



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC

**EDITAL**

**PREGÃO ELETRÔNICO N. 013/2020  
(Processo Administrativo n.31-2020)**

Torna-se público, para conhecimento dos interessados, que o **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA** (“CRM-SC”), por intermédio do Pregoeiro, designado pela Portaria n. 19/2020, realizará licitação, na modalidade PREGÃO, na forma ELETRÔNICA, do tipo **MENOR PREÇO, destinada ao recebimento de propostas, sob a forma de execução indireta em regime de empreitada por PREÇO GLOBAL** nos termos da Lei n. 10.520, de 17 de julho de 2002, do Decreto nº 10.024, 20 de setembro de 2019, do Decreto n. 9.507, de 21 de setembro de 2018, da Lei Complementar n. 123, de 14 de dezembro de 2006, da Lei Complementar 147 de 14 de agosto de 2014, do Decreto n. 8.538, de 06 de outubro de 2015, aplicando-se, subsidiariamente, a Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993, e as exigências estabelecidas neste Edital.

Alertamos aos Senhores Licitantes que não incorram nas condutas previstas no art. 7º da Lei 10.520/2002 (deixar de entregar ou desistir da proposta, ensejar o retardamento da licitação, não apresentar a documentação exigida etc.), tendo em vista que será aplicada, em cumprimento à legislação vigente, a penalidade de suspensão do direito de licitar e contratar com a União e suspensão no SICAF, por período que poderá chegar a até 5 anos. Em razão disso, alertamos para a necessidade de se acautelarem quando da apresentação das propostas e no acompanhamento do andamento do certame, cuidando para que não ocorra desconexão e nem deixem de atender as solicitações do Pregoeiro. Reiteramos, ainda, a necessidade de atenta leitura ao instrumento convocatório, para que não se cometa nenhum equívoco que poderá redundar na aplicação da penalidade prevista.

**Data da sessão:08/09/2020**

**Horário: 14:00 horas**

**Local: Portal de Compras do Governo Federal – [www.comprasgovernamentais.gov.br](http://www.comprasgovernamentais.gov.br)**

**UASG: 389180**

**1. DO OBJETO**

1.1 Contratação de empresa operadora de Plano de Assistência à Saúde, com abrangência em todo o território nacional, que atenda integralmente ao disposto na Lei nº 9.656/98 e legislações complementares pertinentes, para prestação continuada de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, aos funcionários do CRM-SC e seus dependentes, hoje sendo composto por 113 (cento e treze) indivíduos.

1.2 A licitação será realizada pelo critério de menor preço global, conforme o Termo de Referência, devendo a licitante oferecer proposta para o item que o compõe.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

## **2. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

**2.1.** Os serviços somente serão contratados após a confirmação da existência de recursos na dotação orçamentária destinada a este fim.

## **3. DO CREDENCIAMENTO**

**3.1.** O Credenciamento é o nível básico do registro cadastral no SICAF, que permite a participação dos interessados na modalidade licitatória Pregão, em sua forma eletrônica.

**3.2.** O cadastro no SICAF deverá ser feito no Portal de Compras do Governo Federal, no sítio [www.comprasgovernamentais.gov.br](http://www.comprasgovernamentais.gov.br), por meio de certificado digital conferido pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira – ICP – Brasil.

**3.3.** O credenciamento junto ao provedor do sistema implica a responsabilidade do licitante ou de seu representante legal e a presunção de sua capacidade técnica para realização das transações inerentes a este Pregão.

**3.4.** É de responsabilidade exclusiva do licitante o uso adequado do sistema, cabendo-lhe zelar por todas as transações, efetuadas diretamente ou por seu representante.

**3.5.** A perda da senha ou a quebra de sigilo deverão ser comunicadas imediatamente ao provedor do sistema para imediato bloqueio de acesso.

## **4. DA PARTICIPAÇÃO NO PREGÃO**

**4.1.** Poderão participar deste Pregão interessados cujo ramo de atividade seja compatível com o objeto desta licitação, e que estejam com Credenciamento regular no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF, conforme disposto no 9º da IN SEGES/MP n. 3, de 2018.

**4.1.1.** Os licitantes deverão utilizar o certificado digital para acesso ao Sistema.

**4.2.** Não poderão participar desta licitação os interessados:

**4.2.1.** Proibidos de participar de licitações e celebrar contratos administrativos, na forma da legislação vigente;

**4.2.2.** Estrangeiros que não tenham representação legal no Brasil com poderes expressos para receber citação e responder administrativa ou judicialmente;

**4.2.3.** Que se enquadrem nas vedações previstas no artigo 9º da Lei n. 8.666, de 1993;

**4.2.4.** Que estejam em processo de dissolução, falência, cisão, fusão ou incorporação;

**4.2.5.** Entidades empresariais que estejam reunidas em consórcio;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**4.3.** Como condição de participação no Pregão, o licitante assinalará “sim” ou “não” em campo próprio do sistema eletrônico, relativo às seguintes declarações:

**4.3.1.** Que cumpre os requisitos estabelecidos no artigo 3º da Lei Complementar n. 123, de 2006, estando apto a usufruir do tratamento favorecido estabelecido em seus arts. 42 a 49.

**4.3.2.** A assinalação do campo “não” apenas produzirá o efeito de o licitante não ter direito ao tratamento favorecido previsto na Lei Complementar n. 123, de 2006, mesmo que microempresa ou empresa de pequeno porte;

**4.3.3.** Que está ciente e concorda com as condições contidas no Edital e seus anexos, bem como de que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no Edital;

**4.3.4.** Que inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no certame, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;

**4.3.5.** Que não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º, XXXIII, da Constituição;

**4.3.6.** Que a proposta foi elaborada de forma independente, nos termos da Instrução Normativa SLTI/MP n. 2, de 16 de setembro de 2009;

**4.3.7.** Que não possui, em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal;

**4.3.8.** Que os serviços são prestados por empresas que comprovem cumprimento de reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e que atendam às regras de acessibilidade previstas na legislação, conforme disposto no art. 93 da Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991.

## **5. DO ENVIO DA PROPOSTA**

**5.1.** O licitante deverá encaminhar, concomitantemente com os documentos de habilitação exigidos no Edital, a proposta por meio do sistema eletrônico até a data e horário marcados para abertura da sessão, quando, então, encerrar-se-á automaticamente a fase de recebimento de propostas.

**5.2.** Todas as referências de tempo no Edital, no aviso e durante a sessão pública observarão o horário de Brasília – DF.

**5.3.** O licitante será responsável por todas as transações que forem efetuadas em seu nome no sistema eletrônico, assumindo como firmes e verdadeiras suas propostas e lances.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**5.4.** Incumbirá ao licitante acompanhar as operações no sistema eletrônico durante a sessão pública do Pregão, ficando responsável pelo ônus decorrente da perda de negócios, diante da inobservância de quaisquer mensagens emitidas pelo sistema ou de sua desconexão.

**5.5.** Até a abertura da sessão, os licitantes poderão retirar ou substituir as propostas apresentadas, bem como os documentos de habilitação anteriormente inseridos no sistema.

**5.6.** Os licitantes poderão deixar de apresentar os documentos de habilitação que constem do SICAF, assegurado aos demais licitantes o direito de acesso aos dados constantes dos sistemas.

**5.7.** O licitante deverá enviar sua proposta mediante o preenchimento, no sistema eletrônico, dos seguintes campos:

**5.7.1.** Valor unitário, valor total mensal e valor total anual;

5.7.1.1. O valor unitário será calculado conforme descrição no item 30.4.4 do Termo de Referência e Anexo II do Edital;

5.7.1.2. O valor total mensal será o valor unitário multiplicado por 113 (cento e treze), representando o número atual de beneficiários;

5.7.1.3. O valor total anual será o valor total mensal multiplicado por 12 (doze).

5.7.1.3.1. Estes valores representam um cálculo composto por médias de faixas etárias de planos de saúde, com objetivo de se extrair a proposta com menor preço, não representando o valor real final do contrato, que dependerá do número de beneficiários, planos de saúde escolhidos e das faixas etárias dos beneficiários, ao longo da vigência do contrato;

**5.7.2.** Deverá anexar no sistema do Comprasnet Os Anexos II e III do edital, totalmente preenchidos com as propostas de preços por faixas etárias dos diferentes modelos de planos de saúde, compondo a descrição detalhada do objeto.

**5.8.** Em caso de divergência entre as especificações constantes deste Edital e as registradas no Comprasnet, prevalecerão as do Edital.

**5.9.** Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam a Contratada.

**5.10.** Nos valores propostos estarão inclusos todos os custos operacionais, encargos previdenciários, trabalhistas, tributários, comerciais e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente na prestação dos serviços.

**5.10.1.** A Contratada deverá arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos de sua proposta, caso o previsto não seja satisfatório para o atendimento do objeto da licitação, exceto quando ocorrer algum dos eventos arrolados nos incisos do §1º do artigo 57 da Lei n. 8.666, de 1993.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

5.10.2. Caso ocorra eventual equívoco, e o dimensionamento dos quantitativos previstos no contrato se revele superior às necessidades da contratante, a Administração deverá efetuar o pagamento seguindo estritamente as regras contratuais de faturamento dos serviços demandados e executados, concomitantemente com a realização, se necessário e cabível, de adequação contratual do quantitativo necessário, com base na alínea “b” do inciso I do art. 65 da Lei n. 8.666, de 1993, nos termos do art. 63, §2º da IN 5/2017);

5.11. O prazo de validade da proposta não será inferior a 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua apresentação.

## **6. DA FORMULAÇÃO DE LANCES E JULGAMENTO DAS PROPOSTAS**

6.1. A abertura da presente licitação dar-se-á em sessão pública, por meio de sistema eletrônico, na data, horário e local indicados neste Edital.

6.2. O Pregoeiro verificará as propostas apresentadas, desclassificando desde logo aquelas que não estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos neste Edital, contenham vícios insanáveis ou ilegalidades.

6.2.1. A desclassificação será sempre fundamentada e registrada no sistema, com acompanhamento em tempo real por todos os participantes.

6.2.2. A não desclassificação da proposta não impede o seu julgamento definitivo em sentido contrário, levado a efeito na fase de aceitação.

6.3. O sistema ordenará automaticamente as propostas classificadas, sendo que somente estas participarão da fase de lances.

6.4. O sistema disponibilizará campo próprio para troca de mensagens entre o Pregoeiro e os licitantes, após a fase de lances.

6.5. Iniciada a etapa competitiva, os licitantes deverão encaminhar lances exclusivamente por meio de sistema eletrônico, sendo imediatamente informados do seu recebimento e do valor consignado no registro. Os lances deverão ser ofertados pelos valores unitários

6.6. Os licitantes poderão oferecer lances sucessivos, observando o horário fixado para abertura da sessão e as regras estabelecidas no Edital.

6.7. O licitante somente poderá oferecer lance inferior ao último por ele ofertado e registrado pelo sistema.

6.7.1. Os lances deverão ser ofertados pelos **valores unitários**, conforme descrito no item 5.7.1;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 6.7.2.** Os lances oferecidos deverão obedecer ao intervalo de 0,5% (meio por cento), que incidirá tanto nos lances intermediários quanto no lance que vier a cobrir a melhor oferta;
- 6.7.3.** O intervalo entre os lances enviados pelo mesmo licitante não poderá ser inferior a vinte (20) segundos e o intervalo entre lances não poderá ser inferior a três (3) segundos
- 6.8.** Não serão aceitos dois ou mais lances de mesmo valor, prevalecendo aquele que for recebido e registrado em primeiro lugar.
- 6.9.** Durante o transcurso da sessão pública, os licitantes serão informados, em tempo real, do valor do menor lance registrado, vedada a identificação do licitante.
- 6.10.** Será adotado para o envio de lances no pregão eletrônico o modo de disputa “aberto”, em que os licitantes apresentarão lances públicos e sucessivos, com lance final e fechado.
- 6.11.** A etapa de lances da sessão pública terá duração inicial de dez minutos. Após esse prazo, havendo lances nos dois últimos minutos, a etapa de lances será prorrogada automaticamente pelo sistema, por mais dois minutos. Essa fase de lances será prorrogada automaticamente, com intervalo de dois minutos, sempre que houver lances enviados nesse período. Não havendo mais lances na prorrogação, encerra-se a recepção de lances.
- 6.12.** Caso não haja lances nos últimos dois minutos de duração desta etapa, ela será encerrada automaticamente. O pregoeiro, auxiliado pela equipe de apoio, justificadamente, poderá reiniciar a etapa de envio de lances.
- 6.13.** No caso de desconexão com o Pregoeiro, no decorrer da etapa competitiva do Pregão, o sistema eletrônico poderá permanecer acessível aos licitantes para a recepção dos lances.
- 6.14.** Quando a desconexão do sistema eletrônico para o pregoeiro persistir por tempo superior a dez minutos, a sessão pública será suspensa e reiniciada somente após decorridas vinte e quatro horas da comunicação do fato pelo Pregoeiro aos participantes, no sítio eletrônico utilizado para divulgação.
- 6.15.** Caso o licitante não apresente lances, concorrerá com o valor de sua proposta e, na hipótese de desistência de apresentar outros lances, valerá o último lance por ele ofertado, para efeito de ordenação das propostas.
- 6.16.** Encerrada a etapa de lances, será efetivada a verificação automática, junto à Receita Federal, do porte da entidade empresarial. O sistema identificará em coluna própria as microempresas e empresas de pequeno porte participantes, procedendo à comparação com os valores da primeira colocada, se esta for empresa de maior porte, assim como das demais classificadas, para o fim de aplicar-se o disposto nos art. 44 e 45 da LC n. 123, de 2006, regulamentada pelo Decreto n. 8.538, de 2015.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 6.17.** Nessas condições, as propostas de microempresas e empresas de pequeno porte que se encontrarem na faixa de até 5% (cinco por cento) acima da proposta ou lance de menor preço serão consideradas empatadas com a primeira colocada.
- 6.18.** A melhor classificada nos termos do item anterior terá o direito de encaminhar uma última oferta para desempate, obrigatoriamente em valor inferior ao da primeira colocada, no prazo de 5 (cinco) minutos controlados pelo sistema, contados após a comunicação automática para tanto.
- 6.19.** Caso a microempresa ou empresa de pequeno porte melhor classificada desista ou não se manifeste no prazo estabelecido, serão convocadas as demais licitantes microempresa e empresa de pequeno porte que se encontrem naquele intervalo de 5% (cinco por cento), na ordem de classificação, para o exercício do mesmo direito, no prazo estabelecido no subitem anterior.
- 6.20.** Só se aplica o sorteio quando houver empate entre as propostas e ausência de lances. Lances equivalentes não serão considerados iguais, vez que a ordem de apresentação pelos licitantes é utilizada como um dos critérios de classificação.
- 6.21.** Ao final do procedimento, após o encerramento da etapa competitiva, os licitantes poderão reduzir seus preços ao valor da proposta do licitante mais bem classificado.
- 6.21.1.** A apresentação de novas propostas na forma deste item não prejudicará o resultado do certame em relação ao licitante mais bem classificado.
- 6.22.** Havendo eventual empate entre propostas ou lances, o critério de desempate será aquele previsto no art. 3º, § 2º, da Lei nº 8.666/1993.

## **7. DA ACEITABILIDADE DA PROPOSTA VENCEDORA**

- 7.1.** Encerrada a etapa de lances e depois da verificação de possível empate, o Pregoeiro examinará a proposta classificada em primeiro lugar quanto ao preço, a sua exequibilidade, bem como quanto ao cumprimento das especificações do objeto.
- 7.2.** O critério de julgamento das propostas será o menor preço global, equivalente ao preço total anual descrito no item 5.7.1 do presente edital e descrito no item 30.4 do Termo de Referência;
- 7.3.** Será desclassificada a proposta ou o lance vencedor, que:
- 7.3.1.** Contenha vício insanável ou ilegalidade;
  - 7.3.2.** Não apresente as especificações técnicas exigidas pelo termo de referência;
  - 7.3.3.** Apresente preço final superior ao preço estimado fixado, ou que apresentar preço manifestamente inexequível;
  - 7.3.4.** Não vierem a comprovar sua exequibilidade.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**7.4.** Se houver indícios de inexequibilidade da proposta de preço, ou em caso da necessidade de esclarecimentos complementares, poderão ser efetuadas diligências, na forma do § 3º do artigo 43 da Lei n. 8.666, de 1993, para que a empresa comprove a exequibilidade da proposta.

**7.5.** Quando o licitante apresentar preço final inferior a 30% (trinta por cento) da média dos preços ofertados para o mesmo item, e a inexequibilidade da proposta não for flagrante e evidente pela análise da planilha de custos, não sendo possível a sua imediata desclassificação, será obrigatória a realização de diligências para aferir a legalidade e exequibilidade da proposta.

**7.6.** Qualquer interessado poderá requerer que se realizem diligências para aferir a exequibilidade e a legalidade das propostas, devendo apresentar as provas ou os indícios que fundamentam a suspeita.

**7.7.** O Pregoeiro poderá convocar o licitante para enviar documento digital, por meio de funcionalidade disponível no sistema, estabelecendo no “chat” prazo mínimo de 01 (uma) hora, sob pena de não aceitação da proposta.

**7.7.1.** O prazo estabelecido pelo Pregoeiro poderá ser prorrogado por solicitação escrita e justificada do licitante, formulada antes de findo o prazo estabelecido, e formalmente aceita pelo Pregoeiro.

**7.8.** Após o encerramento da sessão da etapa de lances, o licitante, detentor da melhor oferta do item, quando convocado pelo Pregoeiro, deverá encaminhar, **no prazo de 02 (duas) horas**, por meio de funcionalidade disponível no sistema, a proposta de preços contendo: razão social, endereço, telefone, e-mail, número do CNPJ/MF, dados bancários (como: banco, agência, número da conta corrente e praça de pagamento), prazo de validade de no mínimo 60 (sessenta) dias a contar da data de sua apresentação, e conter as especificações do objeto de forma clara, acompanhada da planilha, atualizada com o lance final ofertado. Somente mediante autorização do Pregoeiro e em caso de indisponibilidade do sistema, será aceito o envio da proposta de preços por meio do **e-mail [pregao@crmsc.org.br](mailto:pregao@crmsc.org.br)**. Posteriormente, a proposta de preços deverá ser remetida em original, **no prazo de 48 (quarenta e oito) horas**, a contar da solicitação do Pregoeiro.

**7.8.1.** A proposta de preços descrita no subitem anterior deverá ser redigida em língua portuguesa, digitada, em uma via, sem emendas, rasuras, entrelinhas ou ressalvas, devendo a última folha ser assinada e as demais rubricadas pelo representante legal da licitante, nos termos do modelo da proposta comercial, constante do Anexo III deste Edital.

**7.9.** Se a proposta ou lance vencedor for desclassificado, o Pregoeiro examinará a proposta ou lance subsequente, e, assim sucessivamente, na ordem de classificação.

**7.10.** Havendo necessidade, o Pregoeiro suspenderá a sessão, informando no “chat” a nova data e horário para a continuidade da mesma.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**7.11.** O Pregoeiro poderá encaminhar, por meio do sistema eletrônico, contraproposta ao licitante que apresentou o lance mais vantajoso, com o fim de negociar a obtenção de melhor preço, vedada a negociação em condições diversas das previstas neste Edital.

**7.11.1.** Também nas hipóteses em que o Pregoeiro não aceitar a proposta e passar à subsequente, poderá negociar com o licitante para que seja obtido preço melhor.

**7.11.2.** A negociação será realizada por meio do sistema, podendo ser acompanhada pelos demais licitantes.

**7.12.** Sempre que a proposta não for aceita, e antes de o Pregoeiro passar à subsequente, haverá nova verificação, pelo sistema, da eventual ocorrência do empate ficto, previsto nos artigos 44 e 45 da LC n. 123, de 2006, seguindo-se a disciplina antes estabelecida, se for o caso.

## **8. DA HABILITAÇÃO**

**8.1.** Como condição prévia ao exame da documentação de habilitação do licitante detentor da proposta classificada em primeiro lugar, o Pregoeiro verificará o eventual descumprimento das condições de participação, especialmente quanto à existência de sanção que impeça a participação no certame ou a futura contratação, mediante a consulta aos seguintes cadastros:

**8.1.1.** SICAF;

**8.1.2.** Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas – CEIS, mantido pela Controladoria-Geral da União ([www.portaldatransparencia.gov.br/ceis](http://www.portaldatransparencia.gov.br/ceis));

**8.1.3.** Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça ([www.cnj.jus.br/improbidade\\_adm/consultar\\_requerido.php](http://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php)).

**8.1.4.** Lista de Inidôneos, mantida pelo Tribunal de Contas da União – TCU;

**8.1.5.** A consulta aos cadastros será realizada em nome da empresa licitante e também de seu sócio majoritário, por força do artigo 12 da Lei n. 8.429, de 1992, que prevê, dentre as sanções impostas ao responsável pela prática de ato de improbidade administrativa, a proibição de contratar com o Poder Público, inclusive por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário.

**8.1.5.1.** Caso conste na Consulta de Situação do Fornecedor a existência de Ocorrências Impeditivas Indiretas, o gestor diligenciará para verificar se houve fraude por parte das empresas apontadas no Relatório de Ocorrências Impeditivas Indiretas.

**8.1.5.2.** A tentativa de burla será verificada por meio dos vínculos societários, linhas de fornecimento similares, dentre outros.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

8.1.5.3. O licitante será convocado para manifestação previamente à sua desclassificação.

**8.2.** Constatada a existência de sanção, o Pregoeiro reputará o licitante inabilitado, por falta de condição de participação.

**8.3.** Os licitantes deverão apresentar a seguinte documentação relativa à Habilitação Jurídica, Regularidade Fiscal e trabalhista:

**8.4.** Habilitação jurídica:

**8.4.1.** No caso de empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;

**8.4.2.** Em se tratando de Microempreendedor Individual – MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio [www.portaldoempreendedor.gov.br](http://www.portaldoempreendedor.gov.br);

**8.4.3.** No caso de sociedade empresária ou empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial da respectiva sede, acompanhado de documento comprobatório de seus administradores;

**8.4.4.** No caso de sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de prova da indicação dos seus administradores;

**8.4.5.** Inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz, no caso de ser a participante sucursal, filial ou agência;

**8.4.6.** No caso de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País: decreto de autorização;

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

**8.4.8.** Os documentos acima deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva.

**8.5. Regularidade fiscal e trabalhista:**

8.5.1 Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas;

8.5.2 Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN),



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta n. 1.751, de 02/10/2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.

8.5.3 Prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);

8.5.4 Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943;

8.5.5 O licitante deverá comprovar a regularidade de débitos trabalhistas permanentemente durante toda a vigência do contrato.

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

8.5.7 Prova de regularidade com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do licitante, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre;

8.5.8 Caso o licitante seja considerado isento dos tributos municipais (ou estaduais) relacionados ao objeto licitatório, deverá comprovar tal condição mediante a apresentação de declaração da Fazenda Municipal (Fazenda Estadual) do seu domicílio ou sede, ou outra equivalente, na forma da lei;

8.5.9 Caso o licitante detentor do menor preço seja microempresa ou empresa de pequeno porte, deverá apresentar toda a documentação exigida para efeito de comprovação de regularidade fiscal, mesmo que esta apresente alguma restrição, sob pena de inabilitação.

8.5.10 Os seguintes documentos para a comprovação da regularidade jurídica da cooperativa:

- a) Relação dos cooperados que atendem aos requisitos técnicos exigidos para a contratação e que executarão o contrato, com as respectivas atas de inscrição e a comprovação de que estão domiciliados na localidade da sede da cooperativa, respeitado o disposto nos arts. 4º, inciso XI, 21, inciso I e 42, §§2º a 6º da Lei nº 5.764/71.
- b) Declaração de regularidade de situação do contribuinte individual – DRSCI.
- c) Comprovação do capital social proporcional ao número de cooperados necessários à prestação do serviço.
- d) Registro previsto no art. 107 da Lei nº 5.764/71.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

e) Comprovação de integração das respectivas quotas-partes por parte dos cooperados que executarão o contrato.

**8.6 Qualificação Econômico-Financeira:**

8.6.1 Certidão negativa de falência, expedida pelo distribuidor da sede do licitante;

8.6.1.1 A certidão, referida no subitem anterior, que não estiver mencionando explicitamente o prazo de validade, somente será aceita com o prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da data de sua emissão;

8.6.2 Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, referentes ao último exercício social, comprovando índices de Liquidez Geral (LG), Liquidez Corrente (LC), e Solvência Geral (SG) superiores a 1 (um);

8.6.2.1 O licitante que apresentar índices econômicos iguais ou inferiores a 1 (um) em qualquer dos índices de Liquidez Geral, Solvência Geral e Liquidez Corrente deverá comprovar patrimônio líquido não inferior a 10% (dez por cento) do valor estimado da contratação.

**8.7 Qualificação Técnica**

8.7.1 Registro ou inscrição da empresa licitante na entidade profissional ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, em plena validade;

**8.7.2** Registro ou inscrição da empresa licitante no Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CRM-SC), **apresentado no ato da contratação do serviço.**

8.7.3 Comprovação de aptidão para a prestação dos serviços em características, quantidades e prazos compatíveis com o objeto desta licitação, por período não inferior a 03 (três) anos, mediante a apresentação de atestados fornecidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado.

8.7.4 Os atestados deverão referir-se a serviços prestados no âmbito de sua atividade econômica principal ou secundária especificadas no contrato social vigente;

8.7.5 Somente serão aceitos atestados expedidos após a conclusão do contrato ou se decorrido, pelo menos, um ano do início de sua execução, exceto se firmado para ser executado em prazo inferior, conforme item 10.8 do Anexo VII-A da IN SEGES/MPDG n. 5, de 2017.

8.7.6 Para a comprovação da experiência mínima de 3 (três) anos, é admitida a apresentação de atestados referentes a períodos sucessivos não contínuos, não havendo a obrigatoriedade de os três anos serem ininterruptos, conforme item 10.7.1 do Anexo VII-A da IN SEGES/MPDG n. 5/2017.

8.7.7 Poderá ser admitida, para fins de comprovação de quantitativo mínimo do serviço, a apresentação de diferentes atestados de serviços executados de forma concomitante, pois essa situação equivale, para fins de comprovação de capacidade



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

técnico-operacional, a uma única contratação, nos termos do item 10.9 do Anexo VII-A da IN SEGES/MPDG n. 5/2017.

8.7.8 O licitante disponibilizará todas as informações necessárias à comprovação da legitimidade dos atestados apresentados, apresentando, dentre outros documentos, cópia do contrato que deu suporte à contratação, endereço atual da contratante e local em que foram prestados os serviços, consoante o disposto no item 10.10 do Anexo VII-A da IN SEGES/MPDG n. 5/2017.

8.7.9 Não serão aceitos Atestados de Capacidade Técnica emitidos pela própria licitante.

8.8 Para executar tais tarefas, a empresa candidata à prestação do serviço deverá ter o seguinte perfil e condições, no ato da contratação do serviço:

8.8.1 Comprovação de rede assistencial mínima registrada à ANS;

8.8.2 Registro de Empresa da Contratada juntamente ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CRM-SC);

8.8.3 Listagem contendo a relação de procedimentos e exames por plano de adesão para as quais deverá ser exigida autorização prévia por parte do beneficiário;

8.9 O licitante enquadrado como Microempreendedor Individual que pretenda auferir os benefícios do tratamento diferenciado previstos na Lei Complementar n. 123, de 2006, estará dispensado (a) da prova de inscrição nos cadastros de contribuintes estadual e municipal e (b) da apresentação do balanço patrimonial e das demonstrações contábeis do último exercício;

8.10 Os documentos exigidos para habilitações relacionadas nos subitens acima, deverão ser apresentados junto com a proposta, na forma **do item 5.1 e 5.2**;

8.11 Não serão aceitos documentos com indicação de CNPJ/CPF diferentes, salvo aqueles legalmente permitidos;

8.12 A comprovação da regularidade fiscal e trabalhista, da qualificação econômico-financeira e da habilitação jurídica, conforme o caso, poderá ser substituída pela consulta ao SICAF, nos casos em que a empresa estiver habilitada no referido sistema, conforme o disposto nos art. 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16 da Instrução Normativa SEGES/MP n. 3, de 2018.

8.12.1 O interessado, para efeitos de habilitação prevista na Instrução Normativa SEGES/MP n. 03, de 2018, mediante utilização do sistema, deverá atender às condições exigidas no cadastramento no SICAF até o terceiro dia útil anterior à data prevista para recebimento das propostas;

8.12.2 Também poderão ser consultados os sítios oficiais emissores de certidões, especialmente quando o licitante esteja com alguma documentação vencida junto ao SICAF;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 8.13 Caso o Pregoeiro não logre êxito em obter a certidão correspondente por meio do sítio oficial, ou na hipótese de se encontrar vencida no referido sistema, o licitante será convocado a encaminhar, no **prazo de máximo de 2 (duas) horas**, documento válido que comprove o atendimento das exigências deste Edital, sob pena de inabilitação, ressalvado o disposto quanto à comprovação da regularidade fiscal das licitantes qualificadas como microempresas ou empresas de pequeno porte, conforme estatui o art. 43, § 1º da LC n. 123, de 2006.
- 8.14 A existência de restrição relativamente à regularidade fiscal não impede que a licitante qualificada como microempresa ou empresa de pequeno porte seja declarada vencedora, uma vez que atenda a todas as demais exigências do edital.
- 8.14.1 A declaração do vencedor acontecerá no momento imediatamente posterior à fase de habilitação.
- 8.15 Caso a proposta mais vantajosa seja ofertada por microempresa ou empresa de pequeno porte, e uma vez constatada a existência de alguma restrição no que tange à regularidade fiscal, a mesma será convocada para, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, após a declaração do vencedor, comprovar a regularização. O prazo poderá ser prorrogado por igual período, a critério da administração pública, quando requerida pelo licitante, mediante apresentação de justificativa.
- 8.16 A não-regularização fiscal no prazo previsto no subitem anterior acarretará a inabilitação do licitante, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital, com a reabertura da sessão pública.
- 8.17 Havendo necessidade de analisar minuciosamente os documentos exigidos, o Pregoeiro suspenderá a sessão, informando no “chat” a nova data e horário para a continuidade da mesma.
- 8.18 Será inabilitado o licitante que não comprovar sua habilitação, seja por não apresentar quaisquer dos documentos exigidos, ou apresentá-los em desacordo com o estabelecido neste Edital.
- 8.19 No caso de inabilitação, haverá nova verificação, pelo sistema, da eventual ocorrência do empate ficto, previsto nos artigos 44 e 45 da LC n. 123, de 2006, seguindo-se a disciplina antes estabelecida para aceitação da proposta subsequente.
- 8.20 Da sessão pública do Pregão divulgar-se-á Ata no sistema eletrônico.

## **9 DA REABERTURA DA SESSÃO PÚBLICA**

9.1 A sessão pública poderá ser reaberta:

- 9.1.1 Nas hipóteses de provimento de recurso que leve à anulação de atos anteriores à realização da sessão pública precedente ou em que seja anulada a



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

própria sessão pública, situação em que serão repetidos os atos anulados e os que dele dependam.

9.1.2 Quando houver erro na aceitação do preço melhor classificado ou quando o licitante declarado vencedor não assinar o contrato ou não comprovar a regularização fiscal, nos termos do art. 43, §1º da LC n. 123/2006. Nessas hipóteses, serão adotados os procedimentos imediatamente posteriores ao encerramento da etapa de lances.

9.2 Todos os licitantes remanescentes deverão ser convocados para acompanhar a sessão reaberta.

9.2.1 A convocação se dará por meio do sistema eletrônico (“chat”) e e-mail, de acordo com a fase do procedimento licitatório.

9.2.2 A convocação feita por e-mail dar-se-á de acordo com os dados contidos no SICAF, sendo responsabilidade do licitante manter seus dados cadastrais atualizados.

## **10 DO ENCAMINHAMENTO DA PROPOSTA VENCEDORA**

10.1 A proposta final do licitante declarado vencedor deverá ser encaminhada no **prazo de 2 (duas) horas**, a contar da solicitação do Pregoeiro no sistema eletrônico e deverá:

10.1.1 Ser redigida em língua portuguesa, digitada, em uma via, sem emendas, rasuras, entrelinhas ou ressalvas, devendo a última folha ser assinada e as demais rubricadas pelo licitante ou seu representante legal.

10.1.2 Apresentar a planilha de preços, devidamente ajustada ao lance vencedor, em conformidade com o modelo anexo a este instrumento convocatório.

10.1.3 Conter a indicação do banco, número da conta e agência do licitante vencedor, para fins de pagamento.

10.2 A proposta final deverá ser documentada nos autos e será levada em consideração no decorrer da execução do contrato e aplicação de eventual sanção à Contratada, se for o caso.

10.2.1 Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam a Contratada.

## **11 DOS RECURSOS**

11.1 O Pregoeiro declarará o vencedor e, depois de decorrida a fase de regularização fiscal de microempresa ou empresa de pequeno porte, se for o caso, **concederá o prazo de no mínimo 30 (trinta) minutos**, para que qualquer licitante manifeste a intenção de recorrer,



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

de forma motivada, isto é, indicando contra qual(is) decisão(ões) pretende recorrer e por quais motivos, em campo próprio do sistema.

11.2 Havendo quem se manifeste, caberá ao Pregoeiro verificar a tempestividade e a existência de motivação da intenção de recorrer, para decidir se admite ou não o recurso, fundamentadamente.

11.2.1 Nesse momento o Pregoeiro não adentrará no mérito recursal, mas apenas verificará as condições de admissibilidade do recurso.

11.2.2 A falta de manifestação motivada do licitante quanto à intenção de recorrer importará a decadência desse direito.

11.2.3 Uma vez admitido o recurso, o recorrente terá, a partir de então, o prazo de três dias para apresentar as razões, pelo sistema eletrônico, ficando os demais licitantes, desde logo, intimados para, querendo, apresentarem contrarrazões também pelo sistema eletrônico, em outros três dias, que começarão a contar do término do prazo do recorrente, sendo-lhes assegurada vista imediata dos elementos indispensáveis à defesa de seus interesses.

11.2.4 O recurso será dirigido à autoridade superior, por intermédio da que praticou o ato recorrido, a qual poderá reconsiderar sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, ou no mesmo prazo fazê-lo subir, devidamente informados, para decisão.

11.3 O acolhimento do recurso invalida tão somente os atos insuscetíveis de aproveitamento.

11.4 Os autos do processo permanecerão com vista franqueada aos interessados, no endereço constante neste Edital.

## **12 DA ADJUDICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO**

12.1 O objeto da licitação será adjudicado ao licitante declarado vencedor, por ato do Pregoeiro, caso não haja interposição de recurso, ou pela autoridade competente, após a regular decisão dos recursos apresentados.

12.2 Após a fase recursal, constatada a regularidade dos atos praticados, a autoridade competente homologará o procedimento licitatório.

## **13 DO TERMO DE CONTRATO**

13.1 Homologado o resultado da licitação, terá o adjudicatário o prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados a partir da data de sua convocação, para assinar o Termo de Contrato, cuja vigência será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por interesse da Contratante até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme disciplinado no contrato.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

13.2 Previamente à contratação a Administração realizará consulta ao SICAF para identificar possível suspensão temporária de participação em licitação, no âmbito do órgão ou entidade, proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas, observado o disposto no art. 29, da Instrução Normativa n. 3, de 26 de abril de 2018, e nos termos do art. 6º, III, da Lei n. 10.522, de 19 de julho de 2002, consulta prévia ao CADIN.

13.2.1 Nos casos em que houver necessidade de assinatura do instrumento de contrato, e o fornecedor não estiver inscrito no SICAF, este deverá proceder ao seu cadastramento, sem ônus, antes da contratação.

13.2.2 Na hipótese de irregularidade do registro no SICAF, o contratado deverá regularizar a sua situação perante o cadastro no prazo de até 05 (cinco) dias, sob pena de aplicação das penalidades previstas no edital e anexos.

13.3 Alternativamente à convocação para comparecer perante o órgão ou entidade para a assinatura do Termo de Contrato, a Administração poderá encaminhá-lo para assinatura, mediante correspondência postal com aviso de recebimento (AR) ou meio eletrônico, para que seja assinado no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da data de seu recebimento.

13.4 O prazo previsto para assinatura ou aceite poderá ser prorrogado, por igual período, por solicitação justificada do adjudicatário e aceita pela Administração.

#### **14 DO REAJUSTE**

14.1 O reajuste será aplicado conforme variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do (s) contrato (s) da Contratante atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**. Assim:

14.1.1 Reajuste = IGMP + IRT

14.2 O IGPM, o Índice de Reajuste Técnico (IRT) e a Sinistralidade serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 04 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do contrato.

14.3 O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula:

$$\text{IRT\%} = \left( \frac{\text{Sinistralidade}}{75\%} - 1 \right) * 100$$

Onde,



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**14.3.1 Sinistralidade:** é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários pelas receitas com contraprestações do período. A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

$$\text{Sinistralidade} = \left( \frac{\text{Despesa Assistencial – Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}} \right) * 100$$

**14.3.2 Despesa Assistencial:** É a soma de todas as despesas assistenciais no período com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.

