35.5. Efetuar as retenções tributárias devidas sobre o valor da Nota Fiscal/Fatura da contratada, no que couber, em conformidade com o item 6 do Anexo XI da IN SEGES/MP n. 5/2017.

35.6. Não praticar atos de ingerência na administração da Contratada, tais como:

35.7. exercer o poder de mando sobre os empregados da Contratada, devendo reportar-se somente aos prepostos ou responsáveis por ela indicados, exceto quando o objeto da contratação prever o atendimento direto, tais como nos serviços de recepção e apoio ao usuário;

35.8. direcionar a contratação de pessoas para trabalhar nas empresas Contratadas;

35.9. Fornecer por escrito as informações necessárias para o desenvolvimento dos serviços objeto do contrato;

35.10. Realizar avaliações periódicas da qualidade dos serviços, após seu recebimento;

35.11. Fiscalizar o cumprimento dos requisitos legais, quando a contratada houver se beneficiado da preferência estabelecida pelo art. 3º, § 5º, da Lei nº 8.666, de 1993.

35.12. Fornecer os dados necessários para a boa execução dos serviços, garantindo o acesso da CONTRATADA, às informações consideradas pertinentes e assegurando o auxílio e colaboração dos servidores do CRM/BA.

35.13. Atestar a nota fiscal/fatura após o recebimento definitivo e enviar à área financeira para efetuar o pagamento nas condições pactuadas.

35.14. Permitir à CONTRATADA, na pessoa de seus credenciados, o livre acesso às suas dependências, visando à perfeita execução dos serviços.

## 36. DISPOSIÇÕES FINAIS

36.1. Não caberá à operadora nenhuma responsabilidade por atos culposos, dolosos ou acidentais que acarretem dano à saúde do servidor ou de seus dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do servidor.

36.2. A operadora não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

## 37. FISCALIZAÇÃO DO OBJETO

37.1. O acompanhamento e a fiscalização da execução do contrato consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços, dos materiais, técnicas e equipamentos empregados, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, que serão exercidos por um ou mais representantes da Contratante, especialmente designados, na forma dos Arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666, de 1993.





# CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

37.2. O representante da Contratante deverá ter a qualificação necessária para o acompanhamento e controle da execução dos serviços e do contrato.

37.3. A verificação da adequação da prestação do serviço deverá ser realizada com base nos critérios previstos neste Termo de Referência.

37.4. O representante da Contratante deverá promover o registro das ocorrências verificadas, adotando as providências necessárias ao fiel cumprimento das cláusulas contratuais, conforme o disposto nos §§ 1º e 2º do art. 67 da Lei nº 8.666, de 1993.

37.5. O descumprimento total ou parcial das obrigações e responsabilidades assumidas pela Contratada ensejará a aplicação de sanções administrativas, previstas neste Termo de Referência e na legislação vigente, podendo culminar em rescisão contratual, conforme disposto nos artigos 77 e 87 da Lei nº 8.666, de 1993.

37.6. O CONTRATANTE exercerá, através da Gerência Administrativa, representada pelo Sr. Zenaldo Santos e da Coordenação do Departamento de Recursos Humanos, através da Sra. Marcia Aparecida Florentino dos Santos, ou por preposto expressamente indicado, podendo ser substituído, conforme conveniência e oportunidade da Administração, a gestão do objeto, o qual terá poder para:

37.6.1. Transmitir à CONTRATADA as instruções e determinações que julgar necessárias: Exigir da CONTRATADA o cumprimento rigoroso das obrigações assumidas;

37.6.2. Sustar o pagamento dos serviços pendentes, no caso de inobservância pela CONTRATADA das obrigações pactuadas;

37.6.3. Aceitar, quando julgar procedente, as justificativas apresentadas, por escrito, pela CONTRATADA, na hipótese de infração contratual deste.

37.7. As disposições previstas nesta cláusula não excluem o disposto no Anexo VIII da Instrução Normativa SLTI/MP nº 05, de 2017, aplicável no que for pertinente à contratação.

37.8.

37.9. A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da CONTRATADA, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas, vícios redibitórios, ou emprego de material inadequado ou de qualidade inferior e, na ocorrência desta, não implica corresponsabilidade da CONTRATANTE ou de seus agentes, gestores e fiscais, de conformidade com o art. 70 da Lei nº 8.666, de 1993.

Salvador, 11 de março de 2022.

Thiago Albuquerque  
Gerente Administrativo

Márcia Santos  
Coordenadora DEPARH