**14.3.3 Coparticipação:** É a soma de todos os valores de coparticipação do período.

**14.3.4 Receitas Líquidas do Plano:** É soma de todos os valores de contraprestações do período.

14.4 A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme os seguintes parâmetros:

14.4.1 Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;

14.4.2 Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

14.5 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**, o percentual aplicado será negociado pelas partes, não podendo ser aplicado percentual inferior ao IRT, nem superior à soma do IRT e o índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

14.6 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade seja **igual ou inferior a 75% (setenta e cinco por cento)**, poderá ser negociado percentual entre as partes, que não será superior ao índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

## **15 DO RECEBIMENTO DO OBJETO, FISCALIZAÇÃO E PAGAMENTO**

15.1 Os critérios de recebimento e aceitação do objeto, de fiscalização e de pagamento estão previstos no Termo de Referência e na minuta do Termo de Contrato.

## **16 DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE E DA CONTRATADA**

16.1 As obrigações da **CONTRATANTE** e da **CONTRATADA** são as estabelecidas no Termo de Referência e na minuta do Termo de Contrato.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

## **17 DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

17.1 Comete infração administrativa, nos termos da Lei n. 10.520, de 2002, o licitante/adjudicatário que:

17.1.1 Não assinar o contrato quando convocado dentro do prazo de validade da proposta ou não assinar o termo de contrato decorrente da ata de registro de preços;

17.1.2 Apresentar documentação falsa;

17.1.3 Deixar de entregar os documentos exigidos no certame;

17.1.4 Ensejar o retardamento da execução do objeto;

17.1.5 Não mantiver a proposta;

17.1.6 Comportar-se de modo inidôneo;

17.2 Pelas inexecuções total ou parcial do objeto deste contrato, o **CRM-SC** pode aplicar à **CONTRATADA** as seguintes sanções:

**17.2.1** Advertência, por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos significativos para o **CRM-SC**;

**17.2.2** Multa moratória de 0,05% (cinco décimos por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 15 dias;

**17.2.3** Multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;

**17.2.4.** Em caso de inexecução parcial, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;

**17.2.5.** Suspensão de licitar e impedimento de contratar com o órgão, entidade ou unidade administrativa pela qual a Administração Pública opera e atua concretamente, pelo prazo de até dois anos;

**17.2.6** Impedimento de licitar e contratar com órgãos e entidades da União, com o consequente descredenciamento no SICAF pelo prazo de até cinco anos;

**17.2.6.1.** A sanção de impedimento de licitar e contratar prevista neste subitem também é aplicável em quaisquer das hipóteses previstas como infração administrativa no Edital;

**17.3** Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que seja concedida sempre que a **CONTRATADA** ressarcir o **CRM-SC** pelos prejuízos causados;

**17.4** As sanções previstas nos subitens 17.2.1, 17.2.5, 17.2.6 e 17.2.7 poderão ser aplicadas à **CONTRATADA** juntamente com as de multa, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**17.5** Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87. III e IV da Lei nº 8.666 de 1993, as empresas ou profissionais que:

17.5.1 Tenham sofrido condenação definitiva por praticar, por meios dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;

17.5.2 Tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação

17.5.3 Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com o CRM-SC em virtude de atos ilícitos praticados;

**17.6** A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à **CONTRATADA**, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666 de 1993 e, subsidiariamente a Lei nº 9.784 de 1999;

**17.7** A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado ao **CRM-SC**, observado o princípio da proporcionalidade;

**17.8** As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

## **18 DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL E DO PEDIDO DE ESCLARECIMENTO**

18.1 Até 03 (três) dias úteis antes da data designada para a abertura da sessão pública, qualquer pessoa poderá impugnar este Edital.

18.2 A impugnação poderá ser realizada por forma eletrônica, pelo e-mail [pregao@crmsc.org.br](mailto:pregao@crmsc.org.br) ou por petição dirigida ou protocolada na sede do **CRM-SC**. Quando enviada por e-mail, o emitente deve aferir a confirmação de recebimento pelo Pregoeiro.

18.3 Acolhida a impugnação, será definida e publicada nova data para a realização do certame.

18.4 Os pedidos de esclarecimentos referentes a este processo licitatório deverão ser enviados ao Pregoeiro, até 03 (três) dias úteis anteriores à data designada para abertura da sessão pública, exclusivamente por meio eletrônico via internet, no endereço indicado no Edital.

18.5 As impugnações e pedidos de esclarecimentos não suspendem os prazos previstos no certame.

18.6 Excepcionalmente poderá ser atribuído efeito suspensivo à impugnação, por meio de decisão motivada do pregoeiro nos autos do procedimento.

18.7 Caberá ao Pregoeiro, auxiliado pela área requisitante, se for o caso, decidir sobre a impugnação e sobre o pedido de esclarecimentos no prazo de dois dias úteis, contado do recebimento da(s) respectiva(s) peças.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

18.8 As respostas às impugnações e os esclarecimentos prestados pelo Pregoeiro serão entranhados nos autos do processo licitatório e estarão disponíveis para consulta por qualquer interessado.

18.9 As respostas aos pedidos de esclarecimentos, bem como demais informações relevantes, serão divulgadas mediante publicações de notas no portal COMPRASNET ([www.comprasgovernamentais.gov.br](http://www.comprasgovernamentais.gov.br)), ficando as empresas interessadas em participar do certame obrigadas a acessá-las para a obtenção das informações prestadas.

18.10 As impugnações e pedidos de esclarecimentos apresentados no Órgão, ou enviados por meio eletrônico, após o término do expediente do último dia para interposição, ou seja, após as 18:00 horas – horário de Brasília-DF, serão considerados intempestivos, conforme preceitua o art. 63, inc. I da Lei n. 9.784, de 1999.

## **19 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

19.1 Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário anteriormente estabelecido, desde que não haja comunicação em contrário, pelo Pregoeiro.

19.2 No julgamento das propostas e da habilitação, o Pregoeiro poderá sanar erros ou falhas que não alterem a substância das propostas, dos documentos e sua validade jurídica, mediante despacho fundamentado, registrado em ata e acessível a todos, atribuindo-lhes validade e eficácia para fins de habilitação e classificação.

19.3 A homologação do resultado desta licitação não implicará direito à contratação.

19.4 As normas disciplinadoras da licitação serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, desde que não comprometam o interesse da Administração, o princípio da isonomia, a finalidade e a segurança da contratação.

19.5 Os licitantes assumem todos os custos de preparação e apresentação de suas propostas e a Administração não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado do processo licitatório.

19.6 Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus Anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente na Administração.

19.7 O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará o afastamento do licitante, desde que seja possível o aproveitamento do ato, observados os princípios da isonomia e do interesse público.

19.8 Em caso de divergência entre disposições deste Edital e de seus anexos ou demais peças que compõem o processo, prevalecerá as deste Edital.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

19.9 O Edital está disponibilizado, na íntegra, nos endereços eletrônicos [www.comprasgovernamentais.gov.br](http://www.comprasgovernamentais.gov.br) e [www.crm-sc.org.br](http://www.crm-sc.org.br), e também poderá ser lido e/ou obtido na sede do CRM-SC situado na Rodovia José Carlos Daux, n. 3890, Florianópolis, SC, nos dias úteis, no horário das 08:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:30 horas, mesmo endereço e período no qual os autos do processo administrativo permanecerão com vista franqueada aos interessados.

19.10 Aplicam-se às cooperativas enquadradas na situação do art. 34 da Lei nº 11.488, de 15 de junho de 2007 todas as disposições relativas às microempresas e empresas de pequeno porte.

19.11 Integram este Edital, para todos os fins e efeitos, os seguintes anexos:

19.11.1 ANEXO I – Termo de Referência;

19.11.2 ANEXO II – Modelo para o Cálculo do Valor Global;

19.11.3 ANEXO III – Proposta de Contratação de Planos de Saúde Coletivo;

19.11.4 ANEXO IV ao ANEXO XVI – Minutas de Termos de Contratos.

Florianópolis – SC, 14 de agosto de 2020

---

Dr. Eduardo Porto Ribeiro  
Coordenador do Setor de Licitações



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA**

**1. DO OBJETO**

**1.1** Contratação de empresa operadora de Plano de Assistência à Saúde, com abrangência em todo o território nacional, que atenda integralmente ao disposto na Lei nº 9.656/98 e legislações complementares pertinentes, para prestação continuada de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, aos funcionários do CRM-SC e seus dependentes.

**2. DA JUSTIFICATIVA**

**2.1** Dar continuidade ao plano de saúde, benefício atualmente oferecido aos funcionários do CRM-SC e seus dependentes, do tipo coletivo empresarial.

**3. DA PESQUISA DE MERCADO E DOS PREÇOS**

**3.1** Devido às especificidades do objeto, o preço estimado foi obtido a partir de pesquisa de mercado efetuada junto a prestadores de serviço do setor, conforme IN SLTI/MP 05/2014, Art. 2º, inciso IV.

**3.2** O preço estimado do contrato se refere ao limite estimado ao cálculo composto por médias de faixas etárias de planos de saúde, conforme descrito no item. 22.4, com objetivo de se extrair a proposta com menor preço, não representando o valor real final do contrato, que dependerá do número de beneficiários, planos de saúde escolhidos e das faixas etárias dos beneficiários, ao longo da vigência do contrato.

**3.3** Nos termos dos Art. 3.1 e 3.2 fica estabelecido um preço estimado de **R\$300.000,00** para o presente contrato.

**3.4** O CRM-SC subsidia uma proporção destes custos dos planos de saúde dos beneficiários, sendo hoje responsável por 90% dos custos dos seus funcionários titulares e 30% dos custos dos seus dependentes.

**4. DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS PELA CONTRATADA**

**4.1** Deverá ofertar planos de assistência médica regulamentados, atendendo às exigências da Lei nº 9.656/98 e Resolução Normativa - RN n.º 428, de 7 de novembro de 2017, em vigência a partir de 02/01/2018, devendo ser permanentemente atualizados pelas Resoluções Normativas editadas pela ANS durante a vigência do contrato, bem como as demais normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS.

**4.2** Deverá ofertar uma gama de planos de saúde para adesão voluntária dos beneficiários que contemple todas as possíveis combinações das seguintes três características:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 4.2.1 Padrão de acomodação na internação hospitalar: enfermaria ou apartamento;
- 4.2.2 Área de abrangência: regional ou estadual;
- 4.2.3 Percentual de coparticipação: sem, com 20%, ou com 50% de coparticipação.
- 4.3** Os planos liberados para contratação serão indicados pelo Setor de RH do CRM-SC respeitando portaria emitida pelo Presidente do CRM-SC.
- 4.4** Deverá ter cobertura para todos os procedimentos de assistência e serviços médicos previstos e autorizados pelas normas em vigor: urgência e emergência, ambulatorial, laboratorial, hospitalar e obstetrícia; remoções por via terrestre; tratamentos, terapias, exames complementares e internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas, inclusive aquelas de maior complexidade, incluindo internações em Unidade de Terapia Intensiva e utilização de leitos especiais.
- 4.5** Deverá abranger todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- 4.6** Deverá garantir atendimento aos beneficiários em consultórios particulares credenciados, ou em rede própria, com hora marcada, sem cobrança de qualquer taxa adicional e nos prazos previstos em lei conforme resolução normativa RN nº 259 da ANS.
- 4.7** Deverá abranger os serviços referentes as especialidades de fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia de acordo com as disposições da ANS.
- 4.8** A contratada deverá possuir na sua rede credenciada/referenciada/própria, médicos, laboratórios, hospitais, clínicas, estabelecimentos que realizam exames complementares, credenciados em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, com abrangência nacional, em número suficiente para garantir e assegurar a cobertura e atendimento aos serviços cobertos pelo plano, bem como possibilidade de ampla escolha pelos funcionários do CRM-SC.
- 4.9** Rede Credenciada mínima:
  - 4.9.1 Acesso a pelo menos 03 (três) Hospitais, em Florianópolis e cidades limítrofes, todos de grande porte, e de no mínimo 01 (um) hospital em Blumenau, Chapecó, Criciúma, Tubarão, Itajaí, Joaçaba, Joinville, Lages, Porto União, Rio do Sul e São Miguel D'Oeste, credenciados ou próprios, com serviço de Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva;
  - 4.9.2 Acesso em, no mínimo, 10 (dez) clínicas particulares na região da Grande Florianópolis (SC) e de, no mínimo, 03 (três) clínicas particulares nas seguintes cidades: Blumenau; Chapecó; Criciúma; Tubarão; Itajaí; Joaçaba; Joinville; Lages; Porto União; Rio do Sul e São Miguel D'Oeste;
  - 4.9.3 Acesso a pelo menos 02 (duas) Maternidades, com UTI Neonatal, em Florianópolis e cidades limítrofes, credenciadas ou próprias.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 4.10** Para orientação dos beneficiários a contratada deverá disponibilizar aos beneficiários acesso às informações de médicos, consultórios, laboratórios, clínicas, prontos-socorros, maternidades, hospitais e demais informações necessárias para a utilização do plano de saúde.
- 4.11** A contratada deverá possuir serviço de contato gratuito, com atendimento 24h (vinte quatro horas), 07 (sete) dias por semana, inclusive finais de semana e feriados, de modo a facilitar o acesso do beneficiário nos casos de emergências e urgências, que vise também auxiliar os interesses na escolha do local para atendimento, prestando outros esclarecimentos e informações com relação à rede credenciada/referenciada/própria.
- 4.12** A contratada, no início da vigência do contrato, obriga-se a assumir todas as despesas com tratamentos hospitalares em andamento, inclusive aqueles realizados em UTI ou similares, UTI Neonatal, Unidade Coronariana e Unidade Respiratória, com a inclusão de todo o material necessário e utilizado, ligados a atos cirúrgicos.
- 4.13** A prestação de serviços será automática, com cobertura imediata e sem carências, sem cobertura parcial temporária e sem agravo, a todos os beneficiários atualmente portadores de plano de saúde pelo CRM-SC, no momento da assinatura do contrato.
- 4.14** As exclusões de cobertura do plano de Saúde deverão limitar-se às disposições das normas vigentes editadas pelo CONSU ou ANS que tratam da matéria.
- 4.15** Os atendimentos pela rede própria ou de credenciados/referenciados, serão efetuados mediante apresentação de carteiras previamente distribuídas, sem qualquer ônus adicional para os beneficiários participantes do plano de Saúde.
- 4.16** Os atendimentos serão com hora marcada diretamente entre o beneficiário e o prestador médico, realizados em consultórios e/ou clínicas da rede credenciada/referenciada/própria, sem nenhum ônus adicional para os beneficiários, e sem limite de utilização, exceto para os procedimentos constantes nas Normas vigentes editadas pelo CONSU ou ANS.

## **5. DA EXECUÇÃO**

- 5.1** As opções de planos poderão ser alteradas pelo beneficiário através de um termo de consentimento fornecido pelo Recursos Humanos do CRM-SC. O RH intermediará as respectivas alterações junto à operadora de saúde.
- 5.2** Cobertura geográfica mínima: abrangência/atendimento no Estado conforme itens 5.3, ou seja, em todas as cidades onde o CRM-SC possui unidades instaladas, devendo cobrir, inclusive, atendimentos de urgência e emergência e internação não eletiva em todo o território nacional.
- 5.3** A contratada deve possuir rede credenciada e/ou referenciada qualificada com laboratórios ou serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, consultórios, hospitais, clínicas especializadas e atendimentos de urgência e emergência nos municípios em que há hoje unidades administrativas do CRM-SC durante toda a execução contratual.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 5.4** Na eventual abertura de novas unidades em localidades diferentes das relacionadas nos subitens 5.2 e 5.3, caberá acordo entre as partes para apresentação e/ou credenciamento de prestadores, respeitando-se as condições vigentes nos planos contratados.
- 5.5** Em caso de internação decorrente de urgências e emergências, mesmo fora da área de abrangência, caberá à contratada a remoção e transporte nos moldes da Legislação vigente da ANS.
- 5.6** A coparticipação incidirá sobre todos os serviços/procedimentos classificados como ambulatoriais: a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorro; b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, medicamentos, honorários e taxas relacionadas a execução do exame; c) consultas/sessões realizadas por profissionais não médicos, previstos no Rol de procedimentos e eventos de saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapeuta, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.
- 5.7** Não incide coparticipação sobre exames preventivos e tratamentos de doenças crônicas, entre eles, tratamentos de câncer e hemodiálise e demais procedimentos estabelecidos no Rol de cobertura da ANS.
- 5.8** O valor máximo de coparticipação por procedimento será **de R\$ 190,00 (cento e noventa reais)**, independente do percentual de coparticipação do plano;
- 5.9** Ficam excluídos da lista de coberturas para todos os planos os procedimentos listados no Art. 10 da Lei nº 9656/1998 e exames admissionais, demissionários e periódicos.
- 5.10** É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento de urgência e emergência conforme art. 35C da lei 9656/98, nos casos de:
- a) Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e
  - b) Emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- 5.10.1** A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.
- 5.10.2** A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:
- a) Os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;
  - b) Os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e
  - c) Os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

5.10.3 Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

## 6. DAS CARÊNCIAS

**6.1** Conforme preconiza no Art. 6º da RN 195/2009, para os planos com números de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, não será exigida qualquer forma de carência se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 30 (trinta) dias, a contar da data de assinatura do contrato celebrado entre a **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE**.

6.1.1 Findo o prazo disposto no item 6.1, a adesão será permitida, porém estará sujeita ao período de carência, até o limite máximo do disposto na Lei nº 9.656, de 1998 ou Ato normativo da ANS; exceto nos casos previstos no item 6.1.2.

6.1.2 Ficam excluídas as carências de inclusão no plano:

6.1.2.1 Para os novos empregados do **CRM-SC** que manifestarem opção pela inclusão no plano, inclusive de seus dependentes, em até 30 (trinta) dias contados da data de assinatura do Contrato de Trabalho com prazo indeterminado;

6.1.2.2 Para aqueles que venham a adquirir a condição de beneficiário, nos termos do objeto deste contrato, após a assinatura do contrato, em função de nascimento, adoção, casamento, união estável, provimento em cargos efetivos e em comissão, guarda, tutela definitiva etc., desde que manifestada a opção pela inclusão, em até 30 (trinta) dias contados da:

6.1.2.2.1 Data de nascimento do beneficiário dependente;

6.1.2.2.2 Data do casamento do beneficiário titular para a inclusão do cônjuge.

## 7. DOS BENEFICIÁRIOS

São beneficiários dos serviços objeto deste Termo de Referência:

**7.1 Beneficiário Titular** - será considerado beneficiário titular:

7.1.1 Empregado/Servidor;

**7.2 Beneficiário Dependente** - será considerado beneficiário dependente:

7.2.1 O cônjuge ou companheiro (a);

7.2.2 Os filhos, inclusive enteados (solteiros), de empregados do **CRM-SC**, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se estudante de curso regular de ensino superior ou curso técnico de ensino médio, até 24 (vinte e quatro) anos de idade;

7.2.3 Os filhos, declarados judicialmente, incapacitados para o trabalho, inválidos ou interditados por alienação mental, de qualquer de idade;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 7.2.4 O menor, sob a guarda ou sob a tutela de funcionário efetivo do **CRM-SC**, por força de decisão judicial, até 21 (vinte e um) anos de idade;
- 7.2.5 A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde. O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como **DEPENDENTE**, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravado, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.
- 7.2.6 Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.
- 7.2.7 O **CONTRATANTE** encaminhará à **CONTRATADA**, mensalmente, até o 20º (vigésimo) dia de cada mês, a movimentação Cadastral do Contrato, ou seja, a Relação dos Beneficiários que aderiram ao Plano, nas Condições previstas neste Contrato, mediante assinatura da Ficha de Inscrição respectiva e dos que forem excluídos, ocorrendo às hipóteses previstas nestas Condições Gerais.
- 7.3** A adesão é facultativa, e o número de beneficiários poderá sofrer alterações de acordo com as movimentações de admissão e demissão do quadro de funcionários do **CRM-SC**, sem influenciar no valor médio da mensalidade.
- 7.4** Com base nos dados do mês de fevereiro/2020, são 113 (cento e treze) beneficiários, conforme quadros abaixo.

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>FUNCIONÁRIOS</b>	<b>DEPENDENTES</b>
De 0 a 18 anos	0	16
De 19 a 23 anos	0	4
De 24 a 28 anos	3	3
De 29 a 33 anos	15	1
De 34 a 38 anos	12	5
De 39 a 43 anos	11	1
De 44 a 48 anos	12	2
De 49 a 53 anos	7	1
De 54 a 58 anos	3	2
59 anos ou mais	8	7
Total de Beneficiários	71	42
<b>Total Geral</b>	<b>113</b>	



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 7.5** O número de beneficiários pode variar ao longo do contrato, visto que a adesão é facultativa, não havendo nenhuma obrigatoriedade de permanência no plano de saúde;
- 7.6** Os beneficiários (titulares e dependentes) receberão, gratuitamente carteira de identificação personalizada, a ser fornecida pela **CONTRATADA**, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo plano contratado;
- 7.7** Os documentos mínimos necessários para ingresso no plano serão os seguintes: CPF, RG, comprovante de endereço e cópia da CTPS, para titulares e RG, CPF, certidão de nascimento/casamento ou declaração de união estável, termo de guarda/tutela/curatela, para dependentes, cujo fornecimento será providenciado pela área de gestão de recursos humanos do **CRM-SC**.
- 7.8** A identificação do beneficiário será feita através de carteira de identificação fornecida pela **CONTRATADA**, acrescida de documento de identidade oficial.
- 7.9** A carteira de identificação deverá ser fornecida aos beneficiários, no prazo de até 15 (quinze) dias, contados da inclusão, constando seus nomes e tipos de serviço a que pertencem, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, assegurará aos beneficiários o direito à utilização dos serviços. No caso de extravio, emitir 2ª via, no prazo de 10 (dez) dias.
- 7.10** Enquanto não for emitida a carteira de identificação de beneficiário ou sua 2ª via, a Contratada deverá expedir, no prazo máximo de 24 horas, documento provisório que possibilite o atendimento imediato, podendo ser disponibilizado via sistema on-line, com atendimento através de documento de identificação oficial, do beneficiário.

## **8. EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO**

- 8.1** Os titulares serão excluídos do programa de assistência à saúde nos seguintes casos:
- 8.1.1 Por falecimento;
  - 8.1.2 Por demissão;
  - 8.1.3 Por aposentadoria;
  - 8.1.4 Quando solicitado pelo titular.
- 8.2** Os dependentes serão excluídos do programa de assistência à saúde nos seguintes casos:
- 8.2.1 Falecimento;
  - 8.2.2 Quando o titular ao qual estiver vinculado for excluído;
  - 8.2.3 Quando solicitado pelo titular ao qual estiver vinculado;
  - 8.2.4 Quando o dependente não cumprir /atender aos critérios deste edital.
- 8.3** O titular responderá pela sua omissão:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 8.3.1 Quaisquer prejuízos causados pelo uso indevido da carteira de identificação durante o período em que permanecer cadastrado no programa e após a vigência de sua exclusão do programa, serão de única e exclusiva responsabilidade do beneficiário, o qual deverá efetuar o ressarcimento diretamente à **CONTRATADA**.
- 8.4** No caso de demissão sem justa causa, exoneração ou aposentadoria, é facultado ao beneficiário titular, na qualidade de ex-empregado, e seus dependentes, o direito de permanecerem no plano, desde que a manifestação formal do exercício do seu direito seja efetuada no prazo de 30 (trinta) dias do desligamento, obedecendo as disposições estabelecidas na resolução normativa nº 279/2011. Caberá integralmente ao beneficiário o custeio das mensalidades do plano e o tempo de permanência obedecerá ao disposto na Legislação pertinente em vigor na data do evento.
- 8.5** Do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados:
- 8.5.1 A CONTRATANTE assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATANTE o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.
- 8.5.2 O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.
- 8.5.3 O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:
- a) indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
  - b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.
- 8.5.4 'A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);
- 8.5.5 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

8.5.6 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, § 2º da RN nº 279, de 2011);

8.5.7 Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto nos artigos: 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações;

8.5.8 O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 279, de 2011 e suas posteriores alterações);

**8.6** A condição de beneficiário deixará de existir:

8.6.1 Pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou

8.6.2 Pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 c.c inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações); ou

8.6.3 Pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

**8.7** É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa e/ou aposentado e/ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

**8.8** Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

**8.9** Do cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde.

8.9.1 No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde, oferecido aos empregados e ex-empregados da CONTRATANTE, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício, em ingressar em um plano Individual ou Familiar da Contratada, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

---

- a) A contratada disponha de Produto de plano individual ou familiar;
- b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;
- c) O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar; incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

**8.10** A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

8.10.1 Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;
- b) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

8.10.2 Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste regulamento;
- b) a pedido do beneficiário titular;
- c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

8.10.3 Caberá tão-somente ao CONTRATANTE, patrocinador, instituidor ou mantenedor solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

8.10.4 A operadora só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do patrocinador, instituidor ou mantenedor, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste regulamento, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

8.10.5 A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante e/ou da condição de dependência, previstos neste contrato.

## **9. DOS REEMBOLSOS DE DESPESAS COM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

**9.1** Nas localidades onde não haja atendimento credenciado, os beneficiários terão direito a se utilizar de consultas e demais procedimentos necessários cobertos pelo plano por qualquer profissional ou estabelecimento de saúde local, sendo reembolsado posteriormente pela contratada.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 9.2** O prazo para realização do reembolso é no máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de apresentação do comprovante de pagamento.
- 9.3** O reembolso deverá ser solicitado mediante a comprovação dos procedimentos realizados por meio de apresentação da nota fiscal/recibo, onde deverá constar a identificação do profissional ou estabelecimento de saúde, com respectivo registro de classe e CPF, e, se ainda requerido pela contratada, o relatório médico.
- 9.4** O beneficiário **terá até 1 (um) ano** para solicitar o reembolso das despesas efetuadas, contados da data da realização do evento/procedimentos médico. Perdendo o direito de solicitação após decorrido este prazo:
- 9.4.1 A CONTRATADA assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área de abrangência geográfica do plano, nos casos exclusivos de urgência e/ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial credenciada pela CONTRATADA e, ainda, das despesas efetuadas com os serviços de anestesia, em procedimentos cobertos pelo contrato, eletivos e/ou de urgência/emergência.
- 9.4.2 O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso à CONTRATADA;
- 9.4.3 O pagamento do reembolso de que trata o item anterior será efetuado de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados junto à rede credenciada para este produto, vigente à data do pagamento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:
- 9.4.4 Relatório do médico assistente, declarando:
- a) O nome do paciente;
  - b) Código de identificação;
  - c) Descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados;
  - d) Data do atendimento;
  - e) Período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
  - f) CID da doença básica;
  - g) Descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;
  - h) Declaração do médico assistente atestando o estado de emergência, quando for o caso;
- 9.5** Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital; recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem; comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 9.6 Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência, quando for o caso.
- 9.7 A contratada deverá reembolsar ao beneficiário as despesas com procedimentos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços da rede credenciada / referenciada/própria da contratada, usando como parâmetro para reembolso das despesas hospitalares a tabela da contratada.
- 9.8 A tabela de reembolso deverá ser de conhecimento de todos os beneficiários em meio analógico ou digital. Caso não possua tabela disponibilizada o reembolso ocorrerá pelo valor da nota fiscal dos serviços pagos pelo beneficiário.
- 9.9 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário e que estejam contempladas na cobertura contratada.
- 9.10 Os valores a serem reembolsados serão os das Tabelas de Remuneração e Pagamento aos Médicos e Prestadores Credenciados.
- 9.11 Quando nas situações de urgências e/ou emergências, o atendimento no âmbito nacional se der em HOSPITAIS DE CATEGORIA DIFERENCIADA (hospitais com tabelas próprias) credenciados ou não, os custos daí provenientes serão reembolsados ao CONTRATANTE de acordo com as TABELAS DE REMUNERAÇÃO E PAGAMENTO AOS MÉDICOS e PRESTADORES CREDENCIADOS praticadas pela contratada, e não daquelas praticadas pelo hospital em que se deu o atendimento.

**10. DA MIGRAÇÃO DE USUÁRIOS ENTRE OS PLANOS DE SAÚDE CONTRATADOS:**

- 10.1** A partir da data do contrato, o RH do **CRM-SC** oferecerá aos funcionários, dentre os planos de assistência à saúde, as opções disponíveis de acordo com a política interna do **CRM-SC**.
- 10.2** Os usuários poderão migrar de um plano para outro, dentre as opções disponíveis, conforme o item 10.1; o tempo exigido de permanência em um plano antes que possa haver migração (primeira ou subsequentes) não poderá ser maior que 6 meses;
- 10.3** É proibida a cobrança de quaisquer valores que não os relativos às mensalidades dos planos de saúde contratados pelos usuários, tais como: taxa de implantação do contrato, taxa de adesão para inclusão de usuários, taxa pela emissão de cartão do usuário (exceto: segunda via, por perda ou extravio);
- 10.4** Quando, por qualquer motivo atribuível à contratada (excetuado o previsto no item 8.1) o usuário efetuar despesas com serviços incluídos na cobertura assistencial do plano de saúde contratado, quando houver despesas, o usuário deverá comunicar o RH do **CRM-SC** e solicitar o ressarcimento para a Operadora de Plano de Saúde.
- 10.5** O cartão de identificação deverá ser entregue pelo usuário ao RH quando de sua exclusão do plano de saúde, que ficará responsável pela sua inutilização;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**10.6** Em caso de extravio do cartão de identificação, o usuário obrigatoriamente deverá comunicar o RH do CRM-SC e assumirá eventuais custos da sua reposição;

**10.7** Serão de responsabilidade exclusiva do usuário, quaisquer prejuízos causados pelo uso indevido do cartão de identificação, durante o período em que permanecer cadastrado ou após sua exclusão do plano de saúde, salvo após comunicação do extravio pelo RH à contratada.

## **11. DA JUNTA MÉDICA**

**11.1** A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.

**11.2** Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempassador deverá ser paga pela operadora.

## **12. SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA**

**12.1** Será fornecida ao beneficiário uma relação (Orientador Médico) contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

**12.2** A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele atendimento ou por meio da internet.

**12.3** A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:

**12.3.1** A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

**12.3.2** Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;

**12.3.3** Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;

- 12.3.4 Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

### **13. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

**13.1** A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10<sup>o</sup> Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos E Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.

**13.2** A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

**13.3** Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

**13.4** A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

**13.5** Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10<sup>o</sup> Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

**13.6** O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

### **14. COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

**14.1** A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:

I - Cobertura de consultas médicas com médicos credenciados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

III - Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

IV - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Radioterapia;
- d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- e) Hemoterapia ambulatorial;
- f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

V - Tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

- a) O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;
- c) O tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

## **15. COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

**15.1** Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

I - Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

II - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

III - cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

IV - Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

V - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, em território brasileiro;

VI - Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

VII - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral e enteral;
- f) procedimentos diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de fisioterapia;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

VIII - cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

IX - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;

XI - Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

X - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

XI - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;

XII - todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

a) o custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

b) O custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

c) o custeio integral de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

d) O custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

e) cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os diagnósticos: F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID - 10, ao beneficiário terão assegurado 180 (cento e oitenta) dias por ano de tratamento em regime de hospital-dia.

f) procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas.

XIII - transplantes de rim e córnea e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:

a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;

a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

b) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

## **16. EXCLUSÕES DE COBERTURA**

**16.1** Fica expressamente ajustado entre as partes, que a operadora não se responsabilizará pela prestação dos serviços abaixo relacionados que estão excluídos da cobertura contratual, salvo se estes, vierem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações.

### **16.1.1 PROCEDIMENTOS MÉDICOS:**

- Não estão cobertos procedimentos médicos que não constem da relação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.
- atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do território nacional, mesmo nos casos de urgência e emergência;
- atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados em território nacional fora da área de abrangência contratual;
- Tratamentos clínicos, procedimentos e exames decorrentes de tratamentos não custeados pela operadora, exceto se o evento/consequência encontrar-se previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, ocasião em que a cobertura será obrigatória independentemente da causa;
- Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, para patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças (CID-10);
- Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais; tratamentos e cirurgias não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico; cirurgias para mudança de sexo;
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidades estéticas, cosméticas, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; internações ou hotelaria em Spas ou Clínicas de



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

Emagrecimento seus procedimentos, materiais ou medicamentos e honorários profissionais;

- Escleroterapia de varizes;
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos de natureza estética em geral;
- Cirurgia refrativa, de miopia com grau inferior a 5(cinco) e de hipermetropia com grau superior a 6 (seis);
- Tratamentos clínicos e/ ou cirurgias, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento; tratamento cirúrgico para obesidade que não se enquadrem nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde;
- Transplantes de: fígado; coração; medula; pâncreas; pulmão; ou outro de qualquer natureza, exceto o de rim e córnea e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Implantes que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Tratamento odontológico, exceto cirurgia buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;
- Procedimentos e consultas médicas em especialidades não reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina;
- Exame de paternidade;
- Acupuntura por profissionais não médicos, e por médicos não credenciados;
- Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- Aviamento de óculos; gesso sintético; aparelhos de surdez; aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função;
- Fornecimento de próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico;
- Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não registrados na ANVISA;
- Medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- Vacina imunizante (exceto se internado).

**16.1.2 ATENDIMENTO DOMICILIAR:**

- Aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar;
- Consultas, atendimentos ou visitas domiciliares de qualquer natureza, mesmo em caráter de urgência ou emergência;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- Materiais e medicamentos para tratamento domiciliar;
- Serviços de enfermagem em caráter particular;
- Serviços de enfermagem domiciliar.
- Remoção domiciliar

**16.1.3 DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS:**

- Despesas hospitalares extraordinárias referentes a: ligações telefônicas, lavagem de roupas, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável; produtos de higiene pessoal; serviços extraordinários requeridos pelo usuário tais como, televisão, aparelho de ar condicionado, frigobar, estacionamento ou outras despesas que excedam o limite e condições do contrato.
- Despesas hospitalares de iniciativa do usuário e não prescritas pelo médico assistente;
- Internações hospitalares fora das condições previstas no contrato;
- Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no contrato, salvo na hipótese da ocorrência do artigo 33 da lei 9.656/98;
- Todas as despesas com acompanhantes, inclusive alimentação, exceto alimentação para o acompanhante de menores de 18 anos e maiores de 60 anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- Serviços de enfermagem em caráter particular em regime hospitalar.
- Procedimento assistencial que exija autorização prévia e realizado à revelia da Operadora, exceto nos casos de urgência e emergência;
- Não estão asseguradas as despesas com consultas, tratamentos e internações relacionadas antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas em contrato; e
- Atendimento em casos de cataclismos, guerras, comoções internas, quando declaradas

**17. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

**17.1** O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

**17.2** Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 17.3** Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.
- 17.4** O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.
- 17.5** Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.
- 17.6** O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- 17.7** É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
- 17.8** Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a **CONTRATADA** não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.
- 17.9** Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão **nova** ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- 17.10** Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- 17.11** Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.
- 17.12** Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS**, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)
- 17.13** É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 17.14** Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 17.15** O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.
- 17.16** Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a **ANS**, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.
- 17.17** Instaurado o processo administrativo na **ANS**, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.
- 17.18** A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- 17.19** A **ANS** efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 17.20** Se solicitado pela **ANS**, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 17.21** Após julgamento, e acolhida à alegação da **CONTRATADA**, pela **ANS**, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do contrato.
- 17.22** Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela **ANS**, do encerramento do processo administrativo.
- 17.23** Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

## **18. DA REMOÇÃO**

**18.1** A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

- I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

- 18.2** À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
- 18.3** Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.
- 18.4** A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
- 18.5** Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

## **19. DA ENTREGA DO OBJETO**

- 19.1** O objeto deverá ser entregue de forma mensal;
- 19.2** Em caso de serviços prestados inadequadamente ou fora das especificações do Edital ou, ainda, que não surtirem os resultados pretendidos com a contratação, a **CONTRATADA** deverá sanar os problemas nos prazos estabelecidos e de acordo com os normativos vigentes que regem a prestação de assistência à saúde suplementar, a contar do recebimento de notificação da **CONTRATANTE**.
- 19.2.1 Nessas situações, todos os ônus decorrentes de eventuais substituições de serviços correrão por conta da **CONTRATADA**.
- 19.2.2 A notificação à **CONTRATADA** poderá ser realizada por meios eletrônicos, a critério do **CRM-SC**.

## **20. VIGÊNCIA CONTRATUAL**

- 20.1** A contratação terá vigência de 12 meses, podendo ser prorrogado por interesse da Contratante até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme disciplinado no contrato.

## **21. A CONTRATADA DEVERÁ:**

- 21.1** Divulgar em seu portal corporativo na internet informações sobre a rede assistencial dos planos de saúde contratados;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 21.2** Disponibilizar à contratante, quando solicitado, e aos usuários que assim o desejarem, a relação completa de sua rede de prestadores de serviços e as demais informações pertinentes, por meio impresso ou magnético, comunicando qualquer alteração;
- 21.3** Fornecer os cartões de identificação de usuário do plano, sem ônus, no prazo máximo **de 15 dias corridos**, a contar da data da assinatura do contrato, e posteriormente, 30 dias antes da data do vencimento deles, ficando a cargo da contratante a distribuição aos usuários;
- 21.4** Em casos de perda, roubo, retificação ou desmagnetização do cartão de usuário, deverá a contratada disponibilizar meios adequados e permanentes de solicitação e retirada de cartão provisório ou declaração de atendimento, para fins de não descontinuar o atendimento; como também, fornece a segunda via do cartão de usuário, no prazo máximo de **15 dias** corridos, a partir da solicitação formal por parte da contratante, devendo o usuário arcar com eventuais taxas ou custos adicionais, nos termos da tabela praticada pela operadora;
- 21.5** Emitir formulários próprios ou dispor de sistema eletrônico para a movimentação mensal de usuários (inclusão, exclusão, transferência de acomodação, retificação de dados cadastrais, etc.) e realizar as solicitações da contratante no prazo máximo de **05 dias úteis**, a contar do recebimento dos documentos ou requerimentos relativos à movimentação cadastral;
- 21.6** Acatar os pedidos de inclusão de recém-nascido ou de exclusão de usuários em virtude de óbito, a partir do dia da comunicação da ocorrência pela contratante; garantir aos usuários (titular, dependentes e agregados) inscritos no plano de saúde, quando deixar de existir vínculo entre o titular e o CRM-SC contratante, a permanência de vinculação ao plano, até o final do mês em que ocorrer o desligamento;
- 21.7** Entregar a nota fiscal ou documento equivalente a contratante até o terceiro dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços;
- 21.8** Mensalmente, por ocasião do envio da nota fiscal para pagamento, a **CONTRATADA** deverá encaminhar à Contratante um relatório detalhado de composição de valores, no qual deverá restar demonstrado o valor cobrado por beneficiário;
- 21.9** Ainda por ocasião do pagamento, a **CONTRATADA** deverá entregar um relatório de utilização dos beneficiários, de forma a demonstrar a utilização de todos os serviços por ela prestados.
- 21.10** Executar os serviços sempre por meio de profissionais e estabelecimentos devidamente inscritos em seus respectivos conselhos e instituições fiscalizadoras;
- 21.11** Fornecer, de forma imediata, documento provisório que possibilite o atendimento ao usuário recém-inscrito no plano de saúde;
- 21.12** Trabalhar sempre com o objetivo de ampliar a rede de serviços vinculada aos planos de saúde;
- 21.13** Aceitar como usuários dos planos contratados todas as pessoas que preenchem os requisitos previstos na legislação específica, indicados pela contratante como beneficiários dos serviços de assistência à saúde;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 21.14** Enviar à sede da contratante, sempre que solicitado, preposto autorizado para resolver possíveis irregularidades identificadas, inclusive na implantação e, posteriormente, na manutenção e gerenciamento do plano, disponibilizando canal de comunicação contínuo durante toda a vigência contratual de modo permitir a perfeita utilização dos serviços contratados;
- 21.15** Assegurar um padrão de qualidade de excelência no tocante ao atendimento do paciente e seus familiares, abstendo-se de negar autorização para a realização de procedimentos incluídos na cobertura assistencial dos planos de saúde contratados.

## **22. DO PRAZO**

- 22.1** A contagem do prazo se iniciará em 5 (cinco) dias úteis da assinatura do contrato entre as partes;
- 22.2** Os pedidos de prorrogação deverão ser motivados e comunicados expressamente ao Setor de RH do CRM-SC, para análise e eventual autorização em 60 dias antes do término de vigência;
- 22.3** O objeto referente aos serviços desta contratação será realizado sob o regime de execução indireta, em regime de empreitada por **PREÇO GLOBAL**, nos termos do Art. 6.º, inciso VIII, alínea a (da Lei Federal n.º 8.666/93);
- 22.4** A **CONTRATADA** deverá disponibilizar todos os serviços aos beneficiários, conforme o termo de referência;
- 22.5** A não prestação dos serviços ou atraso no seu início será de inteira responsabilidade da **CONTRATADA**, podendo ser responsabilizada pelos prejuízos resultantes da incorreta execução do contrato.

## **23. PAGAMENTO**

- 23.1** O prazo para o pagamento será efetuado até 10 (dez) dias úteis mediante apresentação das Notas Fiscais e disponibilização dos relatórios mencionados nos **itens 14.9 e 14.10** do presente termo, após aceite do Gestor/Fiscal do Contrato, por meio de boleto, na agência e estabelecimento bancário indicado pela contratada, ou por meio previsto na legislação vigente;
- 23.2** O pagamento somente será autorizado depois do efetuado o atesto pelo servidor competente na nota fiscal apresentada;
- 23.3** Havendo erro no documento de cobrança, ou outra circunstância que impeça a liquidação da despesa, a mesma ficará pendente e o pagamento susinado até que a **CONTRATADA** providencie as medidas saneadoras necessárias, não ocorrendo, neste caso, quaisquer ônus por parte do **CONTRATANTE**;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**23.4** Antes do pagamento, a contratante realizará consulta online ao SICAF e, se necessário, aos sítios oficiais, para verificar a manutenção das condições de habilitação da contratada, devendo o resultado ser impresso, autenticado e juntado ao processo de pagamento;

23.4.1 Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, nos termos da Instrução Normativa 1.234, de 11 de janeiro de 2012, da Secretaria da Receita Federal e da Lei n. 9.430, de 1996;

**23.5** A CONTRATADA regularmente optante pelo Simples Nacional, instituído pelo artigo 12 da Lei Complementar n. 123, de 2006, não sofrerá a retenção quanto aos impostos e contribuições abrangidos pelo referido regime, em relação às suas receitas próprias, desde que, a cada pagamento, apresente a declaração de que trata o artigo 6 da Instrução Normativa RFB N. 1.234, de 11 de janeiro de 2012;

**23.6** A CONTRATANTE não se responsabilizará a por qualquer despesa que venha a ser efetuada pela contratada, que porventura não tenha sido acordado no contrato.

## **24. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

**24.1** Os recursos necessários à aquisição correrão a conta do item orçamentário **6.2.2.1.1.33.90.39.028 Plano de Saúde – Médico e odontológico do Orçamento do CRM-SC** para o exercício de 2020.

## **25. OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE**

**25.1** Constituem obrigações do **CONTRATANTE**:

25.1.1 Atender o objeto no prazo e condições estabelecidas no Edital e seus anexos;

25.1.2 Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos provisoriamente com as especificações constantes do Edital e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;

25.1.3 Relacionar, após assinatura do contrato, os beneficiários, que deverão ser incluídos no plano em até 15 (quinze) dias úteis após a celebração do instrumento;

25.1.4 Solicitar à **CONTRATADA**, por escrito, por meio magnético ou meio eletrônico, a inclusão ou exclusão de beneficiário;

25.1.5 Efetuar o pagamento da prestação de serviço mensal;

25.1.6 Comunicar a **CONTRATADA**, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;

25.1.7 Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da **CONTRATADA**, através de servidor especialmente designado como gestor do contrato;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

25.1.8 Prestar as informações e os esclarecimentos pertinentes que venham a ser solicitados pela **CONTRATADA** ou por ser preposto;

25.1.9 Investir-se nos poderes de representação dos beneficiários do serviço de saúde perante a **CONTRATADA**;

25.1.10 Comunicar, via sistema informatizado (online) ou de forma impressa, a critério da **CONTRATADA**, seguidos de documentos necessários:

25.1.10.1 Qualquer inclusão de beneficiários;

25.1.10.2 A exclusão de beneficiários;

25.1.10.3 Perda ou extravio do documento de identificação;

25.1.10.4 Os beneficiários que, por qualquer motivo, deixarem de possuir direito ao plano contratado.

**25.2** A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela **CONTRATADA** com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Termo de Contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da **CONTRATADA**, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

## **26. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

**26.1** A **CONTRATADA** deve cumprir todas as obrigações constantes no Edital, seus anexos e suas propostas, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto e, ainda:

- a) Prestar os serviços, conforme especificações constantes no Edital e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal, na qual constarão a relação dos beneficiários atendidos;
- b) Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto do contrato, de acordo com os artigos 14, 17, 23 e 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078, de 1990);
- c) Comunicar ao **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, os motivos que impossibilitam o cumprimento do prazo da prestação do serviço, com a devida comprovação;
- d) Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
- e) Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato;
- f) Solucionar todos os eventuais problemas pertinentes ou relacionados com a execução do objeto contratado, mesmo que para isso outra solução não prevista em contrato tenha que ser apresentada, para aprovação e implementação, sem ônus adicionais para o **CRM-SC**, desde que de responsabilidade da contratada;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- g) Fornecer guia de atendimento médico hospitalar, atualizado, podendo ser disponibilizado de forma impresso ou na sua forma eletrônica (*online*), ou a que mais se adequar, a critério da **CONTRATADA**, para cada beneficiário titular, quando da entrega do cartão de identificação do mesmo. Desse guia devem constar nome, telefone e endereço dos Hospitais, Clínicas e/ou Centros de Atendimento, Institutos, Laboratórios, Serviços Auxiliares de Saúde e Médicos Credenciados, comprometendo-se a informar todas as sucessivas alterações;
- h) Comunicar ao **CRM-SC** a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato, bem como providenciar a imediata correção das deficiências apontadas;
- i) Responder pelas despesas de encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, decorrentes da execução dos serviços objeto deste Termo;
- j) Executar dentro da melhor técnica e qualidade os serviços necessários à realização do objeto deste Termo;
- k) Manter atualizado endereço, inclusive eletrônico, e telefones cadastrados junto à **CONTRATANTE** para comunicações, informando imediatamente eventual alteração;
- l) Sempre que solicitado, apresentar, documentos que comprovem o cumprimento da legislação em vigor quanto às obrigações assumidas na licitação;
- m) Acatar as exigências do **CRM-SC** quanto à execução do objeto, normas de controle interno e rotinas de serviço;
- n) Os serviços contratados deverão ser ativados e estarem disponíveis para uso, no prazo máximo de 5 (cinco) dias corridos, a contar da assinatura do contrato;
- o) Assegurar os tratamentos não previstos neste instrumento, mas que constem da Resolução Normativa nº 428/2017, da ANS, e demais legislações pertinentes;
- p) Assegurar os direitos e cumprir com todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- q) Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, em observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação.
- r) Mensalmente, por ocasião do envio da nota fiscal para pagamento, a **CONTRATADA** deverá encaminhar à Contratante um relatório detalhado de composição de valores, no qual deverá restar demonstrado o valor cobrado por beneficiário.
- s) Ainda por ocasião do pagamento, a **CONTRATADA** deverá entregar um relatório de utilização dos beneficiários, de forma a demonstrar a utilização de todos os serviços por ela prestados

## **27. SUBCONTRATAÇÃO**

**27.1** Não será admitida a subcontratação do objeto licitatório.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

## **28. FISCALIZAÇÃO**

**28.1** O Fiscal e o Gestor da execução do presente contrato serão apontados pelo Setor de Recursos Humanos do CRM-SC;

**28.2** A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA** pelos danos causados ao **CONTRATANTE** ou a terceiros, resultantes de ação ou omissão culposa ou dolosa de quaisquer de seus empregados ou prepostos.

## **29. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

**29.1** Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 10.520, de 2002, a **CONTRATADA** que:

- a) Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
- b) Ensejar o retardamento da execução do objeto;
- c) Falhar ou fraudar na execução do contrato;
- d) Comportar-se de modo inidôneo;
- e) Cometer fraude fiscal.

**29.2** Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Administração pode aplicar à **CONTRATADA** as seguintes sanções:

29.2.1 Advertência, por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos;

29.2.2 Multa moratória de 0,05 % (cinco décimos por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 15 (quinze) dias;

**29.3** Multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;

29.3.1 Em caso de inexecução parcial, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;

29.3.2 Suspensão de licitar e impedimento de contratar com o órgão, entidade ou unidade administrativa pela qual a administração pública opera e atua concretamente, pelo prazo de até dois anos;

29.3.3 Impedimento de licitar e contratar com órgãos e entidades da união com o consequente descredenciamento no SICAF pelo prazo de até cinco anos, sem prejuízo das multas previstas em edital e no contrato e das demais cominações legais;

29.3.4 A Sanção de impedimento de licitar e contratar prevista neste subitem também é aplicável em quaisquer das hipóteses previstas como infração administrativa neste Termo de Referência.

29.3.5 Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados;

29.3.6 As sanções poderão ser aplicadas alternada ou cumulativamente, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados quando cabível.

**29.4** Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, as empresas ou profissionais que:

29.4.1 Tenham sofrido condenação definitiva por praticar, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;

29.4.2 Tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;

29.4.3 Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.

**29.5** A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à Contratada, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999;

**29.6** A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade;

**29.7** As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

## **30. DAS PROPOSTAS DE PREÇOS**

**30.1** A empresa interessada poderá considerar em sua proposta de preço a estimativa de 113 (cento e treze) beneficiários, conforme quadro constante no item 7.3 deste termo de referência;

**30.2** A proposta deverá contemplar mensalidade por faixa etária, segundo o artigo 2º da RN nº 63/2003 da ANS, e sob vigência do Estatuto do Idoso;

**30.3** Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária devem observar as condições descritas no Art. 3º da RN nº 63/2003 da ANS, da seguinte forma:

30.3.1 O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

30.3.2 A variação acumulada entre a sétima e décima faixas etárias não poderão ser superiores a variação acumulada entre a primeira e sétima faixas;

30.3.3 As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

**30.4** O cálculo do PREÇO GLOBAL do presente contrato será composto da seguinte forma:

30.4.1 Terá como referência cinco modelos de planos de saúde, descritos no Anexo II;

30.4.2 Para cada um destes planos de saúde deverá ser descrito o preço por faixa etária;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

30.4.3 O preço médio mensal de cada um destes planos de saúde será calculado através do valor médio dos preços das faixas etárias (soma dos preços nas 10 (dez) faixas etárias divididas por 10 (dez));

30.4.4 O valor unitário será o valor médio dos preços médios mensais dos 5 (cinco) itens (soma dos 5 (cinco) preços médios mensais divididos por 5(cinco)) multiplicado por um fator de correção para a idade média e tipos de planos atualmente contratados (fator de correção de 0,7), conforme anexo II – Modelo para o cálculo do valor global;

30.4.5 O valor total mensal será o valor unitário final multiplicado por 113 (cento e treze), representando o número atual de beneficiários;

30.4.6 O valor total anual (PREÇO GLOBAL) será o valor total mensal multiplicado por 12 (doze).

**30.5** O PREÇO GLOBAL estimado é calculado a partir da multiplicação do valor unitário pelo número atual de beneficiários (cento e treze) e por 12 (doze) meses. O cálculo de valor unitário é descrito no item 22.4.4, e tem por objetivo se extrair a proposta com menor preço, não representando o valor real final do contrato, que dependerá do número de beneficiários, planos de saúde escolhidos e das faixas etárias dos beneficiários, ao longo da vigência do contrato.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**ANEXO II - MODELO PARA O CÁLCULO DO VALOR GLOBAL**

**1 - IDENTIFICAÇÃO DA LICITANTE**

Razão social: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: \_\_\_\_\_

Pessoa de contato: Nome: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Dados bancários para pagamento: Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Operação: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_

**Representante Legal que assinará a Ata: Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_**

LOTE	ITEM	Descrição	Faixa Etária	Preço Mensal	Preço médio Por item (soma/10)
1	1	PLANO PRIVATIVO 20% COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL	0 – 18		
			19 – 23		
			24 – 28		
			29 – 33		
			34 – 38		
			39 – 43		
			44 – 48		
			49 – 53		
			54 – 58		
			59 ou +		
	<b>SOMA</b>		R\$		
	2	PLANO PRIVATIVO 20% COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL	0 – 18		
			19 – 23		
			24 – 28		
			29 – 33		
			34 – 38		
			39 – 43		
			44 – 48		
			49 – 53		
			54 – 58		
			59 ou +		
	<b>SOMA</b>		R\$		
	3	PLANO COLETIVO 20% COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL	0 – 18		
			19 – 23		
			24 – 28		
			29 – 33		
			34 – 38		
			39 – 43		
			44 – 48		
			49 – 53		
54 – 58					
59 ou +					
<b>SOMA</b>		R\$			



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

LOTE	ITEM	Descrição	Faixa Etária	Preço Mensal	Preço médio por item (soma/10)
1	4	PLANO COLETIVO 30% COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL	0 – 18		
			19 – 23		
			24 – 28		
			29 – 33		
			34 – 38		
			39 – 43		
			44 – 48		
			49 – 53		
			54 – 58		
			59 ou +		
	<b>SOMA</b>		R\$		
1	5	PLANO COLETIVO 50% COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL	0 – 18		
			19 – 23		
			24 – 28		
			29 – 33		
			34 – 38		
			39 – 43		
			44 – 48		
			49 – 53		
			54 – 58		
			59 ou +		
	<b>SOMA</b>		R\$		
<b>VALOR UNITÁRIO</b> (soma dos preços médios destes 5 (cinco) planos dividido por 5 (cinco) e multiplicado por 0,7 (zero vírgula sete))					R\$
<b>VALOR TOTAL MENSAL</b> (valor unitário final x 113)					R\$
<b>VALOR TOTAL ANUAL / PREÇO GLOBAL</b> (valor total mensal x 12)					R\$

Os serviços, objeto desta proposta, terão início na data da assinatura do contrato e serão realizados de acordo com as condições e prazos estabelecidos no Termo de Referência e seus anexos.

O prazo de validade da proposta é de \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) dias, contados da data de abertura da apresentação da proposta. (Não poderá ser inferior a 60 dias).

Caso nos seja adjudicado o objeto da licitação, comprometemo-nos a assinar o contrato no prazo determinado no Edital,

**Valor Total: R\$ \_\_\_\_\_ (por extenso: \_\_\_\_\_).**

(Localidade) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

(Representante Legal)

Observação: emitir em papel que identifique o licitante.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**ANEXO III – PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE COLETIVO**

**1 - IDENTIFICAÇÃO DA LICITANTE**

Razão social: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: \_\_\_\_\_

Pessoa de contato: Nome: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Dados bancários para pagamento: Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Operação: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_

**Representante Legal que assinará a Ata: Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_**

ITEM	DESCRIÇÃO	Faixa Etária	PREÇOS
1	PLANO PRIVATIVO SEM COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL	0 – 18	
		19 – 23	
		24 – 28	
		29 – 33	
		34 – 38	
		39 – 43	
		44 – 48	
		49 – 53	
		54 – 58	
		59 ou +	
2	PLANO PRIVATIVO 20% COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL	0 – 18	
		19 – 23	
		24 – 28	
		29 – 33	
		34 – 38	
		39 – 43	
		44 – 48	
		49 – 53	
		54 – 58	
		59 ou +	
3	PLANO PRIVATIVO 50% COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL	0 – 18	
		19 – 23	
		24 – 28	
		29 – 33	
		34 – 38	
		39 – 43	
		44 – 48	
		49 – 53	



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

		54 – 58	
		59 ou +	

ITEM	DESCRIÇÃO	Faixa Etária	PREÇOS
4	PLANO COLETIVO SEM COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL	0 – 18	
		19 – 23	
		24 – 28	
		29 – 33	
		34 – 38	
		39 – 43	
		44 – 48	
		49 – 53	
		54 – 58	
		59 ou +	
5	PLANO COLETIVO 20% COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL	0 – 18	
		19 – 23	
		24 – 28	
		29 – 33	
		34 – 38	
		39 – 43	
		44 – 48	
		49 – 53	
		54 – 58	
		59 ou +	
6	PLANO COLETIVO 50% COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL	0 – 18	
		19 – 23	
		24 – 28	
		29 – 33	
		34 – 38	
		39 – 43	
		44 – 48	
		49 – 53	
		54 – 58	
		59 ou +	



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

ITEM	DESCRIÇÃO	Faixa Etária	PREÇOS
7	PLANO PRIVATIVO SEM COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL	0 – 18	
		19 – 23	
		24 – 28	
		29 – 33	
		34 – 38	
		39 – 43	
		44 – 48	
		49 – 53	
		54 – 58	
59 ou +			
8	PLANO PRIVATIVO 20% COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL	0 – 18	
		19 – 23	
		24 – 28	
		29 – 33	
		34 – 38	
		39 – 43	
		44 – 48	
		49 – 53	
		54 – 58	
59 ou +			
9	PLANO PRIVATIVO 50% COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL	0 – 18	
		19 – 23	
		24 – 28	
		29 – 33	
		34 – 38	
		39 – 43	
		44 – 48	
		49 – 53	
		54 – 58	
59 ou +			



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

ITEM	DESCRIÇÃO	Faixa Etária	PREÇOS
10	PLANO COLETIVO SEM COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL	0 – 18	
		19 – 23	
		24 – 28	
		29 – 33	
		34 – 38	
		39 – 43	
		44 – 48	
		49 – 53	
		54 – 58	
59 ou +			
11	PLANO COLETIVO 20% COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL	0 – 18	
		19 – 23	
		24 – 28	
		29 – 33	
		34 – 38	
		39 – 43	
		44 – 48	
		49 – 53	
		54 – 58	
59 ou +			
12	PLANO COLETIVO 50% COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL	0 – 18	
		19 – 23	
		24 – 28	
		29 – 33	
		34 – 38	
		39 – 43	
		44 – 48	
		49 – 53	
		54 – 58	
59 ou +			

(Localidade) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

(Representante Legal)

Observação: emitir em papel que identifique o licitante.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**ANEXO IV - MINUTA DO CONTRATO**

**PRIVATIVO SEM COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL ENFERMARIA**

**CONTRATANTE:** CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, Autarquia Federal, com sede à Rodovia SC 401 – Km 04 – Saco Grande - Florianópolis-SC, com CNPJ n.º 79.831.566/0001-15, neste ato representado por seu Presidente Dr. Daniel Knabben Ortellado, com CPF 014.806.849-96, brasileiro, casado, Médico, residente e domiciliado nesta cidade;

**CONTRATADA:** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, pessoa jurídica, com CNPJ n.º xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, com sede à Rua xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxx – Bairro – Cidade/Estado – CEP: xxxxxxxxxxxx, Certificado de Registro junto à **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS** n.º XX.XXX-X, de acordo com a Lei n.º 9656 de 03/06/1998, neste ato representada pelo sua representante legal, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, CPF n.º xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, profissão e estaco civil;

As partes acima qualificadas, tendo em vista o que consta no Processo **Pregão Eletrônico n.º 013/2020** e em observância às disposições sujeitando-se às normas e disposições contidas na Lei n.º 10.520/02, Lei n.º 8.666/93, Decreto n.º 10.024/19 e demais regulamentos e normas que regem a matéria, resolvem celebrar o presente Termo de Contrato, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

**1. CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

- 1.1. O objeto do presente instrumento é a contratação de empresa operadora de Plano de Assistência à Saúde, com abrangência em todo o território nacional, que atenda integralmente ao disposto na Lei n.º 9.656/98 e legislações complementares pertinentes, para prestação continuada de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, aos funcionários do CRM-SC e seus dependentes, que serão prestados nas condições estabelecidas no **Termo de Referência e anexos do Edital**.
- 1.2. Este Termo de Contrato vincula-se ao Edital do Pregão, identificado no preâmbulo e aos documentos e proposta da instituição vencedora que integram o processo, independentemente de transcrição.
- 1.3. NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

NOME COMERCIAL	Nº DE REGISTRO NA ANS
PRIVATIVO SEM COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL	XXXXXXXXXXXX

1.4. **TIPO DE CONTRATAÇÃO**

Coletivo empresarial

1.5. **SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE**

**Ambulatorial + Hospitalar Obstetrícia**

1.6. **ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

Área de abrangência geográfica: **Estadual**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**1.7. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO**

<b>NOME DO PLANO</b>	<b>ACOMODAÇÃO</b>
PRIVATIVO SEM COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL	ENFERMARIA

- 1.8. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pela **CONTRATADA**, caso o Beneficiário esteja inscrito no plano cuja modalidade é Enfermaria, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

**2. CLÁUSULA SEGUNDA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

- 2.1. O beneficiário deverá informar à **CONTRATADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.
- 2.2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.
- 2.3. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.
- 2.4. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.
- 2.5. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
- 2.6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- 2.7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
- 2.8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a **CONTRATADA** não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 2.9. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão nova ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- 2.10. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- 2.11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.
- 2.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS**, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)
- 2.13. É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- 2.14. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 2.15. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.
- 2.16. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a **ANS**, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.
- 2.17. Instaurado o processo administrativo na **ANS**, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.
- 2.18. A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- 2.19. A **ANS** efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 2.20. Se solicitado pela **ANS**, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 2.21. Após julgamento, e acolhida à alegação da **CONTRATADA**, pela **ANS**, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do contrato.
- 2.22. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela **ANS**, do encerramento do processo administrativo.
- 2.23. Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

**3. CLÁUSULA TERCEIRA - A PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIARIOS PODERA OCORRER NAS SEGUINTE SITUATÖES:**

- 3.1. Perda da qualidade de beneficiário titular:
  - a) Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;  
Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:
  - a) Pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste regulamento;
  - b) A pedido do beneficiário titular;
  - c) Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.3. Caberá tão-somente ao CONTRATANTE, patrocinador, instituidor ou mantenedor solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários;
- 3.4. A operadora só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do patrocinador, instituidor ou mantenedor, nas seguintes hipóteses:
  - a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste regulamento, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98;
- 3.5. A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:
  - a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante e/ou da condição de dependência, previstos neste contrato.

**4. CLÁUSULA QUARTA - DA JUNTA MÉDICA**

- 4.1. A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados;
- 4.2. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempassador deverá ser paga pela operadora

**5. CLÁUSULA QUINTA - SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA**

- 5.1. Será fornecida ao beneficiário uma relação (Orientador Médico) contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários;
- 5.2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele atendimento ou por meio da internet;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 5.3. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:
- 5.3.1. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- 5.3.2. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- 5.3.3. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;
- 5.3.4. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

**6. CLÁUSULA SEXTA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

- 6.1. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10º Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos E Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- 6.2. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
- 6.3. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho;
- 6.4. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente;
- 6.5. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos;
- 6.6. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

**7. CLÁUSULA SÉTIMA - COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

- 7.1. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**I** - Cobertura de consultas médicas com médicos credenciados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

**III** - Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

**IV** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) Radioterapia;

d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;

e) Hemoterapia ambulatorial;

f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

**V** - Tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

a) O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;

c) O tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

**8. CLÁUSULA OITAVA - COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

8.1. Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

**I** - Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

**III** - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

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

**V** - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, em território brasileiro;

**VI** - Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

**VII** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral e enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

j) procedimentos de fisioterapia;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

**VIII** - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

**IX** - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;

**XI** - Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

**X** - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

**XI** - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;

**XII** - Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

a) o custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

b) O custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

c) o custeio integral de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

d) O custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

e) cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os diagnósticos: F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID - 10, ao beneficiário terão assegurado 180 (cento e oitenta) dias por ano de tratamento em regime de hospital-dia.

f) procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas.

**XIII - Transplantes de rim e córnea e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:**

a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;

a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;

a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

b) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**9. CLÁUSULA NONA - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

9.1. Fica expressamente ajustado entre as partes, que a operadora não se responsabilizará pela prestação dos serviços abaixo relacionados que estão excluídos da cobertura contratual, salvo se estes, vierem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações.

9.2. PROCEDIMENTOS MÉDICOS:

- a) Não estão cobertos procedimentos médicos que não constem da relação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- b) atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do território nacional, mesmo nos casos de urgência e emergência;
- c) atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados em território nacional fora da área de abrangência contratual;
- d) tratamentos clínicos, procedimentos e exames decorrentes de tratamentos não custeados pela operadora, exceto se o evento/consequência encontrar-se previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, ocasião em que a cobertura será obrigatória independentemente da causa;
- e) procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, para patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças (CID-10);
- f) procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidades estéticas, cosméticas, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; internações ou hotelaria em Spa's ou Clínicas de Emagrecimento seus procedimentos, materiais ou medicamentos e honorários profissionais;
- g) Escleroterapia de varizes;
- h) procedimentos clínicos ou cirúrgicos de natureza estética em geral;
- i) Cirurgia refrativa, de miopia com grau inferior a 5(cinco) e de hipermetropia com grau superior a 6 (seis);
- j) tratamentos clínicos e/ ou cirurgias, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento; tratamento cirúrgico para obesidade que não se enquadrem nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde;
- k) Transplantes de: fígado; coração; medula; pâncreas; pulmão; ou outro de qualquer natureza, exceto o de rim e córnea e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- l) Implantes que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- m) Tratamento odontológico, exceto cirurgia buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;
- n) procedimentos e consultas médicas em especialidades não reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- o) Exame de paternidade;
- p) Acupuntura por profissionais não médicos, e por médicos não credenciados;
- q) Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- r) Aviamento de óculos; gesso sintético; aparelhos de surdez; aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função;
- s) Fornecimento de próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico;
- t) Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não registrados na ANVISA;
- u) Medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- v) Vacina imunizante (exceto se internado)

**9.3 ATENDIMENTO DOMICILIAR:**

- 9.3.1 Aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar;
- 9.3.2 Consultas, atendimentos ou visitas domiciliares de qualquer natureza, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- 9.3.3 Materiais e medicamentos para tratamento domiciliar;
- 9.3.4 Serviços de enfermagem em caráter particular;
- 9.3.5 Serviços de enfermagem domiciliar;
- 9.3.6 Remoção domiciliar

**9.4 DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS:**

- 9.4.1 Despesas hospitalares extraordinárias referentes a: ligações telefônicas, lavagem de roupas, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável; produtos de higiene pessoal; serviços extraordinários requeridos pelo usuário tais como, televisão, aparelho de ar condicionado, frigobar, estacionamento ou outras despesas que excedam o limite e condições do contrato;
- 9.4.2 Despesas hospitalares de iniciativa do usuário e não prescritas pelo médico assistente;
- 9.4.3 Internações hospitalares fora das condições previstas no contrato;
- 9.4.4 Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no contrato, salvo na hipótese da ocorrência do artigo 33 da lei 9.656/98;
- 9.4.5 Todas as despesas com acompanhantes, inclusive alimentação, exceto alimentação para o acompanhante de menores de 18 anos e maiores de 60 anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- 9.4.6 Serviços de enfermagem em caráter particular em regime hospitalar;
- 9.4.7 Procedimento assistencial que exija autorização prévia e realizado à revelia da Operadora, exceto nos casos de urgência e emergência;
- 9.4.8 Não estão asseguradas as despesas com consultas, tratamentos e internações relacionadas antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas em contrato; e
- 9.4.9 Atendimento em casos de cataclismos, guerras, comoções internas, quando declaradas.

**10. CLÁUSULA DÉCIMA - A REMOÇÃO DO PACIENTE SERÁ GARANTIDA PELA OPERADORA NAS SEGUINTE HIPÓTESES:**

- 10.1 Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 10.2 Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação
- 10.3 À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
- 10.4 Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.
- 10.5 A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
- 10.6 Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

#### **11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO VALOR**

- 11.1 O valor total anual estimado deste contrato é de R\$ XXXXXXXXX (XXXXXXXX).

#### **12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

- 12.1. As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, pela conta de recurso **6.2.2.1.1.33.90.39.028 Plano de Saúde – Médico e odontológico do Orçamento do CRM-SC** do orçamento do **CRM-SC** para o exercício 2020.

#### **13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA EXECUÇÃO**

- 13.1. As opções de planos poderão ser alteradas pelo beneficiário através de um termo de consentimento fornecido pelo Recursos Humanos do CRM-SC. O RH intermediará as respectivas alterações junto à operadora de saúde;
- 13.2. Cobertura geográfica mínima: abrangência/atendimento no Estado conforme itens 5.3 do **Termo de Referência**, ou seja, em todas as cidades onde o CRM-SC possui unidades instaladas, devendo cobrir, inclusive, atendimentos de urgência e emergência e internação não eletiva em todo o território nacional;
- 13.3. A contratada deve possuir rede credenciada e/ou referenciada qualificada com laboratórios ou serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, consultórios, hospitais, clínicas especializadas e atendimentos de urgência e emergência nos municípios em que há hoje unidades administrativas do CRM-SC durante toda a execução contratual;
- 13.4. Na eventual abertura de novas unidades em localidades diferentes das relacionadas nos subitens 4.2 e 4.3, caberá acordo entre as partes para apresentação e/ou credenciamento de prestadores, respeitando-se as condições vigentes nos planos contratados;
- 13.5. Em caso de internação decorrente de urgências e emergências, mesmo fora da área de abrangência, caberá à contratada a remoção e transporte nos moldes da Legislação vigente da ANS;
- 13.6. A coparticipação incidirá sobre todos os serviços/procedimentos classificados como ambulatoriais: a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorros; b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, medicamentos, honorários e taxas relacionadas a execução do exame; c)



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- consultas/sessões realizadas por profissionais não médicos, previstos no Rol de procedimentos e eventos de saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapeuta, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos;
- 13.7. Não incide coparticipação sobre exames preventivos e tratamentos de doenças crônicas, entre eles, tratamentos de câncer e hemodiálise e demais procedimentos estabelecidos no Rol de cobertura da ANS;
- 13.8. O valor máximo de coparticipação por procedimento será **de R\$ 190,00 (cento e noventa reais)**, independente do percentual de coparticipação do plano;
- 13.9. Ficam excluídos da lista de coberturas para todos os planos os procedimentos listados no Art. 10 da Lei nº 9656/1998 e exames admissionais, demissionais e periódicos.

#### **14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA VIGÊNCIA**

- 14.1. O prazo de vigência deste Termo de Contrato é de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 60 (sessenta) meses, nos termos do art. 57, inc. II, da Lei nº 8.666/1993, desde que haja autorização formal da autoridade competente e observados os seguintes requisitos:
- 14.1.1.1. Os serviços tenham sido prestados regularmente;
- 14.1.1.2. A Administração mantenha interesse na realização do serviço;
- 14.1.1.3. O valor do contrato permaneça economicamente vantajoso para a Administração;
- 14.1.1.4. A contratada manifeste expressamente interesse na prorrogação.
- 14.2. A **CONTRATADA** não tem direito subjetivo à prorrogação contratual;
- 14.3. A prorrogação de contrato deverá ser promovida mediante celebração de termo aditivo.

#### **15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO PRAZO**

- 15.1. A contagem do prazo se iniciará em 5 (cinco) dias úteis da assinatura do contrato entre as partes.

#### **16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO PAGAMENTO**

- 16.1. O prazo para o pagamento será efetuado até 10 (dez) dias úteis mediante apresentação das Notas Fiscais e disponibilização dos relatórios mencionados nos itens 13.9 e 13.10 do **TERMO DE REFERÊNCIA** anexo ao edital, após aceite do Gestor/Fiscal do Contrato, por meio de boleto, na agência e estabelecimento bancário indicado pela contratada, ou por meio previsto na legislação vigente;
- 16.2. O pagamento somente será autorizado depois do efetuado o atesto pelo servidor competente na nota fiscal apresentada;
- 16.3. Havendo erro no documento de cobrança, ou outra circunstância que impeça a liquidação da despesa, a mesma ficará pendente e o pagamento susado até que a **CONTRATADA** providencie as medidas saneadoras necessárias, não ocorrendo, neste caso, quaisquer ônus por parte do **CONTRATANTE**;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 16.4. Antes do pagamento, a contratante realizará consulta online ao SICAF e, se necessário, aos sítios oficiais, para verificar a manutenção das condições de habilitação da contratada, devendo o resultado ser impresso, autenticado e juntado ao processo de pagamento;
- 16.4.1.1. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, nos termos da Instrução Normativa 1.234, de 11 de janeiro de 2012, da Secretaria da Receita Federal e da Lei n. 9.430, de 1996
- 16.5. A **CONTRATADA** regularmente optante pelo Simples Nacional, instituído pelo artigo 12 da Lei Complementar n. 123, de 2006, não sofrerá a retenção quanto aos impostos e contribuições abrangidos pelo referido regime, em relação às suas receitas próprias, desde que, a cada pagamento, apresente a declaração de que trata o artigo 6 da Instrução Normativa RFB N. 1.234, de 11 de janeiro de 2012;
- 16.6. A **CONTRATANTE** não se responsabilizará a por qualquer despesa que venha a ser efetuada pela contratada, que porventura não tenha sido acordado no contrato.

**17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRANTE**

- 17.1. Atender o objeto no prazo e condições estabelecidas no Edital e seus anexos;
- 17.2. Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos provisoriamente com as especificações constantes do Edital e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;
- 17.3. Relacionar, após assinatura do contrato, os beneficiários, que deverão ser incluídos no plano em até 15 (quinze) dias úteis após a celebração do instrumento;
- 17.4. Solicitar à **CONTRATADA**, por escrito, por meio magnético ou meio eletrônico, a inclusão ou exclusão de beneficiário;
- 17.5. Efetuar o pagamento da prestação de serviço mensal;
- 17.6. Comunicar a **CONTRATADA**, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;
- 17.7. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da **CONTRATADA**, através de servidor especialmente designado como gestor do contrato;
- 17.8. Prestar as informações e os esclarecimentos pertinentes que venham a ser solicitados pela **CONTRATADA** ou por ser preposto;
- 17.9. Investir-se nos poderes de representação dos beneficiários do serviço de saúde perante a **CONTRATADA**;
- 17.10. Comunicar, via sistema informatizado (online) ou de forma impressa, a critério da **CONTRATADA**, seguidos de documentos necessários:
- 17.10.1.1. Qualquer inclusão de beneficiários;
- 17.10.1.2. A exclusão de beneficiários;
- 17.10.1.3. Perda ou extravio do documento de identificação;
- 17.10.1.4. Os beneficiários que, por qualquer motivo, deixarem de possuir direito ao plano contratado.
- 17.11. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela **CONTRATADA** com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Termo de Contrato, bem como por qualquer



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

dano causado a terceiros em decorrência de ato da **CONTRATADA**, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

**18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

- 18.1. A **CONTRATADA** deve cumprir todas as obrigações constantes no Edital, seus anexos e suas propostas, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto e, ainda:
- a) Prestar os serviços, conforme especificações constantes no Edital e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal, na qual constará a relação dos beneficiários atendidos;
  - b) Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto do contrato, de acordo com os artigos 14, 17, 23 e 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078, de 1990);
  - c) Comunicar ao **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, os motivos que impossibilitam o cumprimento do prazo da prestação do serviço, com a devida comprovação;
  - d) Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
  - e) Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato;
  - f) Solucionar todos os eventuais problemas pertinentes ou relacionados com a execução do objeto contratado, mesmo que para isso outra solução não prevista em contrato tenha que ser apresentada, para aprovação e implementação, sem ônus adicionais para o **CRM-SC**, desde que de responsabilidade da contratada;
  - g) Fornecer guia de atendimento médico hospitalar, atualizado, podendo ser disponibilizado de forma impresso ou na sua forma eletrônica (*online*), ou a que mais se adequar, a critério da **CONTRATADA**, para cada beneficiário titular, quando da entrega do cartão de identificação do mesmo. Desse guia devem constar nome, telefone e endereço dos Hospitais, Clínicas e/ou Centros de Atendimento, Institutos, Laboratórios, Serviços Auxiliares de Saúde e Médicos Credenciados, comprometendo-se a informar todas as sucessivas alterações;
  - h) Comunicar ao **CRM-SC** a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato, bem como providenciar a imediata correção das deficiências apontadas;
  - i) Responder pelas despesas de encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, decorrentes da execução dos serviços objeto deste Termo;
  - j) Executar dentro da melhor técnica e qualidade os serviços necessários à realização do objeto deste Termo;
  - k) Manter atualizado endereço, inclusive eletrônico, e telefones cadastrados junto à **CONTRATANTE** para comunicações, informando imediatamente eventual alteração;
  - l) Sempre que solicitado, apresentar, documentos que comprovem o cumprimento da legislação em vigor quanto às obrigações assumidas na licitação;
  - m) Acatar as exigências do **CRM-SC** quanto à execução do objeto, normas de controle interno e rotinas de serviço;
  - n) Os serviços contratados deverão ser ativados e estarem disponíveis para uso, no prazo máximo de 5 (cinco) dias corridos, a contar da assinatura do contrato;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- o) Assegurar os tratamentos não previstos neste instrumento, mas que constem da Resolução Normativa nº 428/2017, da ANS, e demais legislações pertinentes;
- p) Assegurar os direitos e cumprir com todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- q) Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, em observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação.

**19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

19.1. Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 10.520, de 2002, a **CONTRATADA** que:

- a) Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
- b) Ensejar o retardamento da execução do objeto;
- c) Falhar ou fraudar na execução do contrato;
- d) Comportar-se de modo inidôneo;
- e) Cometer fraude fiscal.

19.2. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Administração pode aplicar à **CONTRATADA** as seguintes sanções:

- a) Advertência, por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos;
- b) Multa moratória de 0,05 % (cinco décimos por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 15 (quinze) dias;
- c) Multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;
- d) Em caso de inexecução parcial, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;
- e) Suspensão de licitar e impedimento de contratar com o órgão, entidade ou unidade administrativa pela qual a administração pública opera e atua concretamente, pelo prazo de até dois anos;
- f) Impedimento de licitar e contratar com órgãos e entidades da união com o consequente descredenciamento no SICAF pelo prazo de até cinco anos, sem prejuízo das multas previstas em edital e no contrato e das demais cominações legais;
- g) A Sanção de impedimento de licitar e contratar prevista neste subitem também é aplicável em quaisquer das hipóteses previstas como infração administrativa neste Termo de Referência.
- h) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados;
- i) As sanções poderão ser aplicadas alternada ou cumulativamente, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados quando cabível.

19.3. Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, as empresas ou profissionais que:

- a) Tenham sofrido condenação definitiva por praticar, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- b) Tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;
- c) Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.
- d) A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à Contratada, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999;
- e) A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade

19.4 As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

**20. CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA FISCALIZAÇÃO**

- 20.1. O Fiscal e o Gestor da execução do presente contrato serão apontados pelo Setor de Recursos Humanos do CRM-SC
- 20.2. A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA** pelos danos causados ao **CONTRATANTE** ou a terceiros, resultantes de ação ou omissão culposa ou dolosa de quaisquer de seus empregados ou prepostos.

**21. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO**

- 21.1. Este contrato pode ser alterado nos casos previstos no art. 65 da Lei n.º 8.666/93, desde que haja interesse do **CRM-SC**, com a apresentação das devidas justificativas

**22. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DO REAJUSTE**

- 22.1. O reajuste será aplicado conforme variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do (s) contrato (s) da Contratante atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**. Assim:

$$\text{Reajuste} = \text{IGMP} + \text{IRT}$$

- 22.2. O IGPM, o Índice de Reajuste Técnico (IRT) e a Sinistralidade serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 04 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do contrato;  
O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula:

$$\text{IRT}\% = \left( \frac{\text{Sinistralidade}}{75\%} \right) \cdot 1 \cdot 100$$



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

Onde,

- **Sinistralidade:** é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários pelas receitas com contraprestações do período. A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

$$\text{Sinistralidade} = \left( \frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}} \right) * 100$$

- **Despesa Assistencial:** É a soma de todas as despesas assistenciais no período com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.
- **Coparticipação:** É a soma de todos os valores de coparticipação do período.
- **Receitas Líquidas do Plano:** É soma de todos os valores de contraprestações do período.

22.4 A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme os seguintes parâmetros:

22.4.1 Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;

22.4.2 Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

22.5 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**, o percentual aplicado será negociado pelas partes, não podendo ser aplicado percentual inferior ao IRT, nem superior à soma do IRT e o índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.6 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade seja **igual ou inferior a 75% (setenta e cinco por cento)**, poderá ser negociado percentual entre as partes, que não será superior ao índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.7 Para os contratos agrupados serão apuradas as receitas e despesas de todos os contratos por subgrupos.

22.7.1 Os contratos serão agrupados em 3 (três) subgrupos a seguir definidos:

22.7.1.1 Sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial “ambulatorial” e “ambulatorial + odontológico”;

22.7.1.2 Internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar sem obstetrícia”, “hospitalar sem obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia” e “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico”; e

22.7.1.3 Internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar com obstetrícia”, “hospitalar com obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico”, e “referência.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**23. CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO**

23.1. A rescisão deste contrato se dará nos termos dos artigos 79 e 80 da Lei nº 8.666/93.

**23.1.1** No caso de rescisão provocada por inadimplemento da **CONTRATADA**, o **CRM-SC** poderá reter, cautelarmente, os créditos decorrentes do contrato até o valor dos prejuízos causados, já calculados ou estimados

23.2. No procedimento que visa à rescisão do contrato, será assegurado o contraditório e a ampla defesa, sendo que, depois de encerrada a instrução inicial, a **CONTRATADA** terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para se manifestar e produzir provas, sem prejuízo da possibilidade do **CRM-SC** adotar, motivadamente, providências acauteladoras

**24. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – ADERÊNCIA AO PROGRAMA DE CONFORMIDADE DO CRM-SC**

24.1. A **CONTRATADA** se obriga a cumprir e fazer respeitar as políticas internas do programa de conformidade do **CRM-SC**, a qual declara conhecer.

**25. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DO FORO**

25.1. As questões decorrentes da execução deste instrumento, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas na Justiça Federal, no Foro da cidade de Florianópolis, Seção Judiciária de Santa Catarina, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, salvo nos casos previstos no art. 102, inciso I, alínea “d”, da Constituição Federal.

25.2. E, para firmeza e validade do que foi pactuado, lavrou-se o presente Contrato em 2 (duas) vias, a qual, depois de lido, também é assinado, pelos representantes das partes, **CRM-SC** e **CONTRATADA**

Florianópolis, xx de XXXX de 2020.

CONTRATANTE  
CRM-SC

CONTRATADA

Testemunhas:

Nome / CPF

Nome/CPF



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**ANEXO V - MINUTA DO CONTRATO**

**PRIVATIVO 20% DE COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL ENFERMARIA**

**CONTRATANTE:** CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, Autarquia Federal, com sede à Rodovia SC 401 – Km 04 – Saco Grande - Florianópolis-SC, com CNPJ n.º 79.831.566/0001-15, neste ato representado por seu Presidente Dr. Daniel Knabben Ortellado, com CPF 014.806.849-96, brasileiro, casado, Médico, residente e domiciliado nesta cidade;

**CONTRATADA:** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, pessoa jurídica, com CNPJ n.º. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, com sede à Rua xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxx – Bairro – Cidade/Estado – CEP: xxxxxxxxxxxx, Certificado de Registro junto à **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS** n.º XX.XXX-X, de acordo com a Lei n.º 9656 de 03/06/1998, neste ato representada pelo sua representante legal, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, CPF n.º xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, profissão e estaco civil;

As partes acima qualificadas, tendo em vista o que consta no Processo **Pregão Eletrônico n.º 013/2020** e em observância às disposições sujeitando-se às normas e disposições contidas na Lei n.º 10.520/02, Lei n.º 8.666/93, Decreto n.º 10.024/19 e demais regulamentos e normas que regem a matéria, resolvem celebrar o presente Termo de Contrato, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

**1. CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

- 1.1. O objeto do presente instrumento é a contratação de empresa operadora de Plano de Assistência à Saúde, com abrangência em todo o território nacional, que atenda integralmente ao disposto na Lei n.º 9.656/98 e legislações complementares pertinentes, para prestação continuada de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, aos funcionários do CRM-SC e seus dependentes, que serão prestados nas condições estabelecidas no **Termo de Referência e anexos do Edital**.
- 1.2. Este Termo de Contrato vincula-se ao Edital do Pregão, identificado no preâmbulo e aos documentos e proposta da instituição vencedora que integram o processo, independentemente de transcrição.
- 1.3. NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

NOME COMERCIAL	Nº DE REGISTRO NA ANS
PRIVATIVO 20% DE COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL	XXXXXXXXXXXX

1.4. **TIPO DE CONTRATAÇÃO**

Coletivo empresarial

1.5. **SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE**

**Ambulatorial + Hospitalar Obstetrícia**

1.6. **ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

Área de abrangência geográfica: **Estadual**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**1.7. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO**

<b>NOME DO PLANO</b>	<b>ACOMODAÇÃO</b>
PRIVATIVO 20% DE COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL	ENFERMARIA

- 1.8. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pela **CONTRATADA**, caso o Beneficiário esteja inscrito no plano cuja modalidade é Enfermaria, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

**2. CLÁUSULA SEGUNDA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

- 2.1. O beneficiário deverá informar à **CONTRATADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.
- 2.2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.
- 2.3. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.
- 2.4. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.
- 2.5. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
- 2.6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- 2.7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
- 2.8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a **CONTRATADA** não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 2.9. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão nova ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- 2.10. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- 2.11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.
- 2.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS**, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)
- 2.13. É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- 2.14. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 2.15. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.
- 2.16. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a **ANS**, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.
- 2.17. Instaurado o processo administrativo na **ANS**, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.
- 2.18. A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- 2.19. A **ANS** efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 2.20. Se solicitado pela **ANS**, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 2.21. Após julgamento, e acolhida à alegação da **CONTRATADA**, pela **ANS**, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do contrato.
- 2.22. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela **ANS**, do encerramento do processo administrativo.
- 2.23. Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

**3. CLÁUSULA TERCEIRA - A PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIARIOS PODERA OCORRER NAS SEGUINTE SITUATÖES:**

- 3.1. Perda da qualidade de beneficiário titular:
  - a) Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;  
Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:
  - a) Pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste regulamento;
  - b) A pedido do beneficiário titular;
  - c) Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.3. Caberá tão-somente ao CONTRATANTE, patrocinador, instituidor ou mantenedor solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários;
- 3.4. A operadora só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do patrocinador, instituidor ou mantenedor, nas seguintes hipóteses:
  - a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste regulamento, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98;
- 3.5. A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:
  - a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante e/ou da condição de dependência, previstos neste contrato.

**4. CLÁUSULA QUARTA - DA JUNTA MÉDICA**

- 4.1. A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados;
- 4.2. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempassador deverá ser paga pela operadora

**5. CLÁUSULA QUINTA - SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA**

- 5.1. Será fornecida ao beneficiário uma relação (Orientador Médico) contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários;
- 5.2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele atendimento ou por meio da internet;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 5.3. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:
- 5.3.1. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- 5.3.2. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- 5.3.3. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;
- 5.3.4. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

**6. CLÁUSULA SEXTA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

- 6.1. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10ª Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- 6.2. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
- 6.3. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho;
- 6.4. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente;
- 6.5. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos;
- 6.6. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

**7. CLÁUSULA SÉTIMA - COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

- 7.1. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**I** - Cobertura de consultas médicas com médicos credenciados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

**III** - Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

**IV** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) Radioterapia;

d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;

e) Hemoterapia ambulatorial;

f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

**V** - Tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

a) O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;

c) O tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

**8. CLÁUSULA OITAVA - COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

8.1. Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

**I** - Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

**III** - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

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

**V** - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, em território brasileiro;

**VI** - Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

**VII** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral e enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

j) procedimentos de fisioterapia;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

**VIII** - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

**IX** - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;

**XI** - Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

**X** - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

**XI** - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;

**XII** - Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

a) o custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

b) O custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

c) o custeio integral de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

d) O custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

e) cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os diagnósticos: F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID - 10, ao beneficiário terão assegurado 180 (cento e oitenta) dias por ano de tratamento em regime de hospital-dia.

f) procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas.

**XIII - Transplantes de rim e córnea e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:**

a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;

a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;

a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

b) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**9. CLÁUSULA NONA - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

9.1. Fica expressamente ajustado entre as partes, que a operadora não se responsabilizará pela prestação dos serviços abaixo relacionados que estão excluídos da cobertura contratual, salvo se estes, vierem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações.

9.2. PROCEDIMENTOS MÉDICOS:

- a) Não estão cobertos procedimentos médicos que não constem da relação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- b) Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do território nacional, mesmo nos casos de urgência e emergência;
- c) Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados em território nacional fora da área de abrangência contratual;
- d) Tratamentos clínicos, procedimentos e exames decorrentes de tratamentos não custeados pela operadora, exceto se o evento/consequência encontrar-se previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, ocasião em que a cobertura será obrigatória independentemente da causa;
- e) Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, para patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças (CID-10);
- f) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidades estéticas, cosméticas, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; internações ou hotelaria em Spa's ou Clínicas de Emagrecimento seus procedimentos, materiais ou medicamentos e honorários profissionais;
- g) Escleroterapia de varizes;
- h) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos de natureza estética em geral;
- i) Cirurgia refrativa, de miopia com grau inferior a 5(cinco) e de hipermetropia com grau superior a 6 (seis);
- j) Tratamentos clínicos e/ ou cirurgias, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento; tratamento cirúrgico para obesidade que não se enquadrem nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde;
- k) Transplantes de: fígado; coração; medula; pâncreas; pulmão; ou outro de qualquer natureza, exceto o de rim e córnea e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- l) Implantes que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- m) Tratamento odontológico, exceto cirurgia buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- n) Procedimentos e consultas médicas em especialidades não reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina
- o) Exame de paternidade;
- p) Acupuntura por profissionais não médicos, e por médicos não credenciados;
- q) Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- r) Aviamento de óculos; gesso sintético; aparelhos de surdez; aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função;
- s) Fornecimento de próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico;
- t) Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não registrados na ANVISA;
- u) Medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- v) Vacina imunizante (exceto se internado)

**9.5 ATENDIMENTO DOMICILIAR:**

- 9.5.1 Aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar;
- 9.5.2 Consultas, atendimentos ou visitas domiciliares de qualquer natureza, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- 9.5.3 Materiais e medicamentos para tratamento domiciliar;
- 9.5.4 Serviços de enfermagem em caráter particular;
- 9.5.5 Serviços de enfermagem domiciliar;
- 9.5.6 Remoção domiciliar

**9.6 DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS:**

- 9.6.1 Despesas hospitalares extraordinárias referentes a: ligações telefônicas, lavagem de roupas, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável; produtos de higiene pessoal; serviços extraordinários requeridos pelo usuário tais como, televisão, aparelho de ar condicionado, frigobar, estacionamento ou outras despesas que excedam o limite e condições do contrato;
- 9.6.2 Despesas hospitalares de iniciativa do usuário e não prescritas pelo médico assistente;
- 9.6.3 Internações hospitalares fora das condições previstas no contrato;
- 9.6.4 Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no contrato, salvo na hipótese da ocorrência do artigo 33 da lei 9.656/98;
- 9.6.5 Todas as despesas com acompanhantes, inclusive alimentação, exceto alimentação para o acompanhante de menores de 18 anos e maiores de 60 anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- 9.6.6 Serviços de enfermagem em caráter particular em regime hospitalar;
- 9.6.7 Procedimento assistencial que exija autorização prévia e realizado à revelia da Operadora, exceto nos casos de urgência e emergência;
- 9.6.8 Não estão asseguradas as despesas com consultas, tratamentos e internações relacionadas antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas em contrato; e
- 9.6.9 Atendimento em casos de cataclismos, guerras, comoções internas, quando declaradas.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**10. CLÁUSULA DÉCIMA - A REMOÇÃO DO PACIENTE SERÁ GARANTIDA PELA OPERADORA NAS SEGUINTE HIPÓTESES:**

- 10.7 Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
- 10.8 Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação
- 10.9 À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
- 10.10 Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.
- 10.11 A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
- 10.12 Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

**11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO VALOR**

- 11.2 O valor total anual estimado deste contrato é de R\$ XXXXXXXXX (XXXXXXXX).

**12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

- 12.1. As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, pela conta de recurso **6.2.2.1.1.33.90.39.028 Plano de Saúde – Médico e odontológico do Orçamento do CRM-SC** do orçamento do **CRM-SC** para o exercício 2020.

**13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA EXECUÇÃO**

- 13.1. As opções de planos poderão ser alteradas pelo beneficiário através de um termo de consentimento fornecido pelo Recursos Humanos do CRM-SC. O RH intermediará as respectivas alterações junto à operadora de saúde;
- 13.2. Cobertura geográfica mínima: abrangência/atendimento no Estado conforme itens 5.3 do **Termo de Referência**, ou seja, em todas as cidades onde o CRM-SC possui unidades instaladas, devendo cobrir, inclusive, atendimentos de urgência e emergência e internação não eletiva em todo o território nacional;
- 13.3. A contratada deve possuir rede credenciada e/ou referenciada qualificada com laboratórios ou serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, consultórios, hospitais, clínicas especializadas e atendimentos de urgência e emergência nos municípios em que há hoje unidades administrativas do CRM-SC durante toda a execução contratual;
- 13.4. Na eventual abertura de novas unidades em localidades diferentes das relacionadas nos subitens 4.2 e 4.3, caberá acordo entre as partes para apresentação e/ou credenciamento de prestadores, respeitando-se as condições vigentes nos planos contratados;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 13.5. Em caso de internação decorrente de urgências e emergências, mesmo fora da área de abrangência, caberá à contratada a remoção e transporte nos moldes da Legislação vigente da ANS;
- 13.6. A coparticipação incidirá sobre todos os serviços/procedimentos classificados como ambulatoriais: a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorros; b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, medicamentos, honorários e taxas relacionadas a execução do exame; c) consultas/sessões realizadas por profissionais não médicos, previstos no Rol de procedimentos e eventos de saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapeuta, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos;
- 13.7. Não incide coparticipação sobre exames preventivos e tratamentos de doenças crônicas, entre eles, tratamentos de câncer e hemodiálise e demais procedimentos estabelecidos no Rol de cobertura da ANS;
- 13.8. O valor máximo de coparticipação por procedimento será **de R\$ 190,00 (cento e noventa reais)**, independente do percentual de coparticipação do plano;
- 13.9. Ficam excluídos da lista de coberturas para todos os planos os procedimentos listados no Art. 10 da Lei nº 9656/1998 e exames admissionais, demissionários e periódicos.

#### **14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA VIGÊNCIA**

- 14.1. O prazo de vigência deste Termo de Contrato é de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 60 (sessenta) meses, nos termos do art. 57, inc. II, da Lei nº 8.666/1993, desde que haja autorização formal da autoridade competente e observados os seguintes requisitos:
  - 14.1.1.1. Os serviços tenham sido prestados regularmente;
  - 14.1.1.2. A Administração mantenha interesse na realização do serviço;
  - 14.1.1.3. O valor do contrato permaneça economicamente vantajoso para a Administração;
  - 14.1.1.4. A contratada manifeste expressamente interesse na prorrogação.
- 14.2. A **CONTRATADA** não tem direito subjetivo à prorrogação contratual;
- 14.3. A prorrogação de contrato deverá ser promovida mediante celebração de termo aditivo.

#### **15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO PRAZO**

- 15.1. A contagem do prazo se iniciará em 5 (cinco) dias úteis da assinatura do contrato entre as partes.

#### **16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO PAGAMENTO**

- 16.1. O prazo para o pagamento será efetuado até 10 (dez) dias úteis mediante apresentação das Notas Fiscais e disponibilização dos relatórios mencionados nos itens 13.9 e 13.10 do **TERMO DE REFERÊNCIA** anexo ao edital, após aceite do Gestor/Fiscal do Contrato, por meio de boleto, na agência e estabelecimento bancário indicado pela contratada, ou por meio previsto na legislação vigente;
- 16.2. O pagamento somente será autorizado depois do efetuado o atesto pelo servidor competente na nota fiscal apresentada;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 16.3. Havendo erro no documento de cobrança, ou outra circunstância que impeça a liquidação da despesa, a mesma ficará pendente e o pagamento susinado até que a **CONTRATADA** providencie as medidas saneadoras necessárias, não ocorrendo, neste caso, quaisquer ônus por parte do **CONTRATANTE**;
- 16.4. Antes do pagamento, a contratante realizará consulta online ao SICAF e, se necessário, aos sítios oficiais, para verificar a manutenção das condições de habilitação da contratada, devendo o resultado ser impresso, autenticado e juntado ao processo de pagamento;
- 16.4.1.1. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, nos termos da Instrução Normativa 1.234, de 11 de janeiro de 2012, da Secretaria da Receita Federal e da Lei n. 9.430, de 1996
- 16.5. A **CONTRATADA** regularmente optante pelo Simples Nacional, instituído pelo artigo 12 da Lei Complementar n. 123, de 2006, não sofrerá a retenção quanto aos impostos e contribuições abrangidos pelo referido regime, em relação às suas receitas próprias, desde que, a cada pagamento, apresente a declaração de que trata o artigo 6 da Instrução Normativa RFB N. 1.234, de 11 de janeiro de 2012;
- 16.6. A **CONTRATANTE** não se responsabilizará a por qualquer despesa que venha a ser efetuada pela contratada, que porventura não tenha sido acordado no contrato.

## **17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRANTE**

- 17.1. Atender o objeto no prazo e condições estabelecidas no Edital e seus anexos;
- 17.2. Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos provisoriamente com as especificações constantes do Edital e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;
- 17.3. Relacionar, após assinatura do contrato, os beneficiários, que deverão ser incluídos no plano em até 15 (quinze) dias úteis após a celebração do instrumento;
- 17.4. Solicitar à **CONTRATADA**, por escrito, por meio magnético ou meio eletrônico, a inclusão ou exclusão de beneficiário;
- 17.5. Efetuar o pagamento da prestação de serviço mensal;
- 17.6. Comunicar a **CONTRATADA**, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;
- 17.7. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da **CONTRATADA**, através de servidor especialmente designado como gestor do contrato;
- 17.8. Prestar as informações e os esclarecimentos pertinentes que venham a ser solicitados pela **CONTRATADA** ou por ser preposto;
- 17.9. Investir-se nos poderes de representação dos beneficiários do serviço de saúde perante a **CONTRATADA**;
- 17.10. Comunicar, via sistema informatizado (online) ou de forma impressa, a critério da **CONTRATADA**, seguidos de documentos necessários:
  - 17.10.1.1. Qualquer inclusão de beneficiários;
  - 17.10.1.2. A exclusão de beneficiários;
  - 17.10.1.3. Perda ou extravio do documento de identificação;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

17.10.1.4. Os beneficiários que, por qualquer motivo, deixarem de possuir direito ao plano contratado.

17.11. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela **CONTRATADA** com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Termo de Contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da **CONTRATADA**, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

**18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

18.1. A **CONTRATADA** deve cumprir todas as obrigações constantes no Edital, seus anexos e suas propostas, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto e, ainda:

- a) Prestar os serviços, conforme especificações constantes no Edital e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal, na qual constará a relação dos beneficiários atendidos;
- b) Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto do contrato, de acordo com os artigos 14, 17, 23 e 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078, de 1990);
- c) Comunicar ao **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, os motivos que impossibilitam o cumprimento do prazo da prestação do serviço, com a devida comprovação;
- d) Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
- e) Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato;
- f) Solucionar todos os eventuais problemas pertinentes ou relacionados com a execução do objeto contratado, mesmo que para isso outra solução não prevista em contrato tenha que ser apresentada, para aprovação e implementação, sem ônus adicionais para o **CRM-SC**, desde que de responsabilidade da contratada;
- g) Fornecer guia de atendimento médico hospitalar, atualizado, podendo ser disponibilizado de forma impresso ou na sua forma eletrônica (*online*), ou a que mais se adequar, a critério da **CONTRATADA**, para cada beneficiário titular, quando da entrega do cartão de identificação do mesmo. Desse guia devem constar nome, telefone e endereço dos Hospitais, Clínicas e/ou Centros de Atendimento, Institutos, Laboratórios, Serviços Auxiliares de Saúde e Médicos Credenciados, comprometendo-se a informar todas as sucessivas alterações;
- h) Comunicar ao **CRM-SC** a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato, bem como providenciar a imediata correção das deficiências apontadas;
- i) Responder pelas despesas de encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, decorrentes da execução dos serviços objeto deste Termo;
- j) Executar dentro da melhor técnica e qualidade os serviços necessários à realização do objeto deste Termo;
- k) Manter atualizado endereço, inclusive eletrônico, e telefones cadastrados junto à **CONTRATANTE** para comunicações, informando imediatamente eventual alteração;
- l) Sempre que solicitado, apresentar, documentos que comprovem o cumprimento da legislação em vigor quanto às obrigações assumidas na licitação;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- m) Acatar as exigências do **CRM-SC** quanto à execução do objeto, normas de controle interno e rotinas de serviço;
- n) Os serviços contratados deverão ser ativados e estarem disponíveis para uso, no prazo máximo de 5 (cinco) dias corridos, a contar da assinatura do contrato;
- o) Assegurar os tratamentos não previstos neste instrumento, mas que constem da Resolução Normativa nº 428/2017, da ANS, e demais legislações pertinentes;
- p) Assegurar os direitos e cumprir com todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- q) Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, em observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação.

**19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

19.1. Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 10.520, de 2002, a **CONTRATADA** que:

- a) Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
- b) Ensejar o retardamento da execução do objeto;
- c) Falhar ou fraudar na execução do contrato;
- d) Comportar-se de modo inidôneo;
- e) Cometer fraude fiscal.

19.5. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Administração pode aplicar à **CONTRATADA** as seguintes sanções:

- a) Advertência, por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos;
- b) Multa moratória de 0,05 % (cinco décimos por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 15 (quinze) dias;
- c) Multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;
- d) Em caso de inexecução parcial, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;
- e) Suspensão de licitar e impedimento de contratar com o órgão, entidade ou unidade administrativa pela qual a administração pública opera e atua concretamente, pelo prazo de até dois anos;
- f) Impedimento de licitar e contratar com órgãos e entidades da união com o consequente descredenciamento no SICAF pelo prazo de até cinco anos, sem prejuízo das multas previstas em edital e no contrato e das demais cominações legais;
- g) A Sanção de impedimento de licitar e contratar prevista neste subitem também é aplicável em quaisquer das hipóteses previstas como infração administrativa neste Termo de Referência.
- h) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- i) As sanções poderão ser aplicadas alternada ou cumulativamente, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados quando cabível.
- 19.6 Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, as empresas ou profissionais que:
- j) Tenham sofrido condenação definitiva por praticar, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;
- k) Tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;
- l) Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.
- m) A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à Contratada, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999;
- n) A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade
- 19.7 As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

## **20. CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA FISCALIZAÇÃO**

- 20.1. O Fiscal e o Gestor da execução do presente contrato serão apontados pelo Setor de Recursos Humanos do CRM-SC
- 20.2. A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA** pelos danos causados ao **CONTRATANTE** ou a terceiros, resultantes de ação ou omissão culposa ou dolosa de quaisquer de seus empregados ou prepostos.

## **21. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO**

- 21.1. Este contrato pode ser alterado nos casos previstos no art. 65 da Lei n.º 8.666/93, desde que haja interesse do **CRM-SC**, com a apresentação das devidas justificativas

## **22. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DO REAJUSTE**

- 22.1. O reajuste será aplicado conforme variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do (s) contrato (s) da Contratante atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**. Assim:

$$\text{Reajuste} = \text{IGMP} + \text{IRT}$$

- 22.2. O IGPM, o Índice de Reajuste Técnico (IRT) e a Sinistralidade serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 04 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do contrato;
- 22.3. O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

$$\text{IRT}\% = \left( \frac{\text{Sinistralidade}}{75\%} \right) - 1 * 100$$

Onde,

- **Sinistralidade:** é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários pelas receitas com contraprestações do período. A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

$$\text{Sinistralidade} = \left( \frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}} \right) * 100$$

- **Despesa Assistencial:** É a soma de todas as despesas assistenciais no período com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.
- **Coparticipação:** É a soma de todos os valores de coparticipação do período.
- **Receitas Líquidas do Plano:** É soma de todos os valores de contraprestações do período.

22.4 A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme os seguintes parâmetros:

22.4.1 Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;

22.4.2 Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

22.5 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**, o percentual aplicado será negociado pelas partes, não podendo ser aplicado percentual inferior ao IRT, nem superior à soma do IRT e o índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.6 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade seja **igual ou inferior a 75% (setenta e cinco por cento)**, poderá ser negociado percentual entre as partes, que não será superior ao índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.7 Para os contratos agrupados serão apuradas as receitas e despesas de todos os contratos por subgrupos.

22.7.1 Os contratos serão agrupados em 3 (três) subgrupos a seguir definidos:

22.7.1.1 Sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial “ambulatorial” e “ambulatorial + odontológico”;

22.7.1.2 Internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar sem obstetrícia”, “hospitalar sem obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia” e “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia +



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

odontológico”; e

22.7.1.3 Internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar com obstetrícia”, “hospitalar com obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico”, e “referência.

### **23. CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO**

23.1. A rescisão deste contrato se dará nos termos dos artigos 79 e 80 da Lei nº 8.666/93.

**23.1.1** No caso de rescisão provocada por inadimplemento da **CONTRATADA**, o **CRM-SC** poderá reter, cautelarmente, os créditos decorrentes do contrato até o valor dos prejuízos causados, já calculados ou estimados

23.2. No procedimento que visa à rescisão do contrato, será assegurado o contraditório e a ampla defesa, sendo que, depois de encerrada a instrução inicial, a **CONTRATADA** terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para se manifestar e produzir provas, sem prejuízo da possibilidade do **CRM-SC** adotar, motivadamente, providências acauteladoras

### **24. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – ADERÊNCIA AO PROGRAMA DE CONFORMIDADE DO CRM-SC**

24.1. A **CONTRATADA** se obriga a cumprir e fazer respeitar as políticas internas do programa de conformidade do **CRM-SC**, a qual declara conhecer.

### **25. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DO FORO**

25.1. As questões decorrentes da execução deste instrumento, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas na Justiça Federal, no Foro da cidade de Florianópolis, Seção Judiciária de Santa Catarina, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, salvo nos casos previstos no art. 102, inciso I, alínea “d”, da Constituição Federal.

25.2. E, para firmeza e validade do que foi pactuado, lavrou-se o presente Contrato em 2 (duas) vias, a qual, depois de lido, também é assinado, pelos representantes das partes, **CRM-SC** e **CONTRATADA**

Florianópolis, xx de XXXX de 2020.

CONTRATANTE  
CRM-SC

CONTRATADA

Testemunhas:

Nome / CPF

Nome/CPF



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**ANEXO VI - MINUTA DO CONTRATO**

**PRIVATIVO 50% DE COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL ENFERMARIA**

**CONTRATANTE:** CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, Autarquia Federal, com sede à Rodovia SC 401 – Km 04 – Saco Grande - Florianópolis-SC, com CNPJ n.º 79.831.566/0001-15, neste ato representado por seu Presidente Dr. Daniel Knabben Ortellado, com CPF 014.806.849-96, brasileiro, casado, Médico, residente e domiciliado nesta cidade;

**CONTRATADA:** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, pessoa jurídica, com CNPJ n.º xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, com sede à Rua xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxx – Bairro – Cidade/Estado – CEP: xxxxxxxxxxxx, Certificado de Registro junto à **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS** n.º XX.XXX-X, de acordo com a Lei n.º 9656 de 03/06/1998, neste ato representada pelo sua representante legal, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, CPF n.º xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, profissão e estaco civil;

As partes acima qualificadas, tendo em vista o que consta no Processo **Pregão Eletrônico n.º 013/2020** e em observância às disposições sujeitando-se às normas e disposições contidas na Lei n.º 10.520/02, Lei n.º 8.666/93, Decreto n.º 10.024/19 e demais regulamentos e normas que regem a matéria, resolvem celebrar o presente Termo de Contrato, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

**1. CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

- 1.1. O objeto do presente instrumento é a contratação de empresa operadora de Plano de Assistência à Saúde, com abrangência em todo o território nacional, que atenda integralmente ao disposto na Lei n.º 9.656/98 e legislações complementares pertinentes, para prestação continuada de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, aos funcionários do CRM-SC e seus dependentes, que serão prestados nas condições estabelecidas no **Termo de Referência e anexos do Edital**.
- 1.2. Este Termo de Contrato vincula-se ao Edital do Pregão, identificado no preâmbulo e aos documentos e proposta da instituição vencedora que integram o processo, independentemente de transcrição.
- 1.3. NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

NOME COMERCIAL	Nº DE REGISTRO NA ANS
PRIVATIVO 50% COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL	XXXXXXXXXXXX

1.4. **TIPO DE CONTRATAÇÃO**

Coletivo empresarial

1.5. **SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE**

**Ambulatorial + Hospitalar Obstetrícia**

1.6. **ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

Área de abrangência geográfica: **Estadual**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**1.7. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO**

<b>NOME DO PLANO</b>	<b>ACOMODAÇÃO</b>
PRIVATIVO 50% COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL	ENFERMARIA

- 1.8. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pela **CONTRATADA**, caso o Beneficiário esteja inscrito no plano cuja modalidade é Enfermaria, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

**2. CLÁUSULA SEGUNDA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

- 2.1. O beneficiário deverá informar à **CONTRATADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.
- 2.2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.
- 2.3. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.
- 2.4. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.
- 2.5. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
- 2.6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- 2.7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
- 2.8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a **CONTRATADA** não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 2.9. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão nova ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- 2.10. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- 2.11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.
- 2.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS**, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)
- 2.13. É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- 2.14. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 2.15. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.
- 2.16. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a **ANS**, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.
- 2.17. Instaurado o processo administrativo na **ANS**, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.
- 2.18. A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- 2.19. A **ANS** efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 2.20. Se solicitado pela **ANS**, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 2.21. Após julgamento, e acolhida à alegação da **CONTRATADA**, pela **ANS**, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do contrato.
- 2.22. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela **ANS**, do encerramento do processo administrativo.
- 2.23. Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

**3. CLÁUSULA TERCEIRA - A PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIARIOS PODERA OCORRER NAS SEGUINTE SITUATÖES:**

- 3.1. Perda da qualidade de beneficiário titular:
  - a) Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;  
Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:
  - a) Pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste regulamento;
  - b) A pedido do beneficiário titular;
  - c) Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.3. Caberá tão-somente ao CONTRATANTE, patrocinador, instituidor ou mantenedor solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários;
- 3.4. A operadora só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do patrocinador, instituidor ou mantenedor, nas seguintes hipóteses:
  - a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste regulamento, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98;
- 3.5. A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:
  - a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante e/ou da condição de dependência, previstos neste contrato.

**4. CLÁUSULA QUARTA - DA JUNTA MÉDICA**

- 4.1. A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados;
- 4.2. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempator deverá ser paga pela operadora

**5. CLÁUSULA QUINTA - SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA**

- 5.1. Será fornecida ao beneficiário uma relação (Orientador Médico) contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários;
- 5.2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele atendimento ou por meio da internet;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 5.3. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:
- 5.3.1. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- 5.3.2. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- 5.3.3. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;
- 5.3.4. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

**6. CLÁUSULA SEXTA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

- 6.1. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10º Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- 6.2. A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
- 6.3. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho;
- 6.4. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente;
- 6.5. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos;
- 6.6. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

**7. CLÁUSULA SÉTIMA - COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

- 7.1. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**I** - Cobertura de consultas médicas com médicos credenciados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

**III** - Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

**IV** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) Radioterapia;

d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;

e) Hemoterapia ambulatorial;

f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

**V** - Tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

a) O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;

c) O tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

**8. CLÁUSULA OITAVA - COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

8.1. Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

**I** - Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

**III** - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

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

**V** - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, em território brasileiro;

**VI** - Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

**VII** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral e enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

j) procedimentos de fisioterapia;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

**VIII** - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

**IX** - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;

**XI** - Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

**X** - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

**XI** - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;

**XII** - Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

a) o custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

b) O custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

c) o custeio integral de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

d) O custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

e) cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os diagnósticos: F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID - 10, ao beneficiário terão assegurado 180 (cento e oitenta) dias por ano de tratamento em regime de hospital-dia.

f) procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas.

**XIII - Transplantes de rim e córnea e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:**

a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;

a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;

a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

b) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**9. CLÁUSULA NONA - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

9.1. Fica expressamente ajustado entre as partes, que a operadora não se responsabilizará pela prestação dos serviços abaixo relacionados que estão excluídos da cobertura contratual, salvo se estes, vierem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações.

9.2. PROCEDIMENTOS MÉDICOS:

- a) Não estão cobertos procedimentos médicos que não constem da relação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- b) Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do território nacional, mesmo nos casos de urgência e emergência;
- c) Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados em território nacional fora da área de abrangência contratual;
- d) Tratamentos clínicos, procedimentos e exames decorrentes de tratamentos não custeados pela operadora, exceto se o evento/consequência encontrar-se previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, ocasião em que a cobertura será obrigatória independentemente da causa;
- e) Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, para patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças (CID-10);
- f) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidades estéticas, cosméticas, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; internações ou hotelaria em Spa's ou Clínicas de Emagrecimento seus procedimentos, materiais ou medicamentos e honorários profissionais;
- g) Escleroterapia de varizes;
- h) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos de natureza estética em geral;
- i) Cirurgia refrativa, de miopia com grau inferior a 5(cinco) e de hipermetropia com grau superior a 6 (seis);
- j) Tratamentos clínicos e/ ou cirurgias, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento; tratamento cirúrgico para obesidade que não se enquadrem nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde;
- k) Transplantes de: fígado; coração; medula; pâncreas; pulmão; ou outro de qualquer natureza, exceto o de rim e córnea e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- l) Implantes que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- m) Tratamento odontológico, exceto cirurgia buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;
- n) Procedimentos e consultas médicas em especialidades não reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- o) Exame de paternidade;
- p) Acupuntura por profissionais não médicos, e por médicos não credenciados;
- q) Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- r) Aviamento de óculos; gesso sintético; aparelhos de surdez; aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função;
- s) Fornecimento de próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico;
- t) Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não registrados na ANVISA;
- u) Medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- v) Vacina imunizante (exceto se internado)

**9.3 ATENDIMENTO DOMICILIAR:**

- 9.3.1 Aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar;
- 9.3.2 Consultas, atendimentos ou visitas domiciliares de qualquer natureza, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- 9.3.3 Materiais e medicamentos para tratamento domiciliar;
- 9.3.4 Serviços de enfermagem em caráter particular;
- 9.3.5 Serviços de enfermagem domiciliar;
- 9.3.6 Remoção domiciliar

**9.4 DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS:**

- 9.4.1 Despesas hospitalares extraordinárias referentes a: ligações telefônicas, lavagem de roupas, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável; produtos de higiene pessoal; serviços extraordinários requeridos pelo usuário tais como, televisão, aparelho de ar condicionado, frigobar, estacionamento ou outras despesas que excedam o limite e condições do contrato;
- 9.4.2 Despesas hospitalares de iniciativa do usuário e não prescritas pelo médico assistente;
- 9.4.3 Internações hospitalares fora das condições previstas no contrato;
- 9.4.4 Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no contrato, salvo na hipótese da ocorrência do artigo 33 da lei 9.656/98;
- 9.4.5 Todas as despesas com acompanhantes, inclusive alimentação, exceto alimentação para o acompanhante de menores de 18 anos e maiores de 60 anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- 9.4.6 Serviços de enfermagem em caráter particular em regime hospitalar;
- 9.4.7 Procedimento assistencial que exija autorização prévia e realizado à revelia da Operadora, exceto nos casos de urgência e emergência;
- 9.4.8 Não estão asseguradas as despesas com consultas, tratamentos e internações relacionadas antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas em contrato; e
- 9.4.9 Atendimento em casos de cataclismos, guerras, comoções internas, quando declaradas.

**10. CLÁUSULA DÉCIMA - A REMOÇÃO DO PACIENTE SERÁ GARANTIDA PELA OPERADORA NAS SEGUINTE HIPÓTESES:**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 10.1 Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
- 10.2 Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação
- 10.3 À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
- 10.4 Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.
- 10.5 A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
- 10.6 Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

#### **11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO VALOR**

- 11.1 O valor total anual estimado deste contrato é de R\$ XXXXXXXXX (XXXXXXXX).

#### **12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

- 12.1. As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, pela conta de recurso **6.2.2.1.1.33.90.39.028 Plano de Saúde – Médico e odontológico do Orçamento do CRM-SC** do orçamento do CRM-SC para o exercício 2020.

#### **13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA EXECUÇÃO**

- 13.1. As opções de planos poderão ser alteradas pelo beneficiário através de um termo de consentimento fornecido pelo Recursos Humanos do CRM-SC. O RH intermediará as respectivas alterações junto à operadora de saúde;
- 13.2. Cobertura geográfica mínima: abrangência/atendimento no Estado conforme itens 5.3 do **Termo de Referência**, ou seja, em todas as cidades onde o CRM-SC possui unidades instaladas, devendo cobrir, inclusive, atendimentos de urgência e emergência e internação não eletiva em todo o território nacional;
- 13.3. A contratada deve possuir rede credenciada e/ou referenciada qualificada com laboratórios ou serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, consultórios, hospitais, clínicas especializadas e atendimentos de urgência e emergência nos municípios em que há hoje unidades administrativas do CRM-SC durante toda a execução contratual;
- 13.4. Na eventual abertura de novas unidades em localidades diferentes das relacionadas nos subitens 4.2 e 4.3, caberá acordo entre as partes para apresentação e/ou credenciamento de prestadores, respeitando-se as condições vigentes nos planos contratados;
- 13.5. Em caso de internação decorrente de urgências e emergências, mesmo fora da área de abrangência, caberá à contratada a remoção e transporte nos moldes da Legislação vigente da ANS;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 13.6. A coparticipação incidirá sobre todos os serviços/procedimentos classificados como ambulatoriais: a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorros; b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, medicamentos, honorários e taxas relacionadas a execução do exame; c) consultas/sessões realizadas por profissionais não médicos, previstos no Rol de procedimentos e eventos de saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapeuta, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos;
- 13.7. Não incide coparticipação sobre exames preventivos e tratamentos de doenças crônicas, entre eles, tratamentos de câncer e hemodiálise e demais procedimentos estabelecidos no Rol de cobertura da ANS;
- 13.8. O valor máximo de coparticipação por procedimento será **de R\$ 190,00 (cento e noventa reais)**, independente do percentual de coparticipação do plano;
- 13.9. Ficam excluídos da lista de coberturas para todos os planos os procedimentos listados no Art. 10 da Lei nº 9656/1998 e exames admissionais, demissionais e periódicos.

#### **14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA VIGÊNCIA**

- 14.1. O prazo de vigência deste Termo de Contrato é de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 60 (sessenta) meses, nos termos do art. 57, inc. II, da Lei nº 8.666/1993, desde que haja autorização formal da autoridade competente e observados os seguintes requisitos:
- 14.1.1.1. Os serviços tenham sido prestados regularmente;
- 14.1.1.2. A Administração mantenha interesse na realização do serviço;
- 14.1.1.3. O valor do contrato permaneça economicamente vantajoso para a Administração;
- 14.1.1.4. A contratada manifeste expressamente interesse na prorrogação.
- 14.2. A **CONTRATADA** não tem direito subjetivo à prorrogação contratual;
- 14.3. A prorrogação de contrato deverá ser promovida mediante celebração de termo aditivo.

#### **15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO PRAZO**

- 15.1. A contagem do prazo se iniciará em 5 (cinco) dias úteis da assinatura do contrato entre as partes.

#### **16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO PAGAMENTO**

- 16.1. O prazo para o pagamento será efetuado até 10 (dez) dias úteis mediante apresentação das Notas Fiscais e disponibilização dos relatórios mencionados nos itens 13.9 e 13.10 do **TERMO DE REFERÊNCIA** anexo ao edital, após aceite do Gestor/Fiscal do Contrato, por meio de boleto, na agência e estabelecimento bancário indicado pela contratada, ou por meio previsto na legislação vigente;
- 16.2. O pagamento somente será autorizado depois do efetuado o atesto pelo servidor competente na nota fiscal apresentada;
- 16.3. Havendo erro no documento de cobrança, ou outra circunstância que impeça a liquidação da despesa, a mesma ficará pendente e o pagamento susado até que a **CONTRATADA** providencie as



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

medidas saneadoras necessárias, não ocorrendo, neste caso, quaisquer ônus por parte do **CONTRATANTE**;

- 16.4. Antes do pagamento, a contratante realizará consulta online ao SICAF e, se necessário, aos sítios oficiais, para verificar a manutenção das condições de habilitação da contratada, devendo o resultado ser impresso, autenticado e juntado ao processo de pagamento;
- 16.4.1.1. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, nos termos da Instrução Normativa 1.234, de 11 de janeiro de 2012, da Secretaria da Receita Federal e da Lei n. 9.430, de 1996
- 16.5. A **CONTRATADA** regularmente optante pelo Simples Nacional, instituído pelo artigo 12 da Lei Complementar n. 123, de 2006, não sofrerá a retenção quanto aos impostos e contribuições abrangidos pelo referido regime, em relação às suas receitas próprias, desde que, a cada pagamento, apresente a declaração de que trata o artigo 6 da Instrução Normativa RFB N. 1.234, de 11 de janeiro de 2012;
- 16.6. A **CONTRATANTE** não se responsabilizará a por qualquer despesa que venha a ser efetuada pela contratada, que porventura não tenha sido acordado no contrato.

#### **17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRANTE**

- 17.1. Atender o objeto no prazo e condições estabelecidas no Edital e seus anexos;
- 17.2. Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos provisoriamente com as especificações constantes do Edital e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;
- 17.3. Relacionar, após assinatura do contrato, os beneficiários, que deverão ser incluídos no plano em até 15 (quinze) dias úteis após a celebração do instrumento;
- 17.4. Solicitar à **CONTRATADA**, por escrito, por meio magnético ou meio eletrônico, a inclusão ou exclusão de beneficiário;
- 17.5. Efetuar o pagamento da prestação de serviço mensal;
- 17.6. Comunicar a **CONTRATADA**, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;
- 17.7. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da **CONTRATADA**, através de servidor especialmente designado como gestor do contrato;
- 17.8. Prestar as informações e os esclarecimentos pertinentes que venham a ser solicitados pela **CONTRATADA** ou por ser preposto;
- 17.9. Investir-se nos poderes de representação dos beneficiários do serviço de saúde perante a **CONTRATADA**;
- 17.10. Comunicar, via sistema informatizado (online) ou de forma impressa, a critério da **CONTRATADA**, seguidos de documentos necessários:
- 17.10.1.1. Qualquer inclusão de beneficiários;
- 17.10.1.2. A exclusão de beneficiários;
- 17.10.1.3. Perda ou extravio do documento de identificação;
- 17.10.1.4. Os beneficiários que, por qualquer motivo, deixarem de possuir direito ao plano contratado.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

17.11. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela **CONTRATADA** com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Termo de Contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da **CONTRATADA**, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

**18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

18.1. A **CONTRATADA** deve cumprir todas as obrigações constantes no Edital, seus anexos e suas propostas, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto e, ainda:

- a) Prestar os serviços, conforme especificações constantes no Edital e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal, na qual constará a relação dos beneficiários atendidos;
- b) Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto do contrato, de acordo com os artigos 14, 17, 23 e 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078, de 1990);
- c) Comunicar ao **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, os motivos que impossibilitam o cumprimento do prazo da prestação do serviço, com a devida comprovação;
- d) Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
- e) Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato;
- f) Solucionar todos os eventuais problemas pertinentes ou relacionados com a execução do objeto contratado, mesmo que para isso outra solução não prevista em contrato tenha que ser apresentada, para aprovação e implementação, sem ônus adicionais para o **CRM-SC**, desde que de responsabilidade da contratada;
- g) Fornecer guia de atendimento médico hospitalar, atualizado, podendo ser disponibilizado de forma impresso ou na sua forma eletrônica (*online*), ou a que mais se adequar, a critério da **CONTRATADA**, para cada beneficiário titular, quando da entrega do cartão de identificação do mesmo. Desse guia devem constar nome, telefone e endereço dos Hospitais, Clínicas e/ou Centros de Atendimento, Institutos, Laboratórios, Serviços Auxiliares de Saúde e Médicos Credenciados, comprometendo-se a informar todas as sucessivas alterações;
- h) Comunicar ao **CRM-SC** a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato, bem como providenciar a imediata correção das deficiências apontadas;
- i) Responder pelas despesas de encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, decorrentes da execução dos serviços objeto deste Termo;
- j) Executar dentro da melhor técnica e qualidade os serviços necessários à realização do objeto deste Termo;
- k) Manter atualizado endereço, inclusive eletrônico, e telefones cadastrados junto à **CONTRATANTE** para comunicações, informando imediatamente eventual alteração;
- l) Sempre que solicitado, apresentar, documentos que comprovem o cumprimento da legislação em vigor quanto às obrigações assumidas na licitação;
- m) Acatar as exigências do **CRM-SC** quanto à execução do objeto, normas de controle interno e rotinas de serviço;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- n) Os serviços contratados deverão ser ativados e estarem disponíveis para uso, no prazo máximo de 5 (cinco) dias corridos, a contar da assinatura do contrato;
- o) Assegurar os tratamentos não previstos neste instrumento, mas que constem da Resolução Normativa nº 428/2017, da ANS, e demais legislações pertinentes;
- p) Assegurar os direitos e cumprir com todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- q) Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, em observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação.

**19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

19.1. Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 10.520, de 2002, a **CONTRATADA** que:

- a) Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
- b) Ensejar o retardamento da execução do objeto;
- c) Falhar ou fraudar na execução do contrato;
- d) Comportar-se de modo inidôneo;
- e) Cometer fraude fiscal.

9.5 Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Administração pode aplicar à **CONTRATADA** as seguintes sanções:

- a) Advertência, por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos;
- b) Multa moratória de 0,05 % (cinco décimos por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 15 (quinze) dias;
- c) Multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;
- d) Em caso de inexecução parcial, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;
- e) Suspensão de licitar e impedimento de contratar com o órgão, entidade ou unidade administrativa pela qual a administração pública opera e atua concretamente, pelo prazo de até dois anos;
- f) Impedimento de licitar e contratar com órgãos e entidades da união com o consequente descredenciamento no SICAF pelo prazo de até cinco anos, sem prejuízo das multas previstas em edital e no contrato e das demais cominações legais;
- g) A Sanção de impedimento de licitar e contratar prevista neste subitem também é aplicável em quaisquer das hipóteses previstas como infração administrativa neste Termo de Referência.
- h) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados;
- i) As sanções poderão ser aplicadas alternada ou cumulativamente, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados quando cabível.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

9.6 Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, as empresas ou profissionais que:

- a. Tenham sofrido condenação definitiva por praticar, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;
- b. Tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;
- c. Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.
- d. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à Contratada, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999;
- e. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade

9.7 As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

## **20. CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA FISCALIZAÇÃO**

- 20.1. O Fiscal e o Gestor da execução do presente contrato serão apontados pelo Setor de Recursos Humanos do CRM-SC
- 20.2. A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA** pelos danos causados ao **CONTRATANTE** ou a terceiros, resultantes de ação ou omissão culposa ou dolosa de quaisquer de seus empregados ou prepostos.

## **21. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO**

- 21.1. Este contrato pode ser alterado nos casos previstos no art. 65 da Lei n.º 8.666/93, desde que haja interesse do **CRM-SC**, com a apresentação das devidas justificativas

## **22. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DO REAJUSTE**

- 22.1. O reajuste será aplicado conforme variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do (s) contrato (s) da Contratante atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**. Assim:

$$\text{Reajuste} = \text{IGPM} + \text{IRT}$$

- 22.2. O IGPM, o Índice de Reajuste Técnico (IRT) e a Sinistralidade serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 04 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do contrato;
- 22.3. O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

$$\text{IRT}\% = \left( \frac{\text{Sinistralidade}}{75\%} \right) \cdot 1 \cdot 100$$

Onde,

- **Sinistralidade:** é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários pelas receitas com contraprestações do período. A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

$$\text{Sinistralidade} = \left( \frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}} \right) \cdot 100$$

- **Despesa Assistencial:** É a soma de todas as despesas assistenciais no período com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.
- **Coparticipação:** É a soma de todos os valores de coparticipação do período.
- **Receitas Líquidas do Plano:** É soma de todos os valores de contraprestações do período.

22.5 A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme os seguintes parâmetros:

22.5.1 Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;

22.5.2 Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

22.6 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**, o percentual aplicado será negociado pelas partes, não podendo ser aplicado percentual inferior ao IRT, nem superior à soma do IRT e o índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.7 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade seja **igual ou inferior a 75% (setenta e cinco por cento)**, poderá ser negociado percentual entre as partes, que não será superior ao índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.8 Para os contratos agrupados serão apuradas as receitas e despesas de todos os contratos por subgrupos.

22.8.1 Os contratos serão agrupados em 3 (três) subgrupos a seguir definidos:

22.8.1.1 Sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial “ambulatorial” e “ambulatorial + odontológico”;

22.8.1.2 Internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar sem obstetrícia”, “hospitalar sem obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial +



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

hospitalar sem obstetrícia” e “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico”; e

- 22.8.1.3 Internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar com obstetrícia”, “hospitalar com obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico”, e “referência.

**23. CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO**

- 23.1. A rescisão deste contrato se dará nos termos dos artigos 79 e 80 da Lei nº 8.666/93.

**23.1.1** No caso de rescisão provocada por inadimplemento da **CONTRATADA**, o **CRM-SC** poderá reter, cautelarmente, os créditos decorrentes do contrato até o valor dos prejuízos causados, já calculados ou estimados

- 23.2. No procedimento que visa à rescisão do contrato, será assegurado o contraditório e a ampla defesa, sendo que, depois de encerrada a instrução inicial, a **CONTRATADA** terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para se manifestar e produzir provas, sem prejuízo da possibilidade do **CRM-SC** adotar, motivadamente, providências acauteladoras

**24. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – ADERÊNCIA AO PROGRAMA DE CONFORMIDADE DO CRM-SC**

- 24.1. A **CONTRATADA** se obriga a cumprir e fazer respeitar as políticas internas do programa de conformidade do **CRM-SC**, a qual declara conhecer.

**25. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DO FORO**

- 25.1. As questões decorrentes da execução deste instrumento, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas na Justiça Federal, no Foro da cidade de Florianópolis, Seção Judiciária de Santa Catarina, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, salvo nos casos previstos no art. 102, inciso I, alínea “d”, da Constituição Federal.
- 25.2. E, para firmeza e validade do que foi pactuado, lavrou-se o presente Contrato em 2 (duas) vias, a qual, depois de lido, também é assinado, pelos representantes das partes, **CRM-SC** e **CONTRATADA**

Florianópolis, xx de XXXX de 2020.

CONTRATANTE  
CRM-SC

CONTRATADA

Testemunhas:

Nome / CPF

Nome/CPF



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**ANEXO VII - MINUTA DO CONTRATO**

**PRIVATIVO SEM COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL APARTAMENTO**

**CONTRATANTE:** CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, Autarquia Federal, com sede à Rodovia SC 401 – Km 04 – Saco Grande - Florianópolis-SC, com CNPJ n.º 79.831.566/0001-15, neste ato representado por seu Presidente Dr. Daniel Knabben Ortellado, com CPF 014.806.849-96, brasileiro, casado, Médico, residente e domiciliado nesta cidade;

**CONTRATADA:** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, pessoa jurídica, com CNPJ n.º. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, com sede à Rua xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxx – Bairro – Cidade/Estado – CEP: xxxxxxxxxxxx, Certificado de Registro junto à **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS** n.º XX.XXX-X, de acordo com a Lei n.º 9656 de 03/06/1998, neste ato representada pelo sua representante legal, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, CPF n.º xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, profissão e estaco civil;

As partes acima qualificadas, tendo em vista o que consta no Processo **Pregão Eletrônico n.º 013/2020** e em observância às disposições sujeitando-se às normas e disposições contidas na Lei n.º 10.520/02, Lei n.º 8.666/93, Decreto n.º 10.024/19 e demais regulamentos e normas que regem a matéria, resolvem celebrar o presente Termo de Contrato, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

**1. CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

- 1.1. O objeto do presente instrumento é a contratação de empresa operadora de Plano de Assistência à Saúde, com abrangência em todo o território nacional, que atenda integralmente ao disposto na Lei n.º 9.656/98 e legislações complementares pertinentes, para prestação continuada de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, aos funcionários do CRM-SC e seus dependentes, que serão prestados nas condições estabelecidas no **Termo de Referência e anexos do Edital**.
- 1.2. Este Termo de Contrato vincula-se ao Edital do Pregão, identificado no preâmbulo e aos documentos e proposta da instituição vencedora que integram o processo, independentemente de transcrição.
- 1.3. NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

NOME COMERCIAL	Nº DE REGISTRO NA ANS
PRIVATIVO SEM COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL	XXXXXXXXXXXX

1.4. **TIPO DE CONTRATAÇÃO**

Coletivo empresarial

1.5. **SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE**

**Ambulatorial + Hospitalar Obstetrícia**

1.6. **ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

Área de abrangência geográfica: **Estadual**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**1.7. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO**

<b>NOME DO PLANO</b>	<b>ACOMODAÇÃO</b>
PRIVATIVO SEM COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL	APARTAMENTO

- 1.8. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pela **CONTRATADA**, caso o Beneficiário esteja inscrito no plano cuja modalidade é Enfermaria, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

**2. CLÁUSULA SEGUNDA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

- 2.1. O beneficiário deverá informar à **CONTRATADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.
- 2.2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.
- 2.3. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.
- 2.4. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.
- 2.5. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
- 2.6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- 2.7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
- 2.8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a **CONTRATADA** não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 2.9. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão nova ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- 2.10. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- 2.11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.
- 2.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS**, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)
- 2.13. É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- 2.14. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 2.15. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.
- 2.16. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a **ANS**, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.
- 2.17. Instaurado o processo administrativo na **ANS**, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.
- 2.18. A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- 2.19. A **ANS** efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 2.20. Se solicitado pela **ANS**, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 2.21. Após julgamento, e acolhida à alegação da **CONTRATADA**, pela **ANS**, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do contrato.
- 2.22. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela **ANS**, do encerramento do processo administrativo.
- 2.23. Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

**3. CLÁUSULA TERCEIRA - A PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIARIOS PODERA OCORRER NAS SEGUINTE SITUAÇÕES:**

- 3.1. Perda da qualidade de beneficiário titular:
  - a) Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;  
Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:
  - a) Pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste regulamento;
  - b) A pedido do beneficiário titular;
  - c) Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.3. Caberá tão-somente ao CONTRATANTE, patrocinador, instituidor ou mantenedor solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários;
- 3.4. A operadora só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do patrocinador, instituidor ou mantenedor, nas seguintes hipóteses:
  - a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste regulamento, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98;
- 3.5. A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:
  - a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante e/ou da condição de dependência, previstos neste contrato.

**4. CLÁUSULA QUARTA - DA JUNTA MÉDICA**

- 4.1. A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados;
- 4.2. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempassador deverá ser paga pela operadora

**5. CLÁUSULA QUINTA - SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA**

- 5.1. Será fornecida ao beneficiário uma relação (Orientador Médico) contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários;
- 5.2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele atendimento ou por meio da internet;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 5.3. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:
- 5.3.1. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- 5.3.2. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- 5.3.3. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;
- 5.3.4. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

**6. CLÁUSULA SEXTA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

- 6.1. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10ª Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- 6.2. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
- 6.3. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho;
- 6.4. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente;
- 6.5. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos;
- 6.6. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

**7. CLÁUSULA SÉTIMA - COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

- 7.1. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**I** - Cobertura de consultas médicas com médicos credenciados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

**III** - Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

**IV** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) Radioterapia;

d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;

e) Hemoterapia ambulatorial;

f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

**V** - Tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

a) O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;

c) O tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

**8. CLÁUSULA OITAVA - COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

8.1. Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

**I** - Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

**III** - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

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

**V** - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, em território brasileiro;

**VI** - Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

**VII** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral e enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

j) procedimentos de fisioterapia;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

**VIII** - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

**IX** - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;

**XI** - Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

**X** - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

**XI** - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;

**XII** - Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

a) o custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

b) O custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

c) o custeio integral de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

d) O custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

e) cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os diagnósticos: F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID - 10, ao beneficiário terão assegurado 180 (cento e oitenta) dias por ano de tratamento em regime de hospital-dia.

f) procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas.

**XIII - Transplantes de rim e córnea e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:**

a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;

a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;

a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

b) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**9. CLÁUSULA NONA - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

9.1. Fica expressamente ajustado entre as partes, que a operadora não se responsabilizará pela prestação dos serviços abaixo relacionados que estão excluídos da cobertura contratual, salvo se estes, vierem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações.

9.2. PROCEDIMENTOS MÉDICOS:

- a) Não estão cobertos procedimentos médicos que não constem da relação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- b) Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do território nacional, mesmo nos casos de urgência e emergência;
- c) Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados em território nacional fora da área de abrangência contratual;
- d) Tratamentos clínicos, procedimentos e exames decorrentes de tratamentos não custeados pela operadora, exceto se o evento/consequência encontrar-se previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, ocasião em que a cobertura será obrigatória independentemente da causa;
- e) Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, para patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças (CID-10);
- f) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidades estéticas, cosméticas, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; internações ou hotelaria em Spa's ou Clínicas de Emagrecimento seus procedimentos, materiais ou medicamentos e honorários profissionais;
- g) Escleroterapia de varizes;
- h) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos de natureza estética em geral;
- i) Cirurgia refrativa, de miopia com grau inferior a 5(cinco) e de hipermetropia com grau superior a 6 (seis);
- j) Tratamentos clínicos e/ ou cirurgias, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento; tratamento cirúrgico para obesidade que não se enquadrem nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde;
- k) Transplantes de: fígado; coração; medula; pâncreas; pulmão; ou outro de qualquer natureza, exceto o de rim e córnea e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- l) Implantes que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- m) Tratamento odontológico, exceto cirurgia buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;
- n) Procedimentos e consultas médicas em especialidades não reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- o) Exame de paternidade;
- p) Acupuntura por profissionais não médicos, e por médicos não credenciados;
- q) Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- r) Aviamento de óculos; gesso sintético; aparelhos de surdez; aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função;
- s) Fornecimento de próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico;
- t) Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não registrados na ANVISA;
- u) Medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- v) Vacina imunizante (exceto se internado)

**9.3 ATENDIMENTO DOMICILIAR:**

- 9.3.1 Aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar;
- 9.3.2 Consultas, atendimentos ou visitas domiciliares de qualquer natureza, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- 9.3.3 Materiais e medicamentos para tratamento domiciliar;
- 9.3.4 Serviços de enfermagem em caráter particular;
- 9.3.5 Serviços de enfermagem domiciliar;
- 9.3.6 Remoção domiciliar

**9.4 DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS:**

- 9.4.1 Despesas hospitalares extraordinárias referentes a: ligações telefônicas, lavagem de roupas, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável; produtos de higiene pessoal; serviços extraordinários requeridos pelo usuário tais como, televisão, aparelho de ar condicionado, frigobar, estacionamento ou outras despesas que excedam o limite e condições do contrato;
- 9.4.2 Despesas hospitalares de iniciativa do usuário e não prescritas pelo médico assistente;
- 9.4.3 Internações hospitalares fora das condições previstas no contrato;
- 9.4.4 Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no contrato, salvo na hipótese da ocorrência do artigo 33 da lei 9.656/98;
- 9.4.5 Todas as despesas com acompanhantes, inclusive alimentação, exceto alimentação para o acompanhante de menores de 18 anos e maiores de 60 anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- 9.4.6 Serviços de enfermagem em caráter particular em regime hospitalar;
- 9.4.7 Procedimento assistencial que exija autorização prévia e realizado à revelia da Operadora, exceto nos casos de urgência e emergência;
- 9.4.8 Não estão asseguradas as despesas com consultas, tratamentos e internações relacionadas antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas em contrato; e
- 9.4.9 Atendimento em casos de cataclismos, guerras, comoções internas, quando declaradas.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**10. CLÁUSULA DÉCIMA - A REMOÇÃO DO PACIENTE SERÁ GARANTIDA PELA OPERADORA NAS SEGUINTE HIPÓTESES:**

- 10.1 Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
- 10.2 Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação
- 10.3 À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
- 10.4 Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.
- 10.5 A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
- 10.6 Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

**11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO VALOR**

- 11.1 O valor total anual estimado deste contrato é de R\$ XXXXXXXXX (XXXXXXXX).

**12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

- 12.1. As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, pela conta de recurso **6.2.2.1.1.33.90.39.028 Plano de Saúde – Médico e odontológico do Orçamento do CRM-SC** do orçamento do **CRM-SC** para o exercício 2020.

**13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA EXECUÇÃO**

- 13.1. As opções de planos poderão ser alteradas pelo beneficiário através de um termo de consentimento fornecido pelo Recursos Humanos do CRM-SC. O RH intermediará as respectivas alterações junto à operadora de saúde;
- 13.2. Cobertura geográfica mínima: abrangência/atendimento no Estado conforme itens 5.3 do **Termo de Referência**, ou seja, em todas as cidades onde o CRM-SC possui unidades instaladas, devendo cobrir, inclusive, atendimentos de urgência e emergência e internação não eletiva em todo o território nacional;
- 13.3. A contratada deve possuir rede credenciada e/ou referenciada qualificada com laboratórios ou serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, consultórios, hospitais, clínicas especializadas e atendimentos de urgência e emergência nos municípios em que há hoje unidades administrativas do CRM-SC durante toda a execução contratual;
- 13.4. Na eventual abertura de novas unidades em localidades diferentes das relacionadas nos subitens 4.2 e 4.3, caberá acordo entre as partes para apresentação e/ou credenciamento de prestadores, respeitando-se as condições vigentes nos planos contratados;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 13.5. Em caso de internação decorrente de urgências e emergências, mesmo fora da área de abrangência, caberá à contratada a remoção e transporte nos moldes da Legislação vigente da ANS;
- 13.6. A coparticipação incidirá sobre todos os serviços/procedimentos classificados como ambulatoriais: a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorros; b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, medicamentos, honorários e taxas relacionadas a execução do exame; c) consultas/sessões realizadas por profissionais não médicos, previstos no Rol de procedimentos e eventos de saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapeuta, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos;
- 13.7. Não incide coparticipação sobre exames preventivos e tratamentos de doenças crônicas, entre eles, tratamentos de câncer e hemodiálise e demais procedimentos estabelecidos no Rol de cobertura da ANS;
- 13.8. O valor máximo de coparticipação por procedimento será **de R\$ 190,00 (cento e noventa reais)**, independente do percentual de coparticipação do plano;
- 13.9. Ficam excluídos da lista de coberturas para todos os planos os procedimentos listados no Art. 10 da Lei nº 9656/1998 e exames admissionais, demissionários e periódicos.

#### **14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA VIGÊNCIA**

- 14.1. O prazo de vigência deste Termo de Contrato é de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 60 (sessenta) meses, nos termos do art. 57, inc. II, da Lei nº 8.666/1993, desde que haja autorização formal da autoridade competente e observados os seguintes requisitos:
  - 14.1.1.1. Os serviços tenham sido prestados regularmente;
  - 14.1.1.2. A Administração mantenha interesse na realização do serviço;
  - 14.1.1.3. O valor do contrato permaneça economicamente vantajoso para a Administração;
  - 14.1.1.4. A contratada manifeste expressamente interesse na prorrogação.
- 14.2. A **CONTRATADA** não tem direito subjetivo à prorrogação contratual;
- 14.3. A prorrogação de contrato deverá ser promovida mediante celebração de termo aditivo.

#### **15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO PRAZO**

- 15.1. A contagem do prazo se iniciará em 5 (cinco) dias úteis da assinatura do contrato entre as partes.

#### **16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO PAGAMENTO**

- 16.1. O prazo para o pagamento será efetuado até 10 (dez) dias úteis mediante apresentação das Notas Fiscais e disponibilização dos relatórios mencionados nos itens 13.9 e 13.10 do **TERMO DE REFERÊNCIA** anexo ao edital, após aceite do Gestor/Fiscal do Contrato, por meio de boleto, na agência e estabelecimento bancário indicado pela contratada, ou por meio previsto na legislação vigente;
- 16.2. O pagamento somente será autorizado depois do efetuado o atesto pelo servidor competente na nota fiscal apresentada;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 16.3. Havendo erro no documento de cobrança, ou outra circunstância que impeça a liquidação da despesa, a mesma ficará pendente e o pagamento susinado até que a **CONTRATADA** providencie as medidas saneadoras necessárias, não ocorrendo, neste caso, quaisquer ônus por parte do **CONTRATANTE**;
- 16.4. Antes do pagamento, a contratante realizará consulta online ao SICAF e, se necessário, aos sites oficiais, para verificar a manutenção das condições de habilitação da contratada, devendo o resultado ser impresso, autenticado e juntado ao processo de pagamento;
- 16.4.1.1. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, nos termos da Instrução Normativa 1.234, de 11 de janeiro de 2012, da Secretaria da Receita Federal e da Lei n. 9.430, de 1996
- 16.5. A **CONTRATADA** regularmente optante pelo Simples Nacional, instituído pelo artigo 12 da Lei Complementar n. 123, de 2006, não sofrerá a retenção quanto aos impostos e contribuições abrangidos pelo referido regime, em relação às suas receitas próprias, desde que, a cada pagamento, apresente a declaração de que trata o artigo 6 da Instrução Normativa RFB N. 1.234, de 11 de janeiro de 2012;
- 16.6. A **CONTRATANTE** não se responsabilizará a por qualquer despesa que venha a ser efetuada pela contratada, que porventura não tenha sido acordado no contrato.

## **17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRANTE**

- 17.1. Atender o objeto no prazo e condições estabelecidas no Edital e seus anexos;
- 17.2. Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos provisoriamente com as especificações constantes do Edital e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;
- 17.3. Relacionar, após assinatura do contrato, os beneficiários, que deverão ser incluídos no plano em até 15 (quinze) dias úteis após a celebração do instrumento;
- 17.4. Solicitar à **CONTRATADA**, por escrito, por meio magnético ou meio eletrônico, a inclusão ou exclusão de beneficiário;
- 17.5. Efetuar o pagamento da prestação de serviço mensal;
- 17.6. Comunicar a **CONTRATADA**, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;
- 17.7. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da **CONTRATADA**, através de servidor especialmente designado como gestor do contrato;
- 17.8. Prestar as informações e os esclarecimentos pertinentes que venham a ser solicitados pela **CONTRATADA** ou por ser preposto;
- 17.9. Investir-se nos poderes de representação dos beneficiários do serviço de saúde perante a **CONTRATADA**;
- 17.10. Comunicar, via sistema informatizado (online) ou de forma impressa, a critério da **CONTRATADA**, seguidos de documentos necessários:
  - 17.10.1.1. Qualquer inclusão de beneficiários;
  - 17.10.1.2. A exclusão de beneficiários;
  - 17.10.1.3. Perda ou extravio do documento de identificação;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

17.10.1.4. Os beneficiários que, por qualquer motivo, deixarem de possuir direito ao plano contratado.

17.11. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela **CONTRATADA** com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Termo de Contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da **CONTRATADA**, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

## **18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

18.1. A **CONTRATADA** deve cumprir todas as obrigações constantes no Edital, seus anexos e suas propostas, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto e, ainda:

- a) Prestar os serviços, conforme especificações constantes no Edital e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal, na qual constará a relação dos beneficiários atendidos;
- b) Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto do contrato, de acordo com os artigos 14, 17, 23 e 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078, de 1990);
- c) Comunicar ao **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, os motivos que impossibilitam o cumprimento do prazo da prestação do serviço, com a devida comprovação;
- d) Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
- e) Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato;
- f) Solucionar todos os eventuais problemas pertinentes ou relacionados com a execução do objeto contratado, mesmo que para isso outra solução não prevista em contrato tenha que ser apresentada, para aprovação e implementação, sem ônus adicionais para o **CRM-SC**, desde que de responsabilidade da contratada;
- g) Fornecer guia de atendimento médico hospitalar, atualizado, podendo ser disponibilizado de forma impresso ou na sua forma eletrônica (*online*), ou a que mais se adequar, a critério da **CONTRATADA**, para cada beneficiário titular, quando da entrega do cartão de identificação do mesmo. Desse guia devem constar nome, telefone e endereço dos Hospitais, Clínicas e/ou Centros de Atendimento, Institutos, Laboratórios, Serviços Auxiliares de Saúde e Médicos Credenciados, comprometendo-se a informar todas as sucessivas alterações;
- h) Comunicar ao **CRM-SC** a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato, bem como providenciar a imediata correção das deficiências apontadas;
- i) Responder pelas despesas de encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, decorrentes da execução dos serviços objeto deste Termo;
- j) Executar dentro da melhor técnica e qualidade os serviços necessários à realização do objeto deste Termo;
- k) Manter atualizado endereço, inclusive eletrônico, e telefones cadastrados junto à **CONTRATANTE** para comunicações, informando imediatamente eventual alteração;
- l) Sempre que solicitado, apresentar, documentos que comprovem o cumprimento da legislação em vigor quanto às obrigações assumidas na licitação;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- m) Acatar as exigências do **CRM-SC** quanto à execução do objeto, normas de controle interno e rotinas de serviço;
- n) Os serviços contratados deverão ser ativados e estarem disponíveis para uso, no prazo máximo de 5 (cinco) dias corridos, a contar da assinatura do contrato;
- o) Assegurar os tratamentos não previstos neste instrumento, mas que constem da Resolução Normativa nº 428/2017, da ANS, e demais legislações pertinentes;
- p) Assegurar os direitos e cumprir com todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- q) Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, em observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação.

**19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

19.1. Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 10.520, de 2002, a **CONTRATADA** que:

- a) Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
- b) Ensejar o retardamento da execução do objeto;
- c) Falhar ou fraudar na execução do contrato;
- d) Comportar-se de modo inidôneo;
- e) Cometer fraude fiscal.

19.2. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Administração pode aplicar à **CONTRATADA** as seguintes sanções:

- a) Advertência, por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos;
- b) Multa moratória de 0,05 % (cinco décimos por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 15 (quinze) dias;
- c) Multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;
- d) Em caso de inexecução parcial, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;
- e) Suspensão de licitar e impedimento de contratar com o órgão, entidade ou unidade administrativa pela qual a administração pública opera e atua concretamente, pelo prazo de até dois anos;
- f) Impedimento de licitar e contratar com órgãos e entidades da união com o consequente descredenciamento no SICAF pelo prazo de até cinco anos, sem prejuízo das multas previstas em edital e no contrato e das demais cominações legais;
- g) A Sanção de impedimento de licitar e contratar prevista neste subitem também é aplicável em quaisquer das hipóteses previstas como infração administrativa neste Termo de Referência.
- h) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- i) As sanções poderão ser aplicadas alternada ou cumulativamente, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados quando cabível.
- 19.3 Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, as empresas ou profissionais que:
- a. Tenham sofrido condenação definitiva por praticar, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;
  - b. Tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;
  - c. Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.
  - d. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à Contratada, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999;
  - e. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade
- 19.4 As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

## **20. CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA FISCALIZAÇÃO**

- 20.1. O Fiscal e o Gestor da execução do presente contrato serão apontados pelo Setor de Recursos Humanos do CRM-SC
- 20.2. A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA** pelos danos causados ao **CONTRATANTE** ou a terceiros, resultantes de ação ou omissão culposa ou dolosa de quaisquer de seus empregados ou prepostos.

## **21. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO**

- 21.1. Este contrato pode ser alterado nos casos previstos no art. 65 da Lei n.º 8.666/93, desde que haja interesse do **CRM-SC**, com a apresentação das devidas justificativas

## **22. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DO REAJUSTE**

- 22.1. O reajuste será aplicado conforme variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do (s) contrato (s) da Contratante atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**. Assim:

$$\text{Reajuste} = \text{IGMP} + \text{IRT}$$

- 22.2. O IGPM, o Índice de Reajuste Técnico (IRT) e a Sinistralidade serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 04 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do contrato;
- 22.3. O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

$$\text{IRT}\% = \left( \frac{\text{Sinistralidade}}{75\%} \right) \cdot 1 \cdot 100$$

Onde,

- **Sinistralidade:** é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários pelas receitas com contraprestações do período. A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

$$\text{Sinistralidade} = \left( \frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}} \right) \cdot 100$$

- **Despesa Assistencial:** É a soma de todas as despesas assistenciais no período com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.
- **Coparticipação:** É a soma de todos os valores de coparticipação do período.
- **Receitas Líquidas do Plano:** É soma de todos os valores de contraprestações do período.

22.4 A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme os seguintes parâmetros:

22.4.1 Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;

22.4.2 Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

22.5 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**, o percentual aplicado será negociado pelas partes, não podendo ser aplicado percentual inferior ao IRT, nem superior à soma do IRT e o índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.6 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade seja **igual ou inferior a 75% (setenta e cinco por cento)**, poderá ser negociado percentual entre as partes, que não será superior ao índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.7 Para os contratos agrupados serão apuradas as receitas e despesas de todos os contratos por subgrupos.

22.7.1 Os contratos serão agrupados em 3 (três) subgrupos a seguir definidos:

22.7.1.1 Sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial “ambulatorial” e “ambulatorial + odontológico”;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

22.7.1.2 Internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar sem obstetrícia”, “hospitalar sem obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia” e “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico”; e

22.7.1.3 Internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar com obstetrícia”, “hospitalar com obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico”, e “referência.

### **23. CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO**

23.1. A rescisão deste contrato se dará nos termos dos artigos 79 e 80 da Lei nº 8.666/93.

**23.1.1** No caso de rescisão provocada por inadimplemento da **CONTRATADA**, o **CRM-SC** poderá reter, cautelarmente, os créditos decorrentes do contrato até o valor dos prejuízos causados, já calculados ou estimados

23.2. No procedimento que visa à rescisão do contrato, será assegurado o contraditório e a ampla defesa, sendo que, depois de encerrada a instrução inicial, a **CONTRATADA** terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para se manifestar e produzir provas, sem prejuízo da possibilidade do **CRM-SC** adotar, motivadamente, providências acauteladoras

### **24. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – ADERÊNCIA AO PROGRAMA DE CONFORMIDADE DO CRM-SC**

24.1. A **CONTRATADA** se obriga a cumprir e fazer respeitar as políticas internas do programa de conformidade do **CRM-SC**, a qual declara conhecer.

### **25. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DO FORO**

25.1. As questões decorrentes da execução deste instrumento, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas na Justiça Federal, no Foro da cidade de Florianópolis, Seção Judiciária de Santa Catarina, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, salvo nos casos previstos no art. 102, inciso I, alínea “d”, da Constituição Federal.

25.2. E, para firmeza e validade do que foi pactuado, lavrou-se o presente Contrato em 2 (duas) vias, a qual, depois de lido, também é assinado, pelos representantes das partes, **CRM-SC** e **CONTRATADA**

Florianópolis, xx de XXXX de 2020.

CONTRATANTE  
CRM-SC

CONTRATADA

Testemunhas:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

Nome / CPF

Nome/CPF

**ANEXO VIII - MINUTA DO CONTRATO**

**PRIVATIVO 20% DE COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL APARTAMENTO**

**CONTRATANTE:** CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, Autarquia Federal, com sede à Rodovia SC 401 – Km 04 – Saco Grande - Florianópolis-SC, com CNPJ n.º 79.831.566/0001-15, neste ato representado por seu Presidente Dr. Daniel Knabben Ortellado, com CPF 014.806.849-96, brasileiro, casado, Médico, residente e domiciliado nesta cidade;

**CONTRATADA:** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, pessoa jurídica, com CNPJ n.º xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, com sede à Rua xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxx – Bairro – Cidade/Estado – CEP: xxxxxxxxxxxx, Certificado de Registro junto à **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS** n.º XX.XXX-X, de acordo com a Lei n.º 9656 de 03/06/1998, neste ato representada pelo sua representante legal, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, CPF n.º xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, profissão e estaco civil;

As partes acima qualificadas, tendo em vista o que consta no Processo **Pregão Eletrônico n.º 013/2020** e em observância às disposições sujeitando-se às normas e disposições contidas na Lei n.º 10.520/02, Lei n.º 8.666/93, Decreto n.º 10.024/19 e demais regulamentos e normas que regem a matéria, resolvem celebrar o presente Termo de Contrato, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

**1. CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

- 1.1. O objeto do presente instrumento é a contratação de empresa operadora de Plano de Assistência à Saúde, com abrangência em todo o território nacional, que atenda integralmente ao disposto na Lei n.º 9.656/98 e legislações complementares pertinentes, para prestação continuada de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, aos funcionários do CRM-SC e seus dependentes, que serão prestados nas condições estabelecidas no **Termo de Referência e anexos do Edital**.
- 1.2. Este Termo de Contrato vincula-se ao Edital do Pregão, identificado no preâmbulo e aos documentos e proposta da instituição vencedora que integram o processo, independentemente de transcrição.
- 1.3. NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

NOME COMERCIAL	Nº DE REGISTRO NA ANS
PRIVATIVO 20% DE COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL	XXXXXXXXXXXX

**1.4. TIPO DE CONTRATAÇÃO**

Coletivo empresarial

**1.5. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE**

**Ambulatorial + Hospitalar Obstetrícia**

**1.6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

Área de abrangência geográfica: **Estadual**

1.7. **PADRÃO DE ACOMODAÇÃO**

NOME DO PLANO	ACOMODAÇÃO
PRIVATIVO 20% DE COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL	APARTAMENTO

1.8. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pela **CONTRATADA**, caso o Beneficiário esteja inscrito no plano cuja modalidade é Enfermaria, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

**2. CLÁUSULA SEGUNDA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

- 2.1. O beneficiário deverá informar à **CONTRATADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.
- 2.2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.
- 2.3. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.
- 2.4. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.
- 2.5. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
- 2.6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- 2.7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
- 2.8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- a **CONTRATADA** não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.
- 2.9. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão nova ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- 2.10. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- 2.11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.
- 2.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS**, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)
- 2.13. É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- 2.14. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 2.15. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.
- 2.16. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a **ANS**, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.
- 2.17. Instaurado o processo administrativo na **ANS**, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.
- 2.18. A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- 2.19. A **ANS** efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 2.20. Se solicitado pela **ANS**, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 2.21. Após julgamento, e acolhida à alegação da **CONTRATADA**, pela **ANS**, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do contrato.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 2.22. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela **ANS**, do encerramento do processo administrativo.
- 2.23. Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravado, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

**3. CLÁUSULA TERCEIRA - A PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIARIOS PODERA OCORRER NAS SEGUINTE SITUAÇÕES:**

- 3.1. Perda da qualidade de beneficiário titular:
- a) Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;  
Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:
- a) Pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste regulamento;
  - b) A pedido do beneficiário titular;
  - c) Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.3. Caberá tão-somente ao CONTRATANTE, patrocinador, instituidor ou mantenedor solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários;
- 3.4. A operadora só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do patrocinador, instituidor ou mantenedor, nas seguintes hipóteses:
- c) Fraude;
  - d) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste regulamento, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98;
- 3.5. A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:
- a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante e/ou da condição de dependência, previstos neste contrato.

**4. CLÁUSULA QUARTA - DA JUNTA MÉDICA**

- 4.1. A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados;
- 4.2. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempataador deverá ser paga pela operadora

**5. CLÁUSULA QUINTA - SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA**

- 5.1. Será fornecida ao beneficiário uma relação (Orientador Médico) contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes,



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários;
- 5.2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele atendimento ou por meio da internet;
- 5.3. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:
- 5.3.1. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- 5.3.2. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- 5.3.3. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;
- 5.3.4. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

**6. CLÁUSULA SEXTA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

- 6.1. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10º Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos E Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- 6.2. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
- 6.3. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho;
- 6.4. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente;
- 6.5. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos;
- 6.6. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**7. CLÁUSULA SÉTIMA - COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

7.1. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:

**I** - Cobertura de consultas médicas com médicos credenciados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

**III** - Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

**IV** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) Radioterapia;

d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;

e) Hemoterapia ambulatorial;

f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

**V** - Tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

a) O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;

c) O tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

**8. CLÁUSULA OITAVA - COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

8.1. Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

**I** - Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**III** - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

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

**V** - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, em território brasileiro;

**VI** - Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

**VII** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral e enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

j) procedimentos de fisioterapia;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

**VIII** - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

**IX** - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;

**XI** - Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

**X** - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

**XI** - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**XII** - Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

a) o custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

b) O custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

c) o custeio integral de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

d) O custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

e) cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os diagnósticos: F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID - 10, ao beneficiário terão assegurado 180 (cento e oitenta) dias por ano de tratamento em regime de hospital-dia.

f) procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas.

**XIII** - Transplantes de rim e córnea e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:

a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;

a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;

a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

b) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

**9. CLÁUSULA NONA - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

9.1. Fica expressamente ajustado entre as partes, que a operadora não se responsabilizará pela prestação dos serviços abaixo relacionados que estão excluídos da cobertura contratual, salvo se estes, vierem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações.

9.2. PROCEDIMENTOS MÉDICOS:

- a) Não estão cobertos procedimentos médicos que não constem da relação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- b) Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do território nacional, mesmo nos casos de urgência e emergência;
- c) Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados em território nacional fora da área de abrangência contratual;
- d) Tratamentos clínicos, procedimentos e exames decorrentes de tratamentos não custeados pela operadora, exceto se o evento/consequência encontrar-se previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, ocasião em que a cobertura será obrigatória independentemente da causa;
- e) Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, para patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças (CID-10);
- f) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidades estéticas, cosméticas, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; internações ou hotelaria em Spa's ou Clínicas de Emagrecimento seus procedimentos, materiais ou medicamentos e honorários profissionais;
- g) Escleroterapia de varizes;
- h) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos de natureza estética em geral;
- i) Cirurgia refrativa, de miopia com grau inferior a 5(cinco) e de hipermetropia com grau superior a 6 (seis);
- j) Tratamentos clínicos e/ ou cirurgias, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento; tratamento cirúrgico para obesidade que não se enquadrem nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde;
- k) Transplantes de: fígado; coração; medula; pâncreas; pulmão; ou outro de qualquer natureza, exceto o de rim e córnea e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- l) Implantes que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- m) Tratamento odontológico, exceto cirurgia buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;
- n) Procedimentos e consultas médicas em especialidades não reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina
- o) Exame de paternidade;
- p) Acupuntura por profissionais não médicos, e por médicos não credenciados;
- q) Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- r) Aviamento de óculos; gesso sintético; aparelhos de surdez; aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função;
- s) Fornecimento de próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico;
- t) Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não registrados na ANVISA;
- u) Medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- v) Vacina imunizante (exceto se internado)

**9.3 ATENDIMENTO DOMICILIAR:**

- 9.3.1 Aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar;
- 9.3.2 Consultas, atendimentos ou visitas domiciliares de qualquer natureza, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- 9.3.3 Materiais e medicamentos para tratamento domiciliar;
- 9.3.4 Serviços de enfermagem em caráter particular;
- 9.3.5 Serviços de enfermagem domiciliar;
- 9.3.6 Remoção domiciliar

**9.4 DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS:**

- 9.4.1 Despesas hospitalares extraordinárias referentes a: ligações telefônicas, lavagem de roupas, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável; produtos de higiene pessoal; serviços extraordinários requeridos pelo usuário tais como, televisão, aparelho de ar condicionado, frigobar, estacionamento ou outras despesas que excedam o limite e condições do contrato;
- 9.4.2 Despesas hospitalares de iniciativa do usuário e não prescritas pelo médico assistente;
- 9.4.3 Internações hospitalares fora das condições previstas no contrato;
- 9.4.4 Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no contrato, salvo na hipótese da ocorrência do artigo 33 da lei 9.656/98;
- 9.4.5 Todas as despesas com acompanhantes, inclusive alimentação, exceto alimentação para o acompanhante de menores de 18 anos e maiores de 60 anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- 9.4.6 Serviços de enfermagem em caráter particular em regime hospitalar;
- 9.4.7 Procedimento assistencial que exija autorização prévia e realizado à revelia da Operadora, exceto nos casos de urgência e emergência;
- 9.4.8 Não estão asseguradas as despesas com consultas, tratamentos e internações relacionadas antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas em contrato; e
- 9.4.9 Atendimento em casos de cataclismos, guerras, comoções internas, quando declaradas.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

---

**10. CLÁUSULA DÉCIMA - A REMOÇÃO DO PACIENTE SERÁ GARANTIDA PELA OPERADORA NAS SEGUINTE HIPÓTESES:**

- 10.1 Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
- 10.2 Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação
- 10.3 À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
- 10.4 Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.
- 10.5 A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
- 10.6 Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

**11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO VALOR**

- 11.3 O valor total anual estimado deste contrato é de R\$ XXXXXXXXX (XXXXXXXX).

**12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

- 12.1. As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, pela conta de recurso **6.2.2.1.1.33.90.39.028 Plano de Saúde – Médico e odontológico do Orçamento do CRM-SC** do orçamento do **CRM-SC** para o exercício 2020.

**13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA EXECUÇÃO**

- 13.1. As opções de planos poderão ser alteradas pelo beneficiário através de um termo de consentimento fornecido pelo Recursos Humanos do CRM-SC. O RH intermediará as respectivas alterações junto à operadora de saúde;
- 13.2. Cobertura geográfica mínima: abrangência/atendimento no Estado conforme itens 5.3 do **Termo de Referência**, ou seja, em todas as cidades onde o CRM-SC possui unidades instaladas, devendo cobrir, inclusive, atendimentos de urgência e emergência e internação não eletiva em todo o território nacional;
- 13.3. A contratada deve possuir rede credenciada e/ou referenciada qualificada com laboratórios ou serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, consultórios, hospitais, clínicas especializadas e atendimentos de urgência e emergência nos municípios em que há hoje unidades administrativas do CRM-SC durante toda a execução contratual;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 13.4. Na eventual abertura de novas unidades em localidades diferentes das relacionadas nos subitens 4.2 e 4.3, caberá acordo entre as partes para apresentação e/ou credenciamento de prestadores, respeitando-se as condições vigentes nos planos contratados;
- 13.5. Em caso de internação decorrente de urgências e emergências, mesmo fora da área de abrangência, caberá à contratada a remoção e transporte nos moldes da Legislação vigente da ANS;
- 13.6. A coparticipação incidirá sobre todos os serviços/procedimentos classificados como ambulatoriais: a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorros; b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, medicamentos, honorários e taxas relacionadas a execução do exame; c) consultas/sessões realizadas por profissionais não médicos, previstos no Rol de procedimentos e eventos de saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapeuta, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos;
- 13.7. Não incide coparticipação sobre exames preventivos e tratamentos de doenças crônicas, entre eles, tratamentos de câncer e hemodiálise e demais procedimentos estabelecidos no Rol de cobertura da ANS;
- 13.8. O valor máximo de coparticipação por procedimento será **de R\$ 190,00 (cento e noventa reais)**, independente do percentual de coparticipação do plano;
- 13.9. Ficam excluídos da lista de coberturas para todos os planos os procedimentos listados no Art. 10 da Lei nº 9656/1998 e exames admissionais, demissionários e periódicos.

#### **14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA VIGÊNCIA**

- 14.1. O prazo de vigência deste Termo de Contrato é de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 60 (sessenta) meses, nos termos do art. 57, inc. II, da Lei nº 8.666/1993, desde que haja autorização formal da autoridade competente e observados os seguintes requisitos:
  - 14.1.1.1. Os serviços tenham sido prestados regularmente;
  - 14.1.1.2. A Administração mantenha interesse na realização do serviço;
  - 14.1.1.3. O valor do contrato permaneça economicamente vantajoso para a Administração;
  - 14.1.1.4. A contratada manifeste expressamente interesse na prorrogação.
- 14.2. A **CONTRATADA** não tem direito subjetivo à prorrogação contratual;
- 14.3. A prorrogação de contrato deverá ser promovida mediante celebração de termo aditivo.

#### **15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO PRAZO**

- 15.1. A contagem do prazo se iniciará em 5 (cinco) dias úteis da assinatura do contrato entre as partes.

#### **16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO PAGAMENTO**

- 16.1. O prazo para o pagamento será efetuado até 10 (dez) dias úteis mediante apresentação das Notas Fiscais e disponibilização dos relatórios mencionados nos itens 13.9 e 13.10 do **TERMO DE REFERÊNCIA** anexo ao edital, após aceite do Gestor/Fiscal do Contrato, por meio de boleto, na



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- agência e estabelecimento bancário indicado pela contratada, ou por meio previsto na legislação vigente;
- 16.2. O pagamento somente será autorizado depois do efetuado o atesto pelo servidor competente na nota fiscal apresentada;
- 16.3. Havendo erro no documento de cobrança, ou outra circunstância que impeça a liquidação da despesa, a mesma ficará pendente e o pagamento susinado até que a **CONTRATADA** providencie as medidas saneadoras necessárias, não ocorrendo, neste caso, quaisquer ônus por parte do **CONTRATANTE**;
- 16.4. Antes do pagamento, a contratante realizará consulta online ao SICAF e, se necessário, aos sítios oficiais, para verificar a manutenção das condições de habilitação da contratada, devendo o resultado ser impresso, autenticado e juntado ao processo de pagamento;
- 16.4.1.1.** Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, nos termos da Instrução Normativa 1.234, de 11 de janeiro de 2012, da Secretaria da Receita Federal e da Lei n. 9.430, de 1996
- 16.5. A **CONTRATADA** regularmente optante pelo Simples Nacional, instituído pelo artigo 12 da Lei Complementar n. 123, de 2006, não sofrerá a retenção quanto aos impostos e contribuições abrangidos pelo referido regime, em relação às suas receitas próprias, desde que, a cada pagamento, apresente a declaração de que trata o artigo 6 da Instrução Normativa RFB N. 1.234, de 11 de janeiro de 2012;
- 16.6. A **CONTRATANTE** não se responsabilizará a por qualquer despesa que venha a ser efetuada pela contratada, que porventura não tenha sido acordado no contrato.

**17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRANTE**

- 17.1. Atender o objeto no prazo e condições estabelecidas no Edital e seus anexos;
- 17.2. Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos provisoriamente com as especificações constantes do Edital e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;
- 17.3. Relacionar, após assinatura do contrato, os beneficiários, que deverão ser incluídos no plano em até 15 (quinze) dias úteis após a celebração do instrumento;
- 17.4. Solicitar à **CONTRATADA**, por escrito, por meio magnético ou meio eletrônico, a inclusão ou exclusão de beneficiário;
- 17.5. Efetuar o pagamento da prestação de serviço mensal;
- 17.6. Comunicar a **CONTRATADA**, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;
- 17.7. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da **CONTRATADA**, através de servidor especialmente designado como gestor do contrato;
- 17.8. Prestar as informações e os esclarecimentos pertinentes que venham a ser solicitados pela **CONTRATADA** ou por ser preposto;
- 17.9. Investir-se nos poderes de representação dos beneficiários do serviço de saúde perante a **CONTRATADA**;
- 17.10. Comunicar, via sistema informatizado (online) ou de forma impressa, a critério da **CONTRATADA**, seguidos de documentos necessários:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 17.10.1.1. Qualquer inclusão de beneficiários;
- 17.10.1.2. A exclusão de beneficiários;
- 17.10.1.3. Perda ou extravio do documento de identificação;
- 17.10.1.4. Os beneficiários que, por qualquer motivo, deixarem de possuir direito ao plano contratado.
- 17.11. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela **CONTRATADA** com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Termo de Contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da **CONTRATADA**, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

**18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

- 18.1. A **CONTRATADA** deve cumprir todas as obrigações constantes no Edital, seus anexos e suas propostas, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto e, ainda:
- a) Prestar os serviços, conforme especificações constantes no Edital e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal, na qual constará a relação dos beneficiários atendidos;
  - b) Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto do contrato, de acordo com os artigos 14, 17, 23 e 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078, de 1990);
  - c) Comunicar ao **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, os motivos que impossibilitam o cumprimento do prazo da prestação do serviço, com a devida comprovação;
  - d) Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
  - e) Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato;
  - f) Solucionar todos os eventuais problemas pertinentes ou relacionados com a execução do objeto contratado, mesmo que para isso outra solução não prevista em contrato tenha que ser apresentada, para aprovação e implementação, sem ônus adicionais para o **CRM-SC**, desde que de responsabilidade da contratada;
  - g) Fornecer guia de atendimento médico hospitalar, atualizado, podendo ser disponibilizado de forma impresso ou na sua forma eletrônica (*online*), ou a que mais se adequar, a critério da **CONTRATADA**, para cada beneficiário titular, quando da entrega do cartão de identificação do mesmo. Desse guia devem constar nome, telefone e endereço dos Hospitais, Clínicas e/ou Centros de Atendimento, Institutos, Laboratórios, Serviços Auxiliares de Saúde e Médicos Credenciados, comprometendo-se a informar todas as sucessivas alterações;
  - h) Comunicar ao **CRM-SC** a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato, bem como providenciar a imediata correção das deficiências apontadas;
  - i) Responder pelas despesas de encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, decorrentes da execução dos serviços objeto deste Termo;
  - j) Executar dentro da melhor técnica e qualidade os serviços necessários à realização do objeto deste Termo;
  - k) Manter atualizado endereço, inclusive eletrônico, e telefones cadastrados junto à **CONTRATANTE** para comunicações, informando imediatamente eventual alteração;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- l) Sempre que solicitado, apresentar, documentos que comprovem o cumprimento da legislação em vigor quanto às obrigações assumidas na licitação;
- m) Acatar as exigências do **CRM-SC** quanto à execução do objeto, normas de controle interno e rotinas de serviço;
- n) Os serviços contratados deverão ser ativados e estarem disponíveis para uso, no prazo máximo de 5 (cinco) dias corridos, a contar da assinatura do contrato;
- o) Assegurar os tratamentos não previstos neste instrumento, mas que constem da Resolução Normativa nº 428/2017, da ANS, e demais legislações pertinentes;
- p) Assegurar os direitos e cumprir com todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- q) Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, em observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação.

**19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

19.1. Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 10.520, de 2002, a **CONTRATADA** que:

- a) Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
- b) Ensejar o retardamento da execução do objeto;
- c) Falhar ou fraudar na execução do contrato;
- d) Comportar-se de modo inidôneo;
- e) Cometer fraude fiscal.

19.2. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Administração pode aplicar à **CONTRATADA** as seguintes sanções:

- a) Advertência, por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos;
- b) Multa moratória de 0,05 % (cinco décimos por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 15 (quinze) dias;
- c) Multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;
- d) Em caso de inexecução parcial, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;
- e) Suspensão de licitar e impedimento de contratar com o órgão, entidade ou unidade administrativa pela qual a administração pública opera e atua concretamente, pelo prazo de até dois anos;
- f) Impedimento de licitar e contratar com órgãos e entidades da união com o consequente descredenciamento no SICAF pelo prazo de até cinco anos, sem prejuízo das multas previstas em edital e no contrato e das demais cominações legais;
- g) A Sanção de impedimento de licitar e contratar prevista neste subitem também é aplicável em quaisquer das hipóteses previstas como infração administrativa neste Termo de Referência.
- h) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados;

- i) As sanções poderão ser aplicadas alternada ou cumulativamente, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados quando cabível.

22.8 Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, as empresas ou profissionais que:

- a) Tenham sofrido condenação definitiva por praticar, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;
- b) Tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;
- c) Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.
- d) A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à Contratada, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999;
- e) A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade

19.3 As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

## **20. CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA FISCALIZAÇÃO**

20.1. O Fiscal e o Gestor da execução do presente contrato serão apontados pelo Setor de Recursos Humanos do CRM-SC

20.2. A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA** pelos danos causados ao **CONTRATANTE** ou a terceiros, resultantes de ação ou omissão culposa ou dolosa de quaisquer de seus empregados ou prepostos.

## **21. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO**

21.1. Este contrato pode ser alterado nos casos previstos no art. 65 da Lei n.º 8.666/93, desde que haja interesse do **CRM-SC**, com a apresentação das devidas justificativas

## **22. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DO REAJUSTE**

22.1. O reajuste será aplicado conforme variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do (s) contrato (s) da Contratante atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**. Assim:

$$\text{Reajuste} = \text{IGMP} + \text{IRT}$$



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 22.2. O IGPM, o Índice de Reajuste Técnico (IRT) e a Sinistralidade serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 04 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do contrato;
- 22.3. O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula

$$\text{IRT}\% = \left( \frac{\text{Sinistralidade}}{75\%} \right) \cdot 1 \cdot 100$$

Onde,

- **Sinistralidade:** é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários pelas receitas com contraprestações do período. A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

$$\text{Sinistralidade} = \left( \frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}} \right) \cdot 100$$

- **Despesa Assistencial:** É a soma de todas as despesas assistenciais no período com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.
- **Coparticipação:** É a soma de todos os valores de coparticipação do período.
- **Receitas Líquidas do Plano:** É soma de todos os valores de contraprestações do período.

22.4 A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme os seguintes parâmetros:

22.4.1 Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;

22.4.2 Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

22.5 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**, o percentual aplicado será negociado pelas partes, não podendo ser aplicado percentual inferior ao IRT, nem superior à soma do IRT e o índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.6 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade seja **igual ou inferior a 75% (setenta e cinco por cento)**, poderá ser negociado percentual entre as partes, que não será superior ao índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

22.7 Para os contratos agrupados serão apuradas as receitas e despesas de todos os contratos por subgrupos.

22.7.1 Os contratos serão agrupados em 3 (três) subgrupos a seguir definidos:

22.7.1.1 Sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial “ambulatorial” e “ambulatorial + odontológico”;

22.7.1.2 Internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar sem obstetrícia”, “hospitalar sem obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia” e “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico”; e

22.7.1.3 Internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar com obstetrícia”, “hospitalar com obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico”, e “referência.

### **23. CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO**

23.1. A rescisão deste contrato se dará nos termos dos artigos 79 e 80 da Lei nº 8.666/93.

**23.1.1** No caso de rescisão provocada por inadimplemento da **CONTRATADA**, o **CRM-SC** poderá reter, cautelarmente, os créditos decorrentes do contrato até o valor dos prejuízos causados, já calculados ou estimados

23.2. No procedimento que visa à rescisão do contrato, será assegurado o contraditório e a ampla defesa, sendo que, depois de encerrada a instrução inicial, a **CONTRATADA** terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para se manifestar e produzir provas, sem prejuízo da possibilidade do **CRM-SC** adotar, motivadamente, providências acauteladoras

### **24. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – ADERÊNCIA AO PROGRAMA DE CONFORMIDADE DO CRM-SC**

24.1. A **CONTRATADA** se obriga a cumprir e fazer respeitar as políticas internas do programa de conformidade do **CRM-SC**, a qual declara conhecer.

### **25. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DO FORO**

25.1. As questões decorrentes da execução deste instrumento, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas na Justiça Federal, no Foro da cidade de Florianópolis, Seção Judiciária de Santa Catarina, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, salvo nos casos previstos no art. 102, inciso I, alínea “d”, da Constituição Federal.

25.2. E, para firmeza e validade do que foi pactuado, lavrou-se o presente Contrato em 2 (duas) vias, a qual, depois de lido, também é assinado, pelos representantes das partes, **CRM-SC** e **CONTRATADA**

Florianópolis, xx de XXXX de 2020.

CONTRATANTE

CONTRATADA



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

CRM-SC

Testemunhas:

Nome / CPF

Nome/CPF

**ANEXO IX - MINUTA DO CONTRATO**

**PRIVATIVO 50% DE COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL APARTAMENTO**

**CONTRATANTE:** CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, Autarquia Federal, com sede à Rodovia SC 401 – Km 04 – Saco Grande - Florianópolis-SC, com CNPJ n.º 79.831.566/0001-15, neste ato representado por seu Presidente Dr. Daniel Knabben Ortellado, com CPF 014.806.849-96, brasileiro, casado, Médico, residente e domiciliado nesta cidade;

**CONTRATADA:** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, pessoa jurídica, com CNPJ n.º xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, com sede à Rua xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxx – Bairro – Cidade/Estado – CEP: xxxxxxxxxxxx, Certificado de Registro junto à **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS** n.º XX.XXX-X, de acordo com a Lei n.º 9656 de 03/06/1998, neste ato representada pelo sua representante legal, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, CPF n.º xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, profissão e estaco civil;

As partes acima qualificadas, tendo em vista o que consta no Processo **Pregão Eletrônico n.º 013/2020** e em observância às disposições sujeitando-se às normas e disposições contidas na Lei n.º 10.520/02, Lei n.º 8.666/93, Decreto n.º 10.024/19 e demais regulamentos e normas que regem a matéria, resolvem celebrar o presente Termo de Contrato, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

**1. CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

- 1.1. O objeto do presente instrumento é a contratação de empresa operadora de Plano de Assistência à Saúde, com abrangência em todo o território nacional, que atenda integralmente ao disposto na Lei n.º 9.656/98 e legislações complementares pertinentes, para prestação continuada de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, aos funcionários do CRM-SC e seus dependentes, que serão prestados nas condições estabelecidas no **Termo de Referência e anexos do Edital**.
- 1.2. Este Termo de Contrato vincula-se ao Edital do Pregão, identificado no preâmbulo e aos documentos e proposta da instituição vencedora que integram o processo, independentemente de transcrição.
- 1.3. NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

NOME COMERCIAL	Nº DE REGISTRO NA ANS
PRIVATIVO 50% DE COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL	XXXXXXXXXXXX

**1.4. TIPO DE CONTRATAÇÃO**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

Coletivo empresarial

1.5. **SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE**

**Ambulatorial + Hospitalar Obstetrícia**

1.6. **ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

Área de abrangência geográfica: **Estadual**

1.7. **PADRÃO DE ACOMODAÇÃO**

NOME DO PLANO	ACOMODAÇÃO
PRIVATIVO 50% DE COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA ESTADUAL	APARTAMENTO

- 1.8. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pela **CONTRATADA**, caso o Beneficiário esteja inscrito no plano cuja modalidade é Enfermaria, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

**2. CLÁUSULA SEGUNDA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

- 2.1. O beneficiário deverá informar à **CONTRATADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.
- 2.2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.
- 2.3. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.
- 2.4. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.
- 2.5. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.
- 2.6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- 2.7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 2.8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a **CONTRATADA** não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.
- 2.9. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão nova ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- 2.10. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- 2.11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.
- 2.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS**, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)
- 2.13. É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- 2.14. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 2.15. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.
- 2.16. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a **ANS**, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.
- 2.17. Instaurado o processo administrativo na **ANS**, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.
- 2.18. A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- 2.19. A **ANS** efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 2.20. Se solicitado pela **ANS**, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 2.21. Após julgamento, e acolhida à alegação da **CONTRATADA**, pela **ANS**, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

constatação da doença e lesão preexistente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do contrato.

- 2.22. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela **ANS**, do encerramento do processo administrativo.
- 2.23. Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravado, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

**3. CLÁUSULA TERCEIRA - A PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIARIOS PODERA OCORRER NAS SEGUINTE SITUAÇÕES:**

- 3.1. Perda da qualidade de beneficiário titular:
- a) Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;  
Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:
- a) Pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste regulamento;
  - b) A pedido do beneficiário titular;
  - c) Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.3. Caberá tão-somente ao CONTRATANTE, patrocinador, instituidor ou mantenedor solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários;
- 3.4. A operadora só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do patrocinador, instituidor ou mantenedor, nas seguintes hipóteses:
- a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste regulamento, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98;
- 3.5. A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:
- a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante e/ou da condição de dependência, previstos neste contrato.

**4. CLÁUSULA QUARTA - DA JUNTA MÉDICA**

- 4.1. A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados;
- 4.2. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempassador deverá ser paga pela operadora

**5. CLÁUSULA QUINTA - SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA**

- 5.1. Será fornecida ao beneficiário uma relação (Orientador Médico) contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários;
- 5.2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele atendimento ou por meio da internet;
- 5.3. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:
- 5.3.1. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- 5.3.2. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- 5.3.3. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;
- 5.3.4. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

**6. CLÁUSULA SEXTA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

- 6.1. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10º Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- 6.2. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
- 6.3. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho;
- 6.4. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente;
- 6.5. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos;
- 6.6. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**7. CLÁUSULA SÉTIMA - COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

7.1. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:

**I** - Cobertura de consultas médicas com médicos credenciados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

**III** - Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

**IV** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) Radioterapia;

d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;

e) Hemoterapia ambulatorial;

f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

**V** - Tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

a) O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;

c) O tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

**8. CLÁUSULA OITAVA - COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

8.1. Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

**I** - Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**II** - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

**III** - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

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

**V** - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, em território brasileiro;

**VI** - Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

**VII** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral e enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

j) procedimentos de fisioterapia;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

**VIII** - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

**IX** - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;

**XI** - Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

**X** - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

**XI** - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;

**XII** - Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

a) o custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

b) O custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

c) o custeio integral de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

d) O custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

e) cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os diagnósticos: F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID - 10, ao beneficiário terão assegurado 180 (cento e oitenta) dias por ano de tratamento em regime de hospital-dia.

f) procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas.

**XIII** - Transplantes de rim e córnea e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:

a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;

a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;

a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

b) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

**9. CLÁUSULA NONA - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

9.1. Fica expressamente ajustado entre as partes, que a operadora não se responsabilizará pela prestação dos serviços abaixo relacionados que estão excluídos da cobertura contratual, salvo se estes, vierem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações.

9.2. PROCEDIMENTOS MÉDICOS:

- a) Não estão cobertos procedimentos médicos que não constem da relação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- b) atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do território nacional, mesmo nos casos de urgência e emergência;
- c) atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados em território nacional fora da área de abrangência contratual;
- d) tratamentos clínicos, procedimentos e exames decorrentes de tratamentos não custeados pela operadora, exceto se o evento/consequência encontrar-se previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, ocasião em que a cobertura será obrigatória independentemente da causa;
- e) procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, para patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças (CID-10);
- f) procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidades estéticas, cosméticas, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; internações ou hotelaria em Spa's ou Clínicas de Emagrecimento seus procedimentos, materiais ou medicamentos e honorários profissionais;
- g) Escleroterapia de varizes;
- h) procedimentos clínicos ou cirúrgicos de natureza estética em geral;
- i) Cirurgia refrativa, de miopia com grau inferior a 5(cinco) e de hipermetropia com grau superior a 6 (seis);
- j) tratamentos clínicos e/ ou cirurgias, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento; tratamento cirúrgico para obesidade que não se enquadrem nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde;
- k) Transplantes de: fígado; coração; medula; pâncreas; pulmão; ou outro de qualquer natureza, exceto o de rim e córnea e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- l) Implantes que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- m) Tratamento odontológico, exceto cirurgia buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;
- n) Procedimentos e consultas médicas em especialidades não reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina
- o) Exame de paternidade;
- p) Acupuntura por profissionais não médicos, e por médicos não credenciados;
- q) Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- r) Aviamento de óculos; gesso sintético; aparelhos de surdez; aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função;
- s) Fornecimento de próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico;
- t) Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não registrados na ANVISA;
- u) Medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- v) Vacina imunizante (exceto se internado)

**9.3 ATENDIMENTO DOMICILIAR:**

- 9.3.1 Aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar;
- 9.3.2 Consultas, atendimentos ou visitas domiciliares de qualquer natureza, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- 9.3.3 Materiais e medicamentos para tratamento domiciliar;
- 9.3.4 Serviços de enfermagem em caráter particular;
- 9.3.5 Serviços de enfermagem domiciliar;
- 9.3.6 Remoção domiciliar

**9.4 DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS:**

- 9.4.1 Despesas hospitalares extraordinárias referentes a: ligações telefônicas, lavagem de roupas, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável; produtos de higiene pessoal; serviços extraordinários requeridos pelo usuário tais como, televisão, aparelho de ar condicionado, frigobar, estacionamento ou outras despesas que excedam o limite e condições do contrato;
- 9.4.2 Despesas hospitalares de iniciativa do usuário e não prescritas pelo médico assistente;
- 9.4.3 Internações hospitalares fora das condições previstas no contrato;
- 9.4.4 Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no contrato, salvo na hipótese da ocorrência do artigo 33 da lei 9.656/98;
- 9.4.5 Todas as despesas com acompanhantes, inclusive alimentação, exceto alimentação para o acompanhante de menores de 18 anos e maiores de 60 anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- 9.4.6 Serviços de enfermagem em caráter particular em regime hospitalar;
- 9.4.7 Procedimento assistencial que exija autorização prévia e realizado à revelia da Operadora, exceto nos casos de urgência e emergência;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 9.4.8 Não estão asseguradas as despesas com consultas, tratamentos e internações relacionadas antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas em contrato; e
- 9.4.9 Atendimento em casos de cataclismos, guerras, comoções internas, quando declaradas.

**10. CLÁUSULA DÉCIMA - A REMOÇÃO DO PACIENTE SERÁ GARANTIDA PELA OPERADORA NAS SEGUINTE HIPÓTESES:**

- 10.1 Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
- 10.2 Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação
- 10.3 À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
- 10.4 Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.
- 10.5 A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
- 10.6 Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

**11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO VALOR**

- 11.1 O valor total anual estimado deste contrato é de R\$ XXXXXXXXX (XXXXXXXX).

**12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

- 12.1. As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, pela conta de recurso **6.2.2.1.1.33.90.39.028 Plano de Saúde – Médico e odontológico do Orçamento do CRM-SC** do orçamento do **CRM-SC** para o exercício 2020.

**13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA EXECUÇÃO**

- 13.1. As opções de planos poderão ser alteradas pelo beneficiário através de um termo de consentimento fornecido pelo Recursos Humanos do CRM-SC. O RH intermediará as respectivas alterações junto à operadora de saúde;
- 13.2. Cobertura geográfica mínima: abrangência/atendimento no Estado conforme itens 5.3 do **Termo de Referência**, ou seja, em todas as cidades onde o CRM-SC possui unidades instaladas, devendo cobrir, inclusive, atendimentos de urgência e emergência e internação não eletiva em todo o território nacional;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 13.3. A contratada deve possuir rede credenciada e/ou referenciada qualificada com laboratórios ou serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, consultórios, hospitais, clínicas especializadas e atendimentos de urgência e emergência nos municípios em que há hoje unidades administrativas do CRM-SC durante toda a execução contratual;
- 13.4. Na eventual abertura de novas unidades em localidades diferentes das relacionadas nos subitens 4.2 e 4.3, caberá acordo entre as partes para apresentação e/ou credenciamento de prestadores, respeitando-se as condições vigentes nos planos contratados;
- 13.5. Em caso de internação decorrente de urgências e emergências, mesmo fora da área de abrangência, caberá à contratada a remoção e transporte nos moldes da Legislação vigente da ANS;
- 13.6. A coparticipação incidirá sobre todos os serviços/procedimentos classificados como ambulatoriais: a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorros; b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, medicamentos, honorários e taxas relacionadas a execução do exame; c) consultas/sessões realizadas por profissionais não médicos, previstos no Rol de procedimentos e eventos de saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapeuta, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos;
- 13.7. Não incide coparticipação sobre exames preventivos e tratamentos de doenças crônicas, entre eles, tratamentos de câncer e hemodiálise e demais procedimentos estabelecidos no Rol de cobertura da ANS;
- 13.8. O valor máximo de coparticipação por procedimento será **de R\$ 190,00 (cento e noventa reais)**, independente do percentual de coparticipação do plano;
- 13.9. Ficam excluídos da lista de coberturas para todos os planos os procedimentos listados no Art. 10 da Lei nº 9656/1998 e exames admissionais, demissionários e periódicos.

#### **14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA VIGÊNCIA**

- 14.1. O prazo de vigência deste Termo de Contrato é de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 60 (sessenta) meses, nos termos do art. 57, inc. II, da Lei nº 8.666/1993, desde que haja autorização formal da autoridade competente e observados os seguintes requisitos:
  - 14.1.1.1. Os serviços tenham sido prestados regularmente;
  - 14.1.1.2. A Administração mantenha interesse na realização do serviço;
  - 14.1.1.3. O valor do contrato permaneça economicamente vantajoso para a Administração;
  - 14.1.1.4. A contratada manifeste expressamente interesse na prorrogação.
- 14.2. A **CONTRATADA** não tem direito subjetivo à prorrogação contratual;
- 14.3. A prorrogação de contrato deverá ser promovida mediante celebração de termo aditivo.

#### **15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO PRAZO**

- 15.1. A contagem do prazo se iniciará em 5 (cinco) dias úteis da assinatura do contrato entre as partes.

#### **16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO PAGAMENTO**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 16.1. O prazo para o pagamento será efetuado até 10 (dez) dias úteis mediante apresentação das Notas Fiscais e disponibilização dos relatórios mencionados nos itens 13.9 e 13.10 do **TERMO DE REFERÊNCIA** anexo ao edital, após aceite do Gestor/Fiscal do Contrato, por meio de boleto, na agência e estabelecimento bancário indicado pela contratada, ou por meio previsto na legislação vigente;
- 16.2. O pagamento somente será autorizado depois do efetuado o atesto pelo servidor competente na nota fiscal apresentada;
- 16.3. Havendo erro no documento de cobrança, ou outra circunstância que impeça a liquidação da despesa, a mesma ficará pendente e o pagamento susado até que a **CONTRATADA** providencie as medidas saneadoras necessárias, não ocorrendo, neste caso, quaisquer ônus por parte do **CONTRATANTE**;
- 16.4. Antes do pagamento, a contratante realizará consulta online ao SICAF e, se necessário, aos sítios oficiais, para verificar a manutenção das condições de habilitação da contratada, devendo o resultado ser impresso, autenticado e juntado ao processo de pagamento;
- 16.4.1.1. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, nos termos da Instrução Normativa 1.234, de 11 de janeiro de 2012, da Secretaria da Receita Federal e da Lei n. 9.430, de 1996
- 16.5. A **CONTRATADA** regularmente optante pelo Simples Nacional, instituído pelo artigo 12 da Lei Complementar n. 123, de 2006, não sofrerá a retenção quanto aos impostos e contribuições abrangidos pelo referido regime, em relação às suas receitas próprias, desde que, a cada pagamento, apresente a declaração de que trata o artigo 6 da Instrução Normativa RFB N. 1.234, de 11 de janeiro de 2012;
- 16.6. A **CONTRATANTE** não se responsabilizará a por qualquer despesa que venha a ser efetuada pela contratada, que porventura não tenha sido acordado no contrato.

## **17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRANTE**

- 17.1. Atender o objeto no prazo e condições estabelecidas no Edital e seus anexos;
- 17.2. Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos provisoriamente com as especificações constantes do Edital e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;
- 17.3. Relacionar, após assinatura do contrato, os beneficiários, que deverão ser incluídos no plano em até 15 (quinze) dias úteis após a celebração do instrumento;
- 17.4. Solicitar à **CONTRATADA**, por escrito, por meio magnético ou meio eletrônico, a inclusão ou exclusão de beneficiário;
- 17.5. Efetuar o pagamento da prestação de serviço mensal;
- 17.6. Comunicar a **CONTRATADA**, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;
- 17.7. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da **CONTRATADA**, através de servidor especialmente designado como gestor do contrato;
- 17.8. Prestar as informações e os esclarecimentos pertinentes que venham a ser solicitados pela **CONTRATADA** ou por ser preposto;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 17.9. Investir-se nos poderes de representação dos beneficiários do serviço de saúde perante a **CONTRATADA**;
- 17.10. Comunicar, via sistema informatizado (online) ou de forma impressa, a critério da **CONTRATADA**, seguidos de documentos necessários:
- 17.10.1.1. Qualquer inclusão de beneficiários;
- 17.10.1.2. A exclusão de beneficiários;
- 17.10.1.3. Perda ou extravio do documento de identificação;
- 17.10.1.4. Os beneficiários que, por qualquer motivo, deixarem de possuir direito ao plano contratado.
- 17.11. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela **CONTRATADA** com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Termo de Contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da **CONTRATADA**, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

**18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

- 18.1. A **CONTRATADA** deve cumprir todas as obrigações constantes no Edital, seus anexos e suas propostas, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto e, ainda:
- a) Prestar os serviços, conforme especificações constantes no Edital e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal, na qual constará a relação dos beneficiários atendidos;
  - b) Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto do contrato, de acordo com os artigos 14, 17, 23 e 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078, de 1990);
  - c) Comunicar ao **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, os motivos que impossibilitam o cumprimento do prazo da prestação do serviço, com a devida comprovação;
  - d) Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
  - e) Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato;
  - f) Solucionar todos os eventuais problemas pertinentes ou relacionados com a execução do objeto contratado, mesmo que para isso outra solução não prevista em contrato tenha que ser apresentada, para aprovação e implementação, sem ônus adicionais para o **CRM-SC**, desde que de responsabilidade da contratada;
  - g) Fornecer guia de atendimento médico hospitalar, atualizado, podendo ser disponibilizado de forma impresso ou na sua forma eletrônica (*online*), ou a que mais se adequar, a critério da **CONTRATADA**, para cada beneficiário titular, quando da entrega do cartão de identificação do mesmo. Desse guia devem constar nome, telefone e endereço dos Hospitais, Clínicas e/ou Centros de Atendimento, Institutos, Laboratórios, Serviços Auxiliares de Saúde e Médicos Credenciados, comprometendo-se a informar todas as sucessivas alterações;
  - h) Comunicar ao **CRM-SC** a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato, bem como providenciar a imediata correção das deficiências apontadas;
  - i) Responder pelas despesas de encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, decorrentes da execução dos serviços objeto deste Termo;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- j) Executar dentro da melhor técnica e qualidade os serviços necessários à realização do objeto deste Termo;
- k) Manter atualizado endereço, inclusive eletrônico, e telefones cadastrados junto à **CONTRATANTE** para comunicações, informando imediatamente eventual alteração;
- l) Sempre que solicitado, apresentar, documentos que comprovem o cumprimento da legislação em vigor quanto às obrigações assumidas na licitação;
- m) Acatar as exigências do **CRM-SC** quanto à execução do objeto, normas de controle interno e rotinas de serviço;
- n) Os serviços contratados deverão ser ativados e estarem disponíveis para uso, no prazo máximo de 5 (cinco) dias corridos, a contar da assinatura do contrato;
- o) Assegurar os tratamentos não previstos neste instrumento, mas que constem da Resolução Normativa nº 428/2017, da ANS, e demais legislações pertinentes;
- p) Assegurar os direitos e cumprir com todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- q) Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, em observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação.

**19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

19.1. Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 10.520, de 2002, a **CONTRATADA** que:

- a) Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
- b) Ensejar o retardamento da execução do objeto;
- c) Falhar ou fraudar na execução do contrato;
- d) Comportar-se de modo inidôneo;
- e) Cometer fraude fiscal.

19.2. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Administração pode aplicar à **CONTRATADA** as seguintes sanções:

- a) Advertência, por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos;
- b) Multa moratória de 0,05 % (cinco décimos por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 15 (quinze) dias;
- c) Multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;
- d) Em caso de inexecução parcial, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;
- e) Suspensão de licitar e impedimento de contratar com o órgão, entidade ou unidade administrativa pela qual a administração pública opera e atua concretamente, pelo prazo de até dois anos;
- f) Impedimento de licitar e contratar com órgãos e entidades da união com o consequente descredenciamento no SICAF pelo prazo de até cinco anos, sem prejuízo das multas previstas em edital e no contrato e das demais cominações legais;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- g) A Sanção de impedimento de licitar e contratar prevista neste subitem também é aplicável em quaisquer das hipóteses previstas como infração administrativa neste Termo de Referência.
- h) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados;
- i) As sanções poderão ser aplicadas alternada ou cumulativamente, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados quando cabível.
- 19.3 Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, as empresas ou profissionais que:
- a) Tenham sofrido condenação definitiva por praticar, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;
- b) Tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;
- c) Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.
- d) A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à Contratada, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999;
- e) A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade
- 19.4 As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

## **20. CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA FISCALIZAÇÃO**

- 20.1. O Fiscal e o Gestor da execução do presente contrato serão apontados pelo Setor de Recursos Humanos do CRM-SC
- 20.2. A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA** pelos danos causados ao **CONTRATANTE** ou a terceiros, resultantes de ação ou omissão culposa ou dolosa de quaisquer de seus empregados ou prepostos.

## **21. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO**

- 21.1. Este contrato pode ser alterado nos casos previstos no art. 65 da Lei n.º 8.666/93, desde que haja interesse do **CRM-SC**, com a apresentação das devidas justificativas

## **22. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DO REAJUSTE**

- 22.1. O reajuste será aplicado conforme variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do (s) contrato (s) da Contratante atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**. Assim:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

Reajuste = IGPM + IRT

- 22.2. O IGPM, o Índice de Reajuste Técnico (IRT) e a Sinistralidade serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 04 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do contrato;
- 22.3. O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula

$$\text{IRT\%} = \left( \frac{\text{Sinistralidade}}{75\%} \right) \cdot 1 \cdot 100$$

Onde,

- **Sinistralidade:** é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários pelas receitas com contraprestações do período. A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

$$\text{Sinistralidade} = \left( \frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}} \right) \cdot 100$$

- **Despesa Assistencial:** É a soma de todas as despesas assistenciais no período com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.
- **Coparticipação:** É a soma de todos os valores de coparticipação do período.
- **Receitas Líquidas do Plano:** É soma de todos os valores de contraprestações do período.

22.4 A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme os seguintes parâmetros:

22.4.1 Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;

22.4.2 Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

22.5 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**, o percentual aplicado será negociado pelas partes, não podendo ser aplicado percentual inferior ao IRT, nem superior à soma do IRT e o índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.6 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade seja **igual ou inferior a 75% (setenta**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**e cinco por cento**), poderá ser negociado percentual entre as partes, que não será superior ao índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.7 Para os contratos agrupados serão apuradas as receitas e despesas de todos os contratos por subgrupos.

22.7.1 Os contratos serão agrupados em 3 (três) subgrupos a seguir definidos:

22.7.1.1 Sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial “ambulatorial” e “ambulatorial + odontológico”;

22.7.1.2 Internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar sem obstetrícia”, “hospitalar sem obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia” e “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico”; e

22.7.1.3 Internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar com obstetrícia”, “hospitalar com obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico”, e “referência”.

### **23. CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO**

23.1. A rescisão deste contrato se dará nos termos dos artigos 79 e 80 da Lei nº 8.666/93.

**23.1.1** No caso de rescisão provocada por inadimplemento da **CONTRATADA**, o **CRM-SC** poderá reter, cautelarmente, os créditos decorrentes do contrato até o valor dos prejuízos causados, já calculados ou estimados

23.2. No procedimento que visa à rescisão do contrato, será assegurado o contraditório e a ampla defesa, sendo que, depois de encerrada a instrução inicial, a **CONTRATADA** terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para se manifestar e produzir provas, sem prejuízo da possibilidade do **CRM-SC** adotar, motivadamente, providências acauteladoras

### **24. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – ADERÊNCIA AO PROGRAMA DE CONFORMIDADE DO CRM-SC**

24.1. A **CONTRATADA** se obriga a cumprir e fazer respeitar as políticas internas do programa de conformidade do **CRM-SC**, a qual declara conhecer.

### **25. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DO FORO**

25.1. As questões decorrentes da execução deste instrumento, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas na Justiça Federal, no Foro da cidade de Florianópolis, Seção Judiciária de Santa Catarina, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, salvo nos casos previstos no art. 102, inciso I, alínea “d”, da Constituição Federal.

25.2. E, para firmeza e validade do que foi pactuado, lavrou-se o presente Contrato em 2 (duas) vias, a qual, depois de lido, também é assinado, pelos representantes das partes, **CRM-SC** e **CONTRATADA**

Florianópolis, xx de XXXX de 2020.

CONTRATANTE

CONTRATADA



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

CRM-SC

Testemunhas:

Nome / CPF

Nome/CPF

**ANEXO X - MINUTA DO CONTRATO**  
**PRIVATIVO SEM COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL ENFERMARIA**

**CONTRATANTE:** CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, Autarquia Federal, com sede à Rodovia SC 401 – Km 04 – Saco Grande - Florianópolis-SC, com CNPJ n.º 79.831.566/0001-15, neste ato representado por seu Presidente Dr. Daniel Knabben Ortellado, com CPF 014.806.849-96, brasileiro, casado, Médico, residente e domiciliado nesta cidade;

**CONTRATADA:** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, pessoa jurídica, com CNPJ n.º xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, com sede à Rua xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxx – Bairro – Cidade/Estado – CEP: xxxxxxxxxxxx, Certificado de Registro junto à **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS** n.º XX.XXX-X, de acordo com a Lei n.º 9656 de 03/06/1998, neste ato representada pelo sua representante legal, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, CPF n.º xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, profissão e estaco civil;

As partes acima qualificadas, tendo em vista o que consta no Processo **Pregão Eletrônico n.º 013/2020** e em observância às disposições sujeitando-se às normas e disposições contidas na Lei n.º 10.520/02, Lei n.º 8.666/93, Decreto n.º 10.024/19 e demais regulamentos e normas que regem a matéria, resolvem celebrar o presente Termo de Contrato, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

**1. CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

- 1.1. O objeto do presente instrumento é a contratação de empresa operadora de Plano de Assistência à Saúde, com abrangência em todo o território nacional, que atenda integralmente ao disposto na Lei n.º 9.656/98 e legislações complementares pertinentes, para prestação continuada de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, aos funcionários do CRM-SC e seus dependentes, que serão prestados nas condições estabelecidas no **Termo de Referência e anexos do Edital**.
- 1.2. Este Termo de Contrato vincula-se ao Edital do Pregão, identificado no preâmbulo e aos documentos e proposta da instituição vencedora que integram o processo, independentemente de transcrição.
- 1.3. NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

NOME COMERCIAL	Nº DE REGISTRO NA ANS
PRIVATIVO SEM COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL	XXXXXXXXXXXX

**1.4. TIPO DE CONTRATAÇÃO**

Coletivo empresarial



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

1.5. **SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE**

**Ambulatorial + Hospitalar Obstetrícia**

1.6. **ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

Área de abrangência geográfica: **Regional**

1.7. **PADRÃO DE ACOMODAÇÃO**

NOME DO PLANO	ACOMODAÇÃO
PRIVATIVO SEM COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL	ENFERMARIA

- 1.8. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pela **CONTRATADA**, caso o Beneficiário esteja inscrito no plano cuja modalidade é Enfermaria, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

**2. CLÁUSULA SEGUNDA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

- 2.1. O beneficiário deverá informar à **CONTRATADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.
- 2.2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.
- 2.3. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.
- 2.4. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.
- 2.5. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.
- 2.6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- 2.7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 2.8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a **CONTRATADA** não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.
- 2.9. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão nova ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- 2.10. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- 2.11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.
- 2.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS**, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)
- 2.13. É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- 2.14. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 2.15. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.
- 2.16. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a **ANS**, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.
- 2.17. Instaurado o processo administrativo na **ANS**, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.
- 2.18. A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- 2.19. A **ANS** efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 2.20. Se solicitado pela **ANS**, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 2.21. Após julgamento, e acolhida à alegação da **CONTRATADA**, pela **ANS**, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

constatação da doença e lesão preexistente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do contrato.

- 2.22. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela **ANS**, do encerramento do processo administrativo.
- 2.23. Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravado, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

**3. CLÁUSULA TERCEIRA - A PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIARIOS PODERA OCORRER NAS SEGUINTE SITUAÇÕES:**

- 3.1. Perda da qualidade de beneficiário titular:
- a) Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;  
Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:
- a) Pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste regulamento;
  - b) A pedido do beneficiário titular;
  - c) Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.3. Caberá tão-somente ao CONTRATANTE, patrocinador, instituidor ou mantenedor solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários;
- 3.4. A operadora só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do patrocinador, instituidor ou mantenedor, nas seguintes hipóteses:
- a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste regulamento, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98;
- 3.5. A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:
- a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante e/ou da condição de dependência, previstos neste contrato.

**4. CLÁUSULA QUARTA - DA JUNTA MÉDICA**

- 4.1. A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados;
- 4.2. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempataador deverá ser paga pela operadora

**5. CLÁUSULA QUINTA - SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA**

- 5.1. Será fornecida ao beneficiário uma relação (Orientador Médico) contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários;

- 5.2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele atendimento ou por meio da internet;
- 5.3. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:
  - 5.3.1. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
  - 5.3.2. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
  - 5.3.3. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;
  - 5.3.4. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

**6. CLÁUSULA SEXTA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

- 6.1. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10º Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- 6.2. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
- 6.3. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho;
- 6.4. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente;
- 6.5. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos;
- 6.6. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**7. CLÁUSULA SÉTIMA - COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

7.1. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:

**I** - Cobertura de consultas médicas com médicos credenciados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

**III** - Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

**IV** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) Radioterapia;

d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;

e) Hemoterapia ambulatorial;

f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

**V** - Tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

a) O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;

c) O tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

**8. CLÁUSULA OITAVA - COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

8.1. Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

**I** - Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**II** - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

**III** - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

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

**V** - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, em território brasileiro;

**VI** - Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

**VII** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral e enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

j) procedimentos de fisioterapia;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

**VIII** - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

**IX** - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;

**XI** - Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

**X** - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

**XI** - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;

**XII** - Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

a) o custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

b) O custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

c) o custeio integral de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

d) O custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

e) cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os diagnósticos: F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID - 10, ao beneficiário terão assegurado 180 (cento e oitenta) dias por ano de tratamento em regime de hospital-dia.

f) procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas.

**XIII** - Transplantes de rim e córnea e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:

a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;

a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;

a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

b) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

## **9. CLÁUSULA NONA - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

9.1. Fica expressamente ajustado entre as partes, que a operadora não se responsabilizará pela prestação dos serviços abaixo relacionados que estão excluídos da cobertura contratual, salvo se estes, vierem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações.

### **9.2. PROCEDIMENTOS MÉDICOS:**

- a) Não estão cobertos procedimentos médicos que não constem da relação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- b) Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do território nacional, mesmo nos casos de urgência e emergência;
- c) Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados em território nacional fora da área de abrangência contratual;
- d) Tratamentos clínicos, procedimentos e exames decorrentes de tratamentos não custeados pela operadora, exceto se o evento/consequência encontrar-se previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, ocasião em que a cobertura será obrigatória independentemente da causa;
- e) Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, para patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças (CID-10);
- f) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidades estéticas, cosméticas, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; internações ou hotelaria em Spa's ou Clínicas de Emagrecimento seus procedimentos, materiais ou medicamentos e honorários profissionais;
- g) Escleroterapia de varizes;
- h) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos de natureza estética em geral;
- i) Cirurgia refrativa, de miopia com grau inferior a 5(cinco) e de hipermetropia com grau superior a 6 (seis);
- j) Tratamentos clínicos e/ ou cirurgias, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento; tratamento cirúrgico para obesidade que não se enquadrem nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde;
- k) Transplantes de: fígado; coração; medula; pâncreas; pulmão; ou outro de qualquer natureza, exceto o de rim e córnea e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- l) Implantes que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- m) Tratamento odontológico, exceto cirurgia buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;
- n) Procedimentos e consultas médicas em especialidades não reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina
- o) Exame de paternidade;
- p) Acupuntura por profissionais não médicos, e por médicos não credenciados;
- q) Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- r) Aviamento de óculos; gesso sintético; aparelhos de surdez; aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função;
- s) Fornecimento de próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico;
- t) Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não registrados na ANVISA;
- u) Medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- v) Vacina imunizante (exceto se internado)

**9.3 ATENDIMENTO DOMICILIAR:**

- 9.3.1 Aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar;
- 9.3.2 Consultas, atendimentos ou visitas domiciliares de qualquer natureza, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- 9.3.3 Materiais e medicamentos para tratamento domiciliar;
- 9.3.4 Serviços de enfermagem em caráter particular;
- 9.3.5 Serviços de enfermagem domiciliar;
- 9.3.6 Remoção domiciliar

**9.4 DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS:**

- 9.4.1 Despesas hospitalares extraordinárias referentes a: ligações telefônicas, lavagem de roupas, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável; produtos de higiene pessoal; serviços extraordinários requeridos pelo usuário tais como, televisão, aparelho de ar condicionado, frigobar, estacionamento ou outras despesas que excedam o limite e condições do contrato;
- 9.4.2 Despesas hospitalares de iniciativa do usuário e não prescritas pelo médico assistente;
- 9.4.3 Internações hospitalares fora das condições previstas no contrato;
- 9.4.4 Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no contrato, salvo na hipótese da ocorrência do artigo 33 da lei 9.656/98;
- 9.4.5 Todas as despesas com acompanhantes, inclusive alimentação, exceto alimentação para o acompanhante de menores de 18 anos e maiores de 60 anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- 9.4.6 Serviços de enfermagem em caráter particular em regime hospitalar;
- 9.4.7 Procedimento assistencial que exija autorização prévia e realizado à revelia da Operadora, exceto nos casos de urgência e emergência;
- 9.4.8 Não estão asseguradas as despesas com consultas, tratamentos e internações relacionadas antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas em contrato; e
- 9.4.9 Atendimento em casos de cataclismos, guerras, comoções internas, quando declaradas.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**10. CLÁUSULA DÉCIMA - A REMOÇÃO DO PACIENTE SERÁ GARANTIDA PELA OPERADORA NAS SEGUINTE HIPÓTESES:**

- 10.1 Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
- 10.2 Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação
- 10.3 À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
- 10.4 Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.
- 10.5 A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
- 10.6 Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

**11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO VALOR**

- 11.1 O valor total anual estimado deste contrato é de R\$ XXXXXXXXX (XXXXXXXX).

**12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

- 12.1. As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, pela conta de recurso **6.2.2.1.1.33.90.39.028 Plano de Saúde – Médico e odontológico do Orçamento do CRM-SC** do orçamento do CRM-SC para o exercício 2020.

**13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA EXECUÇÃO**

- 13.1. As opções de planos poderão ser alteradas pelo beneficiário através de um termo de consentimento fornecido pelo Recursos Humanos do CRM-SC. O RH intermediará as respectivas alterações junto à operadora de saúde;
- 13.2. Cobertura geográfica mínima: abrangência/atendimento no Estado conforme itens 5.3 do **Termo de Referência**, ou seja, em todas as cidades onde o CRM-SC possui unidades instaladas, devendo cobrir, inclusive, atendimentos de urgência e emergência e internação não eletiva em todo o território nacional;
- 13.3. A contratada deve possuir rede credenciada e/ou referenciada qualificada com laboratórios ou serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, consultórios, hospitais, clínicas especializadas e atendimentos de urgência e emergência nos municípios em que há hoje unidades administrativas do CRM-SC durante toda a execução contratual;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 13.4. Na eventual abertura de novas unidades em localidades diferentes das relacionadas nos subitens 4.2 e 4.3, caberá acordo entre as partes para apresentação e/ou credenciamento de prestadores, respeitando-se as condições vigentes nos planos contratados;
- 13.5. Em caso de internação decorrente de urgências e emergências, mesmo fora da área de abrangência, caberá à contratada a remoção e transporte nos moldes da Legislação vigente da ANS;
- 13.6. A coparticipação incidirá sobre todos os serviços/procedimentos classificados como ambulatoriais: a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorros; b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, medicamentos, honorários e taxas relacionadas a execução do exame; c) consultas/sessões realizadas por profissionais não médicos, previstos no Rol de procedimentos e eventos de saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapeuta, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos;
- 13.7. Não incide coparticipação sobre exames preventivos e tratamentos de doenças crônicas, entre eles, tratamentos de câncer e hemodiálise e demais procedimentos estabelecidos no Rol de cobertura da ANS;
- 13.8. O valor máximo de coparticipação por procedimento será **de R\$ 190,00 (cento e noventa reais)**, independente do percentual de coparticipação do plano;
- 13.9. Ficam excluídos da lista de coberturas para todos os planos os procedimentos listados no Art. 10 da Lei nº 9656/1998 e exames admissionais, demissionários e periódicos.

#### **14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA VIGÊNCIA**

- 14.1. O prazo de vigência deste Termo de Contrato é de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 60 (sessenta) meses, nos termos do art. 57, inc. II, da Lei nº 8.666/1993, desde que haja autorização formal da autoridade competente e observados os seguintes requisitos:
  - 14.1.1.1. Os serviços tenham sido prestados regularmente;
  - 14.1.1.2. A Administração mantenha interesse na realização do serviço;
  - 14.1.1.3. O valor do contrato permaneça economicamente vantajoso para a Administração;
  - 14.1.1.4. A contratada manifeste expressamente interesse na prorrogação.
- 14.2. A **CONTRATADA** não tem direito subjetivo à prorrogação contratual;
- 14.3. A prorrogação de contrato deverá ser promovida mediante celebração de termo aditivo.

#### **15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO PRAZO**

- 15.1. A contagem do prazo se iniciará em 5 (cinco) dias úteis da assinatura do contrato entre as partes.

#### **16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO PAGAMENTO**

- 16.1. O prazo para o pagamento será efetuado até 10 (dez) dias úteis mediante apresentação das Notas Fiscais e disponibilização dos relatórios mencionados nos itens 13.9 e 13.10 do **TERMO DE REFERÊNCIA** anexo ao edital, após aceite do Gestor/Fiscal do Contrato, por meio de boleto, na



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- agência e estabelecimento bancário indicado pela contratada, ou por meio previsto na legislação vigente;
- 16.2. O pagamento somente será autorizado depois do efetuado o atesto pelo servidor competente na nota fiscal apresentada;
- 16.3. Havendo erro no documento de cobrança, ou outra circunstância que impeça a liquidação da despesa, a mesma ficará pendente e o pagamento susinado até que a **CONTRATADA** providencie as medidas saneadoras necessárias, não ocorrendo, neste caso, quaisquer ônus por parte do **CONTRATANTE**;
- 16.4. Antes do pagamento, a contratante realizará consulta online ao SICAF e, se necessário, aos sítios oficiais, para verificar a manutenção das condições de habilitação da contratada, devendo o resultado ser impresso, autenticado e juntado ao processo de pagamento;
- 16.4.1.1.** Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, nos termos da Instrução Normativa 1.234, de 11 de janeiro de 2012, da Secretaria da Receita Federal e da Lei n. 9.430, de 1996
- 16.5. A **CONTRATADA** regularmente optante pelo Simples Nacional, instituído pelo artigo 12 da Lei Complementar n. 123, de 2006, não sofrerá a retenção quanto aos impostos e contribuições abrangidos pelo referido regime, em relação às suas receitas próprias, desde que, a cada pagamento, apresente a declaração de que trata o artigo 6 da Instrução Normativa RFB N. 1.234, de 11 de janeiro de 2012;
- 16.6. A **CONTRATANTE** não se responsabilizará a por qualquer despesa que venha a ser efetuada pela contratada, que porventura não tenha sido acordado no contrato.

**17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRANTE**

- 17.1. Atender o objeto no prazo e condições estabelecidas no Edital e seus anexos;
- 17.2. Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos provisoriamente com as especificações constantes do Edital e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;
- 17.3. Relacionar, após assinatura do contrato, os beneficiários, que deverão ser incluídos no plano em até 15 (quinze) dias úteis após a celebração do instrumento;
- 17.4. Solicitar à **CONTRATADA**, por escrito, por meio magnético ou meio eletrônico, a inclusão ou exclusão de beneficiário;
- 17.5. Efetuar o pagamento da prestação de serviço mensal;
- 17.6. Comunicar a **CONTRATADA**, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;
- 17.7. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da **CONTRATADA**, através de servidor especialmente designado como gestor do contrato;
- 17.8. Prestar as informações e os esclarecimentos pertinentes que venham a ser solicitados pela **CONTRATADA** ou por ser preposto;
- 17.9. Investir-se nos poderes de representação dos beneficiários do serviço de saúde perante a **CONTRATADA**;
- 17.10. Comunicar, via sistema informatizado (online) ou de forma impressa, a critério da **CONTRATADA**, seguidos de documentos necessários:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 17.10.1.1. Qualquer inclusão de beneficiários;
- 17.10.1.2. A exclusão de beneficiários;
- 17.10.1.3. Perda ou extravio do documento de identificação;
- 17.10.1.4. Os beneficiários que, por qualquer motivo, deixarem de possuir direito ao plano contratado.
- 17.11. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela **CONTRATADA** com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Termo de Contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da **CONTRATADA**, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

**18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

- 18.1. A **CONTRATADA** deve cumprir todas as obrigações constantes no Edital, seus anexos e suas propostas, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto e, ainda:
- a) Prestar os serviços, conforme especificações constantes no Edital e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal, na qual constará a relação dos beneficiários atendidos;
  - b) Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto do contrato, de acordo com os artigos 14, 17, 23 e 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078, de 1990);
  - c) Comunicar ao **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, os motivos que impossibilitam o cumprimento do prazo da prestação do serviço, com a devida comprovação;
  - d) Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
  - e) Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato;
  - f) Solucionar todos os eventuais problemas pertinentes ou relacionados com a execução do objeto contratado, mesmo que para isso outra solução não prevista em contrato tenha que ser apresentada, para aprovação e implementação, sem ônus adicionais para o **CRM-SC**, desde que de responsabilidade da contratada;
  - g) Fornecer guia de atendimento médico hospitalar, atualizado, podendo ser disponibilizado de forma impresso ou na sua forma eletrônica (*online*), ou a que mais se adequar, a critério da **CONTRATADA**, para cada beneficiário titular, quando da entrega do cartão de identificação do mesmo. Desse guia devem constar nome, telefone e endereço dos Hospitais, Clínicas e/ou Centros de Atendimento, Institutos, Laboratórios, Serviços Auxiliares de Saúde e Médicos Credenciados, comprometendo-se a informar todas as sucessivas alterações;
  - h) Comunicar ao **CRM-SC** a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato, bem como providenciar a imediata correção das deficiências apontadas;
  - i) Responder pelas despesas de encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, decorrentes da execução dos serviços objeto deste Termo;
  - j) Executar dentro da melhor técnica e qualidade os serviços necessários à realização do objeto deste Termo;
  - k) Manter atualizado endereço, inclusive eletrônico, e telefones cadastrados junto à **CONTRATANTE** para comunicações, informando imediatamente eventual alteração;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- l) Sempre que solicitado, apresentar, documentos que comprovem o cumprimento da legislação em vigor quanto às obrigações assumidas na licitação;
- m) Acatar as exigências do **CRM-SC** quanto à execução do objeto, normas de controle interno e rotinas de serviço;
- n) Os serviços contratados deverão ser ativados e estarem disponíveis para uso, no prazo máximo de 5 (cinco) dias corridos, a contar da assinatura do contrato;
- o) Assegurar os tratamentos não previstos neste instrumento, mas que constem da Resolução Normativa nº 428/2017, da ANS, e demais legislações pertinentes;
- p) Assegurar os direitos e cumprir com todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- q) Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, em observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação.

**19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

19.1. Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 10.520, de 2002, a **CONTRATADA** que:

- a) Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
- b) Ensejar o retardamento da execução do objeto;
- c) Falhar ou fraudar na execução do contrato;
- d) Comportar-se de modo inidôneo;
- e) Cometer fraude fiscal.

19.2. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Administração pode aplicar à **CONTRATADA** as seguintes sanções:

- a) Advertência, por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos;
- b) Multa moratória de 0,05 % (cinco décimos por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 15 (quinze) dias;
- c) Multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;
- d) Em caso de inexecução parcial, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;
- e) Suspensão de licitar e impedimento de contratar com o órgão, entidade ou unidade administrativa pela qual a administração pública opera e atua concretamente, pelo prazo de até dois anos;
- f) Impedimento de licitar e contratar com órgãos e entidades da união com o consequente descredenciamento no SICAF pelo prazo de até cinco anos, sem prejuízo das multas previstas em edital e no contrato e das demais cominações legais;
- g) A Sanção de impedimento de licitar e contratar prevista neste subitem também é aplicável em quaisquer das hipóteses previstas como infração administrativa neste Termo de Referência.
- h) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados;

- i) As sanções poderão ser aplicadas alternada ou cumulativamente, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados quando cabível.

19.3 Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, as empresas ou profissionais que:

- a) Tenham sofrido condenação definitiva por praticar, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;
- b) Tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;
- c) Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.
- d) A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à Contratada, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999;
- e) A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade

19.4 As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

## **20. CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA FISCALIZAÇÃO**

20.1. O Fiscal e o Gestor da execução do presente contrato serão apontados pelo Setor de Recursos Humanos do CRM-SC

20.2. A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA** pelos danos causados ao **CONTRATANTE** ou a terceiros, resultantes de ação ou omissão culposa ou dolosa de quaisquer de seus empregados ou prepostos.

## **21. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO**

21.1. Este contrato pode ser alterado nos casos previstos no art. 65 da Lei n.º 8.666/93, desde que haja interesse do **CRM-SC**, com a apresentação das devidas justificativas

## **22. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DO REAJUSTE**

22.1. O reajuste será aplicado conforme variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do (s) contrato (s) da Contratante atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**. Assim:

$$\text{Reajuste} = \text{IGMP} + \text{IRT}$$



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

22.2. O IGPM, o Índice de Reajuste Técnico (IRT) e a Sinistralidade serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 04 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do contrato;

O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula:

$$\text{IRT}\% = \left( \frac{\text{Sinistralidade}}{75\%} \right) - 1 * 100$$

Onde,

- **Sinistralidade:** é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários pelas receitas com contraprestações do período. A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

$$\text{Sinistralidade} = \left( \frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}} \right) * 100$$

- **Despesa Assistencial:** É a soma de todas as despesas assistenciais no período com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.
- **Coparticipação:** É a soma de todos os valores de coparticipação do período.
- **Receitas Líquidas do Plano:** É soma de todos os valores de contraprestações do período.

22.3 A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme os seguintes parâmetros:

22.4.1 Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;

22.4.2 Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

22.4 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**, o percentual aplicado será negociado pelas partes, não podendo ser aplicado percentual inferior ao IRT, nem superior à soma do IRT e o índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.5 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade seja **igual ou inferior a 75% (setenta e cinco por cento)**, poderá ser negociado percentual entre as partes, que não será superior ao índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.6 Para os contratos agrupados serão apuradas as receitas e despesas de todos os



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

contratos por subgrupos.

22.6.1 Os contratos serão agrupados em 3 (três) subgrupos a seguir definidos:

22.6.1.1 Sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial “ambulatorial” e “ambulatorial + odontológico”;

22.6.1.2 Internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar sem obstetrícia”, “hospitalar sem obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia” e “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico”; e

22.6.1.3 Internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar com obstetrícia”, “hospitalar com obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico”, e “referência.

### **23. CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO**

23.1. A rescisão deste contrato se dará nos termos dos artigos 79 e 80 da Lei nº 8.666/93.

**23.1.1** No caso de rescisão provocada por inadimplemento da **CONTRATADA**, o **CRM-SC** poderá reter, cautelarmente, os créditos decorrentes do contrato até o valor dos prejuízos causados, já calculados ou estimados

23.2. No procedimento que visa à rescisão do contrato, será assegurado o contraditório e a ampla defesa, sendo que, depois de encerrada a instrução inicial, a **CONTRATADA** terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para se manifestar e produzir provas, sem prejuízo da possibilidade do **CRM-SC** adotar, motivadamente, providências acauteladoras

### **24. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – ADERÊNCIA AO PROGRAMA DE CONFORMIDADE DO CRM-SC**

24.1. A **CONTRATADA** se obriga a cumprir e fazer respeitar as políticas internas do programa de conformidade do **CRM-SC**, a qual declara conhecer.

### **25. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DO FORO**

25.1. As questões decorrentes da execução deste instrumento, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas na Justiça Federal, no Foro da cidade de Florianópolis, Seção Judiciária de Santa Catarina, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, salvo nos casos previstos no art. 102, inciso I, alínea “d”, da Constituição Federal.

25.2. E, para firmeza e validade do que foi pactuado, lavrou-se o presente Contrato em 2 (duas) vias, a qual, depois de lido, também é assinado, pelos representantes das partes, **CRM-SC** e **CONTRATADA**

Florianópolis, xx de XXXX de 2020.

CONTRATANTE  
CRM-SC

CONTRATADA



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

---

Testemunhas:

Nome / CPF

Nome/CPF



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**ANEXO XI - MINUTA DO CONTRATO**

**PRIVATIVO 20% DE COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL ENFERMARIA**

**CONTRATANTE:** CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, Autarquia Federal, com sede à Rodovia SC 401 – Km 04 – Saco Grande - Florianópolis-SC, com CNPJ n.º 79.831.566/0001-15, neste ato representado por seu Presidente Dr. Daniel Knabben Ortellado, com CPF 014.806.849-96, brasileiro, casado, Médico, residente e domiciliado nesta cidade;

**CONTRATADA:** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, pessoa jurídica, com CNPJ n.º. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, com sede à Rua xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxx – Bairro – Cidade/Estado – CEP: xxxxxxxxxxxx, Certificado de Registro junto à **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS** n.º XX.XXX-X, de acordo com a Lei n.º 9656 de 03/06/1998, neste ato representada pelo sua representante legal, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, CPF n.º xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, profissão e estaco civil;

As partes acima qualificadas, tendo em vista o que consta no Processo **Pregão Eletrônico n.º 013/2020** e em observância às disposições sujeitando-se às normas e disposições contidas na Lei n.º 10.520/02, Lei n.º 8.666/93, Decreto n.º 10.024/19 e demais regulamentos e normas que regem a matéria, resolvem celebrar o presente Termo de Contrato, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

**1. CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

- 1.1. O objeto do presente instrumento é a contratação de empresa operadora de Plano de Assistência à Saúde, com abrangência em todo o território nacional, que atenda integralmente ao disposto na Lei n.º 9.656/98 e legislações complementares pertinentes, para prestação continuada de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, aos funcionários do CRM-SC e seus dependentes, que serão prestados nas condições estabelecidas no **Termo de Referência e anexos do Edital**.
- 1.2. Este Termo de Contrato vincula-se ao Edital do Pregão, identificado no preâmbulo e aos documentos e proposta da instituição vencedora que integram o processo, independentemente de transcrição.
- 1.3. NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

NOME COMERCIAL	Nº DE REGISTRO NA ANS
PRIVATIVO 20% DE COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL	XXXXXXXXXXXX

**1.4. TIPO DE CONTRATAÇÃO**

Coletivo empresarial

**1.5. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE**

**Ambulatorial + Hospitalar Obstetrícia**

**1.6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

Área de abrangência geográfica: **regional**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**1.7. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO**

<b>NOME DO PLANO</b>	<b>ACOMODAÇÃO</b>
PRIVATIVO 20% DE COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL	ENFERMARIA

- 1.8. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pela **CONTRATADA**, caso o Beneficiário esteja inscrito no plano cuja modalidade é Enfermaria, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

**2. CLÁUSULA SEGUNDA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

- 2.1. O beneficiário deverá informar à **CONTRATADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.
- 2.2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.
- 2.3. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.
- 2.4. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.
- 2.5. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
- 2.6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- 2.7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
- 2.8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a **CONTRATADA** não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 2.9. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão nova ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- 2.10. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- 2.11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.
- 2.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS**, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)
- 2.13. É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- 2.14. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 2.15. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.
- 2.16. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a **ANS**, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.
- 2.17. Instaurado o processo administrativo na **ANS**, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.
- 2.18. A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- 2.19. A **ANS** efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 2.20. Se solicitado pela **ANS**, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 2.21. Após julgamento, e acolhida à alegação da **CONTRATADA**, pela **ANS**, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do contrato.
- 2.22. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela **ANS**, do encerramento do processo administrativo.
- 2.23. Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

**3. CLÁUSULA TERCEIRA - A PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIARIOS PODERA OCORRER NAS SEGUINTE SITUATÖES:**

- 3.1. Perda da qualidade de beneficiário titular:
  - a) Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;  
Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:
  - a) Pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste regulamento;
  - b) A pedido do beneficiário titular;
  - c) Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.3. Caberá tão-somente ao CONTRATANTE, patrocinador, instituidor ou mantenedor solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários;
- 3.4. A operadora só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do patrocinador, instituidor ou mantenedor, nas seguintes hipóteses:
  - a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste regulamento, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98;
- 3.5. A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:
  - a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante e/ou da condição de dependência, previstos neste contrato.

**4. CLÁUSULA QUARTA - DA JUNTA MÉDICA**

- 4.1. A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados;
- 4.2. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempassador deverá ser paga pela operadora

**5. CLÁUSULA QUINTA - SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA**

- 5.1. Será fornecida ao beneficiário uma relação (Orientador Médico) contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários;
- 5.2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele atendimento ou por meio da internet;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 5.3. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:
- 5.3.1. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- 5.3.2. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- 5.3.3. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;
- 5.3.4. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

**6. CLÁUSULA SEXTA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

- 6.1. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10º Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- 6.2. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
- 6.3. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho;
- 6.4. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente;
- 6.5. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos;
- 6.6. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

**7. CLÁUSULA SÉTIMA - COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

- 7.1. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**I** - Cobertura de consultas médicas com médicos credenciados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

**III** - Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

**IV** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) Radioterapia;

d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;

e) Hemoterapia ambulatorial;

f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

**V** - Tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

a) O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;

c) O tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

**8. CLÁUSULA OITAVA - COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

8.1. Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

**I** - Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

**III** - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

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

**V** - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, em território brasileiro;

**VI** - Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

**VII** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral e enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

j) procedimentos de fisioterapia;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

**VIII** - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

**IX** - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;

**XI** - Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

**X** - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

**XI** - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;

**XII** - Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- a) o custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.
- b) O custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
- c) o custeio integral de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.
- d) O custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
- e) cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os diagnósticos: F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID - 10, ao beneficiário terão assegurado 180 (cento e oitenta) dias por ano de tratamento em regime de hospital-dia.

f) procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas.

**XIII - Transplantes de rim e córnea e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:**

- a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:
- a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;
- a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- b) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.
- c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**9. CLÁUSULA NONA - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

9.1. Fica expressamente ajustado entre as partes, que a operadora não se responsabilizará pela prestação dos serviços abaixo relacionados que estão excluídos da cobertura contratual, salvo se estes, vierem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações.

9.2. PROCEDIMENTOS MÉDICOS:

- a) Não estão cobertos procedimentos médicos que não constem da relação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- b) Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do território nacional, mesmo nos casos de urgência e emergência;
- c) Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados em território nacional fora da área de abrangência contratual;
- d) Tratamentos clínicos, procedimentos e exames decorrentes de tratamentos não custeados pela operadora, exceto se o evento/consequência encontrar-se previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, ocasião em que a cobertura será obrigatória independentemente da causa;
- e) Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, para patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças (CID-10);
- f) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidades estéticas, cosméticas, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; internações ou hotelaria em Spa's ou Clínicas de Emagrecimento seus procedimentos, materiais ou medicamentos e honorários profissionais;
- g) Escleroterapia de varizes;
- h) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos de natureza estética em geral;
- i) Cirurgia refrativa, de miopia com grau inferior a 5(cinco) e de hipermetropia com grau superior a 6 (seis);
- j) Tratamentos clínicos e/ ou cirurgias, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento; tratamento cirúrgico para obesidade que não se enquadrem nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde;
- k) Transplantes de: fígado; coração; medula; pâncreas; pulmão; ou outro de qualquer natureza, exceto o de rim e córnea e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- l) Implantes que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- m) Tratamento odontológico, exceto cirurgia buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- n) Procedimentos e consultas médicas em especialidades não reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina
- o) Exame de paternidade;
- p) Acupuntura por profissionais não médicos, e por médicos não credenciados;
- q) Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- r) Aviamento de óculos; gesso sintético; aparelhos de surdez; aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função;
- s) Fornecimento de próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico;
- t) Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não registrados na ANVISA;
- u) Medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- v) Vacina imunizante (exceto se internado)

**9.3 ATENDIMENTO DOMICILIAR:**

- 9.3.1 Aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar;
- 9.3.2 Consultas, atendimentos ou visitas domiciliares de qualquer natureza, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- 9.3.3 Materiais e medicamentos para tratamento domiciliar;
- 9.3.4 Serviços de enfermagem em caráter particular;
- 9.3.5 Serviços de enfermagem domiciliar;
- 9.3.6 Remoção domiciliar

**9.4 DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS:**

- 9.4.1 Despesas hospitalares extraordinárias referentes a: ligações telefônicas, lavagem de roupas, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável; produtos de higiene pessoal; serviços extraordinários requeridos pelo usuário tais como, televisão, aparelho de ar condicionado, frigobar, estacionamento ou outras despesas que excedam o limite e condições do contrato;
- 9.4.2 Despesas hospitalares de iniciativa do usuário e não prescritas pelo médico assistente;
- 9.4.3 Internações hospitalares fora das condições previstas no contrato;
- 9.4.4 Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no contrato, salvo na hipótese da ocorrência do artigo 33 da lei 9.656/98;
- 9.4.5 Todas as despesas com acompanhantes, inclusive alimentação, exceto alimentação para o acompanhante de menores de 18 anos e maiores de 60 anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- 9.4.6 Serviços de enfermagem em caráter particular em regime hospitalar;
- 9.4.7 Procedimento assistencial que exija autorização prévia e realizado à revelia da Operadora, exceto nos casos de urgência e emergência;
- 9.4.8 Não estão asseguradas as despesas com consultas, tratamentos e internações relacionadas antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas em contrato; e
- 9.4.9 Atendimento em casos de cataclismos, guerras, comoções internas, quando declaradas.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**10. CLÁUSULA DÉCIMA - A REMOÇÃO DO PACIENTE SERÁ GARANTIDA PELA OPERADORA NAS SEGUINTE HIPÓTESES:**

- 10.1 Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
- 10.2 Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação
- 10.3 À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
- 10.4 Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.
- 10.5 A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
- 10.6 Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

**11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO VALOR**

- 11.1 O valor total anual estimado deste contrato é de R\$ XXXXXXXXX (XXXXXXXX).

**12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

- 12.1. As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, pela conta de recurso **6.2.2.1.1.33.90.39.028 Plano de Saúde – Médico e odontológico do Orçamento do CRM-SC** do orçamento do **CRM-SC** para o exercício 2020.

**13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA EXECUÇÃO**

- 13.1. As opções de planos poderão ser alteradas pelo beneficiário através de um termo de consentimento fornecido pelo Recursos Humanos do CRM-SC. O RH intermediará as respectivas alterações junto à operadora de saúde;
- 13.2. Cobertura geográfica mínima: abrangência/atendimento no Estado conforme itens 5.3 do **Termo de Referência**, ou seja, em todas as cidades onde o CRM-SC possui unidades instaladas, devendo cobrir, inclusive, atendimentos de urgência e emergência e internação não eletiva em todo o território nacional;
- 13.3. A contratada deve possuir rede credenciada e/ou referenciada qualificada com laboratórios ou serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, consultórios, hospitais, clínicas especializadas e atendimentos de urgência e emergência nos municípios em que há hoje unidades administrativas do CRM-SC durante toda a execução contratual;
- 13.4. Na eventual abertura de novas unidades em localidades diferentes das relacionadas nos subitens 4.2 e 4.3, caberá acordo entre as partes para apresentação e/ou credenciamento de prestadores, respeitando-se as condições vigentes nos planos contratados;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 13.5. Em caso de internação decorrente de urgências e emergências, mesmo fora da área de abrangência, caberá à contratada a remoção e transporte nos moldes da Legislação vigente da ANS;
- 13.6. A coparticipação incidirá sobre todos os serviços/procedimentos classificados como ambulatoriais: a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorros; b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, medicamentos, honorários e taxas relacionadas a execução do exame; c) consultas/sessões realizadas por profissionais não médicos, previstos no Rol de procedimentos e eventos de saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapeuta, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos;
- 13.7. Não incide coparticipação sobre exames preventivos e tratamentos de doenças crônicas, entre eles, tratamentos de câncer e hemodiálise e demais procedimentos estabelecidos no Rol de cobertura da ANS;
- 13.8. O valor máximo de coparticipação por procedimento será **de R\$ 190,00 (cento e noventa reais)**, independente do percentual de coparticipação do plano;
- 13.9. Ficam excluídos da lista de coberturas para todos os planos os procedimentos listados no Art. 10 da Lei nº 9656/1998 e exames admissionais, demissionários e periódicos.

#### **14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA VIGÊNCIA**

- 14.1. O prazo de vigência deste Termo de Contrato é de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 60 (sessenta) meses, nos termos do art. 57, inc. II, da Lei nº 8.666/1993, desde que haja autorização formal da autoridade competente e observados os seguintes requisitos:
  - 14.1.1.1. Os serviços tenham sido prestados regularmente;
  - 14.1.1.2. A Administração mantenha interesse na realização do serviço;
  - 14.1.1.3. O valor do contrato permaneça economicamente vantajoso para a Administração;
  - 14.1.1.4. A contratada manifeste expressamente interesse na prorrogação.
- 14.2. A **CONTRATADA** não tem direito subjetivo à prorrogação contratual;
- 14.3. A prorrogação de contrato deverá ser promovida mediante celebração de termo aditivo.

#### **15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO PRAZO**

- 15.1. A contagem do prazo se iniciará em 5 (cinco) dias úteis da assinatura do contrato entre as partes.

#### **16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO PAGAMENTO**

- 16.1. O prazo para o pagamento será efetuado até 10 (dez) dias úteis mediante apresentação das Notas Fiscais e disponibilização dos relatórios mencionados nos itens 13.9 e 13.10 do **TERMO DE REFERÊNCIA** anexo ao edital, após aceite do Gestor/Fiscal do Contrato, por meio de boleto, na agência e estabelecimento bancário indicado pela contratada, ou por meio previsto na legislação vigente;
- 16.2. O pagamento somente será autorizado depois do efetuado o atesto pelo servidor competente na nota fiscal apresentada;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 16.3. Havendo erro no documento de cobrança, ou outra circunstância que impeça a liquidação da despesa, a mesma ficará pendente e o pagamento susinado até que a **CONTRATADA** providencie as medidas saneadoras necessárias, não ocorrendo, neste caso, quaisquer ônus por parte do **CONTRATANTE**;
- 16.4. Antes do pagamento, a contratante realizará consulta online ao SICAF e, se necessário, aos sites oficiais, para verificar a manutenção das condições de habilitação da contratada, devendo o resultado ser impresso, autenticado e juntado ao processo de pagamento;
- 16.4.1.1. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, nos termos da Instrução Normativa 1.234, de 11 de janeiro de 2012, da Secretaria da Receita Federal e da Lei n. 9.430, de 1996
- 16.5. A **CONTRATADA** regularmente optante pelo Simples Nacional, instituído pelo artigo 12 da Lei Complementar n. 123, de 2006, não sofrerá a retenção quanto aos impostos e contribuições abrangidos pelo referido regime, em relação às suas receitas próprias, desde que, a cada pagamento, apresente a declaração de que trata o artigo 6 da Instrução Normativa RFB N. 1.234, de 11 de janeiro de 2012;
- 16.6. A **CONTRATANTE** não se responsabilizará a por qualquer despesa que venha a ser efetuada pela contratada, que porventura não tenha sido acordado no contrato.

## **17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRANTE**

- 17.1. Atender o objeto no prazo e condições estabelecidas no Edital e seus anexos;
- 17.2. Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos provisoriamente com as especificações constantes do Edital e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;
- 17.3. Relacionar, após assinatura do contrato, os beneficiários, que deverão ser incluídos no plano em até 15 (quinze) dias úteis após a celebração do instrumento;
- 17.4. Solicitar à **CONTRATADA**, por escrito, por meio magnético ou meio eletrônico, a inclusão ou exclusão de beneficiário;
- 17.5. Efetuar o pagamento da prestação de serviço mensal;
- 17.6. Comunicar a **CONTRATADA**, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;
- 17.7. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da **CONTRATADA**, através de servidor especialmente designado como gestor do contrato;
- 17.8. Prestar as informações e os esclarecimentos pertinentes que venham a ser solicitados pela **CONTRATADA** ou por ser preposto;
- 17.9. Investir-se nos poderes de representação dos beneficiários do serviço de saúde perante a **CONTRATADA**;
- 17.10. Comunicar, via sistema informatizado (online) ou de forma impressa, a critério da **CONTRATADA**, seguidos de documentos necessários:
  - 17.10.1.1. Qualquer inclusão de beneficiários;
  - 17.10.1.2. A exclusão de beneficiários;
  - 17.10.1.3. Perda ou extravio do documento de identificação;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

17.10.1.4. Os beneficiários que, por qualquer motivo, deixarem de possuir direito ao plano contratado.

17.11. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela **CONTRATADA** com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Termo de Contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da **CONTRATADA**, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

**18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

18.1. A **CONTRATADA** deve cumprir todas as obrigações constantes no Edital, seus anexos e suas propostas, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto e, ainda:

- a) Prestar os serviços, conforme especificações constantes no Edital e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal, na qual constará a relação dos beneficiários atendidos;
- b) Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto do contrato, de acordo com os artigos 14, 17, 23 e 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078, de 1990);
- c) Comunicar ao **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, os motivos que impossibilitam o cumprimento do prazo da prestação do serviço, com a devida comprovação;
- d) Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
- e) Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato;
- f) Solucionar todos os eventuais problemas pertinentes ou relacionados com a execução do objeto contratado, mesmo que para isso outra solução não prevista em contrato tenha que ser apresentada, para aprovação e implementação, sem ônus adicionais para o **CRM-SC**, desde que de responsabilidade da contratada;
- g) Fornecer guia de atendimento médico hospitalar, atualizado, podendo ser disponibilizado de forma impresso ou na sua forma eletrônica (*online*), ou a que mais se adequar, a critério da **CONTRATADA**, para cada beneficiário titular, quando da entrega do cartão de identificação do mesmo. Desse guia devem constar nome, telefone e endereço dos Hospitais, Clínicas e/ou Centros de Atendimento, Institutos, Laboratórios, Serviços Auxiliares de Saúde e Médicos Credenciados, comprometendo-se a informar todas as sucessivas alterações;
- h) Comunicar ao **CRM-SC** a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato, bem como providenciar a imediata correção das deficiências apontadas;
- i) Responder pelas despesas de encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, decorrentes da execução dos serviços objeto deste Termo;
- j) Executar dentro da melhor técnica e qualidade os serviços necessários à realização do objeto deste Termo;
- k) Manter atualizado endereço, inclusive eletrônico, e telefones cadastrados junto à **CONTRATANTE** para comunicações, informando imediatamente eventual alteração;
- l) Sempre que solicitado, apresentar, documentos que comprovem o cumprimento da legislação em vigor quanto às obrigações assumidas na licitação;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- m) Acatar as exigências do **CRM-SC** quanto à execução do objeto, normas de controle interno e rotinas de serviço;
- n) Os serviços contratados deverão ser ativados e estarem disponíveis para uso, no prazo máximo de 5 (cinco) dias corridos, a contar da assinatura do contrato;
- o) Assegurar os tratamentos não previstos neste instrumento, mas que constem da Resolução Normativa nº 428/2017, da ANS, e demais legislações pertinentes;
- p) Assegurar os direitos e cumprir com todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- q) Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, em observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação.

**19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

19.1. Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 10.520, de 2002, a **CONTRATADA** que:

- a) Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
- b) Ensejar o retardamento da execução do objeto;
- c) Falhar ou fraudar na execução do contrato;
- d) Comportar-se de modo inidôneo;
- e) Cometer fraude fiscal.

19.2. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Administração pode aplicar à **CONTRATADA** as seguintes sanções:

- a) Advertência, por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos;
- b) Multa moratória de 0,05 % (cinco décimos por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 15 (quinze) dias;
- c) Multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;
- d) Em caso de inexecução parcial, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;
- e) Suspensão de licitar e impedimento de contratar com o órgão, entidade ou unidade administrativa pela qual a administração pública opera e atua concretamente, pelo prazo de até dois anos;
- f) Impedimento de licitar e contratar com órgãos e entidades da união com o consequente descredenciamento no SICAF pelo prazo de até cinco anos, sem prejuízo das multas previstas em edital e no contrato e das demais cominações legais;
- g) A Sanção de impedimento de licitar e contratar prevista neste subitem também é aplicável em quaisquer das hipóteses previstas como infração administrativa neste Termo de Referência.
- h) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- i) As sanções poderão ser aplicadas alternada ou cumulativamente, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados quando cabível.
- 19.3 Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, as empresas ou profissionais que:
- j) Tenham sofrido condenação definitiva por praticar, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;
- k) Tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;
- l) Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.
- m) A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à Contratada, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999;
- n) A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade
- 19.4 As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

## **20. CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA FISCALIZAÇÃO**

- 20.1. O Fiscal e o Gestor da execução do presente contrato serão apontados pelo Setor de Recursos Humanos do CRM-SC
- 20.2. A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA** pelos danos causados ao **CONTRATANTE** ou a terceiros, resultantes de ação ou omissão culposa ou dolosa de quaisquer de seus empregados ou prepostos.

## **21. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO**

- 21.1. Este contrato pode ser alterado nos casos previstos no art. 65 da Lei n.º 8.666/93, desde que haja interesse do **CRM-SC**, com a apresentação das devidas justificativas

## **22. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DO REAJUSTE**

- 22.1. O reajuste será aplicado conforme variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do (s) contrato (s) da Contratante atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**. Assim:

$$\text{Reajuste} = \text{IGMP} + \text{IRT}$$

- 22.2. O IGPM, o Índice de Reajuste Técnico (IRT) e a Sinistralidade serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 04 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do contrato;
- 22.3. O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

$$\text{IRT}\% = \left( \frac{\text{Sinistralidade}}{75\%} \right) \cdot 1 \cdot 100$$

Onde,

- **Sinistralidade:** é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários pelas receitas com contraprestações do período. A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

$$\text{Sinistralidade} = \left( \frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}} \right) \cdot 100$$

- **Despesa Assistencial:** É a soma de todas as despesas assistenciais no período com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.
- **Coparticipação:** É a soma de todos os valores de coparticipação do período.
- **Receitas Líquidas do Plano:** É soma de todos os valores de contraprestações do período.

22.4 A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme os seguintes parâmetros:

22.4.1 Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;

22.4.2 Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

22.5 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**, o percentual aplicado será negociado pelas partes, não podendo ser aplicado percentual inferior ao IRT, nem superior à soma do IRT e o índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.6 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade seja **igual ou inferior a 75% (setenta e cinco por cento)**, poderá ser negociado percentual entre as partes, que não será superior ao índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.7 Para os contratos agrupados serão apuradas as receitas e despesas de todos os contratos por subgrupos.

22.7.1 Os contratos serão agrupados em 3 (três) subgrupos a seguir definidos:

22.7.1.1 Sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial “ambulatorial” e “ambulatorial + odontológico”;

22.7.1.2 Internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar sem obstetrícia”, “hospitalar sem obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia” e “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico”; e



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

22.7.1.3 Internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar com obstetrícia”, “hospitalar com obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico”, e “referência.

### **23. CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO**

23.1. A rescisão deste contrato se dará nos termos dos artigos 79 e 80 da Lei nº 8.666/93.

**23.1.1** No caso de rescisão provocada por inadimplemento da **CONTRATADA**, o **CRM-SC** poderá reter, cautelarmente, os créditos decorrentes do contrato até o valor dos prejuízos causados, já calculados ou estimados

23.2. No procedimento que visa à rescisão do contrato, será assegurado o contraditório e a ampla defesa, sendo que, depois de encerrada a instrução inicial, a **CONTRATADA** terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para se manifestar e produzir provas, sem prejuízo da possibilidade do **CRM-SC** adotar, motivadamente, providências acauteladoras

### **24. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – ADERÊNCIA AO PROGRAMA DE CONFORMIDADE DO CRM-SC**

24.1. A **CONTRATADA** se obriga a cumprir e fazer respeitar as políticas internas do programa de conformidade do **CRM-SC**, a qual declara conhecer.

### **25. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DO FORO**

25.1. As questões decorrentes da execução deste instrumento, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas na Justiça Federal, no Foro da cidade de Florianópolis, Seção Judiciária de Santa Catarina, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, salvo nos casos previstos no art. 102, inciso I, alínea “d”, da Constituição Federal.

25.2. E, para firmeza e validade do que foi pactuado, lavrou-se o presente Contrato em 2 (duas) vias, a qual, depois de lido, também é assinado, pelos representantes das partes, **CRM-SC** e **CONTRATADA**

Florianópolis, xx de XXXX de 2020.

CONTRATANTE  
CRM-SC

CONTRATADA

Testemunhas:

Nome / CPF

Nome/CPF



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**ANEXO XII - MINUTA DO CONTRATO**

**PRIVATIVO 50% DE COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL ENFERMARIA**

**CONTRATANTE:** CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, Autarquia Federal, com sede à Rodovia SC 401 – Km 04 – Saco Grande - Florianópolis-SC, com CNPJ n.º 79.831.566/0001-15, neste ato representado por seu Presidente Dr. Daniel Knabben Ortellado, com CPF 014.806.849-96, brasileiro, casado, Médico, residente e domiciliado nesta cidade;

**CONTRATADA:** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, pessoa jurídica, com CNPJ n.º xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, com sede à Rua xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxx – Bairro – Cidade/Estado – CEP: xxxxxxxxxxxx, Certificado de Registro junto à **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS** n.º XX.XXX-X, de acordo com a Lei n.º 9656 de 03/06/1998, neste ato representada pelo sua representante legal, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, CPF n.º xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, profissão e estaco civil;

As partes acima qualificadas, tendo em vista o que consta no Processo **Pregão Eletrônico n.º 013/2020** e em observância às disposições sujeitando-se às normas e disposições contidas na Lei n.º 10.520/02, Lei n.º 8.666/93, Decreto n.º 10.024/19 e demais regulamentos e normas que regem a matéria, resolvem celebrar o presente Termo de Contrato, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

**1. CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

- 1.1. O objeto do presente instrumento é a contratação de empresa operadora de Plano de Assistência à Saúde, com abrangência em todo o território nacional, que atenda integralmente ao disposto na Lei n.º 9.656/98 e legislações complementares pertinentes, para prestação continuada de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, aos funcionários do CRM-SC e seus dependentes, que serão prestados nas condições estabelecidas no **Termo de Referência e anexos do Edital**.
- 1.2. Este Termo de Contrato vincula-se ao Edital do Pregão, identificado no preâmbulo e aos documentos e proposta da instituição vencedora que integram o processo, independentemente de transcrição.
- 1.3. NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

NOME COMERCIAL	Nº DE REGISTRO NA ANS
PRIVATIVO 50% COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL	XXXXXXXXXXXX

1.4. **TIPO DE CONTRATAÇÃO**

Coletivo empresarial

1.5. **SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE**

**Ambulatorial + Hospitalar Obstetrícia**

1.6. **ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

Área de abrangência geográfica: **Regional**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**1.7. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO**

<b>NOME DO PLANO</b>	<b>ACOMODAÇÃO</b>
PRIVATIVO 50% COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL	ENFERMARIA

- 1.8. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pela **CONTRATADA**, caso o Beneficiário esteja inscrito no plano cuja modalidade é Enfermaria, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

**2. CLÁUSULA SEGUNDA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

- 2.1. O beneficiário deverá informar à **CONTRATADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.
- 2.2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.
- 2.3. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.
- 2.4. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.
- 2.5. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
- 2.6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- 2.7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
- 2.8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a **CONTRATADA** não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 2.9. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão nova ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- 2.10. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- 2.11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.
- 2.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS**, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)
- 2.13. É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- 2.14. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 2.15. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.
- 2.16. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a **ANS**, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.
- 2.17. Instaurado o processo administrativo na **ANS**, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.
- 2.18. A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- 2.19. A **ANS** efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 2.20. Se solicitado pela **ANS**, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 2.21. Após julgamento, e acolhida à alegação da **CONTRATADA**, pela **ANS**, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do contrato.
- 2.22. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela **ANS**, do encerramento do processo administrativo.
- 2.23. Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

**3. CLÁUSULA TERCEIRA - A PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIARIOS PODERA OCORRER NAS SEGUINTE SITUATÖES:**

- 3.1. Perda da qualidade de beneficiário titular:
  - a) Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;  
Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:
  - a) Pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste regulamento;
  - b) A pedido do beneficiário titular;
  - c) Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.3. Caberá tão-somente ao CONTRATANTE, patrocinador, instituidor ou mantenedor solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários;
- 3.4. A operadora só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do patrocinador, instituidor ou mantenedor, nas seguintes hipóteses:
  - a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste regulamento, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98;
- 3.5. A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:
  - a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante e/ou da condição de dependência, previstos neste contrato.

**4. CLÁUSULA QUARTA - DA JUNTA MÉDICA**

- 4.1. A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados;
- 4.2. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempassador deverá ser paga pela operadora

**5. CLÁUSULA QUINTA - SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA**

- 5.1. Será fornecida ao beneficiário uma relação (Orientador Médico) contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários;
- 5.2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele atendimento ou por meio da internet;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 5.3. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:
- 5.3.1. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- 5.3.2. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- 5.3.3. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;
- 5.3.4. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

**6. CLÁUSULA SEXTA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

- 6.1. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10º Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos E Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- 6.2. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
- 6.3. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho;
- 6.4. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente;
- 6.5. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos;
- 6.6. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

**7. CLÁUSULA SÉTIMA - COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

- 7.1. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**I** - Cobertura de consultas médicas com médicos credenciados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

**III** - Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

**IV** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) Radioterapia;

d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;

e) Hemoterapia ambulatorial;

f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

**V** - Tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

a) O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;

c) O tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

**8. CLÁUSULA OITAVA - COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

8.1. Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

**I** - Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

**III** - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

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

**V** - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, em território brasileiro;

**VI** - Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

**VII** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral e enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

j) procedimentos de fisioterapia;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

**VIII** - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

**IX** - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;

**XI** - Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

**X** - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

**XI** - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;

**XII** - Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

a) o custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

b) O custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

c) o custeio integral de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

d) O custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

e) cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os diagnósticos: F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID - 10, ao beneficiário terão assegurado 180 (cento e oitenta) dias por ano de tratamento em regime de hospital-dia.

f) procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas.

**XIII - Transplantes de rim e córnea e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:**

a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;

a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;

a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

b) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**9. CLÁUSULA NONA - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

9.1. Fica expressamente ajustado entre as partes, que a operadora não se responsabilizará pela prestação dos serviços abaixo relacionados que estão excluídos da cobertura contratual, salvo se estes, vierem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações.

9.2. PROCEDIMENTOS MÉDICOS:

- a) Não estão cobertos procedimentos médicos que não constem da relação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- b) Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do território nacional, mesmo nos casos de urgência e emergência;
- c) Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados em território nacional fora da área de abrangência contratual;
- d) Tratamentos clínicos, procedimentos e exames decorrentes de tratamentos não custeados pela operadora, exceto se o evento/consequência encontrar-se previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, ocasião em que a cobertura será obrigatória independentemente da causa;
- e) Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, para patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças (CID-10);
- f) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidades estéticas, cosméticas, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; internações ou hotelaria em Spa's ou Clínicas de Emagrecimento seus procedimentos, materiais ou medicamentos e honorários profissionais;
- g) Escleroterapia de varizes;
- h) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos de natureza estética em geral;
- i) Cirurgia refrativa, de miopia com grau inferior a 5(cinco) e de hipermetropia com grau superior a 6 (seis);
- j) Tratamentos clínicos e/ ou cirurgias, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento; tratamento cirúrgico para obesidade que não se enquadrem nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde;
- k) Transplantes de: fígado; coração; medula; pâncreas; pulmão; ou outro de qualquer natureza, exceto o de rim e córnea e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- l) Implantes que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- m) Tratamento odontológico, exceto cirurgia buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;
- n) Procedimentos e consultas médicas em especialidades não reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- o) Exame de paternidade;
- p) Acupuntura por profissionais não médicos, e por médicos não credenciados;
- q) Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- r) Aviamento de óculos; gesso sintético; aparelhos de surdez; aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função;
- s) Fornecimento de próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico;
- t) Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não registrados na ANVISA;
- u) Medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- v) Vacina imunizante (exceto se internado)

**9.3 ATENDIMENTO DOMICILIAR:**

- 9.3.1 Aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar;
- 9.3.2 Consultas, atendimentos ou visitas domiciliares de qualquer natureza, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- 9.3.3 Materiais e medicamentos para tratamento domiciliar;
- 9.3.4 Serviços de enfermagem em caráter particular;
- 9.3.5 Serviços de enfermagem domiciliar;
- 9.3.6 Remoção domiciliar

**9.4 DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS:**

- 9.4.1 Despesas hospitalares extraordinárias referentes a: ligações telefônicas, lavagem de roupas, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável; produtos de higiene pessoal; serviços extraordinários requeridos pelo usuário tais como, televisão, aparelho de ar condicionado, frigobar, estacionamento ou outras despesas que excedam o limite e condições do contrato;
- 9.4.2 Despesas hospitalares de iniciativa do usuário e não prescritas pelo médico assistente;
- 9.4.3 Internações hospitalares fora das condições previstas no contrato;
- 9.4.4 Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no contrato, salvo na hipótese da ocorrência do artigo 33 da lei 9.656/98;
- 9.4.5 Todas as despesas com acompanhantes, inclusive alimentação, exceto alimentação para o acompanhante de menores de 18 anos e maiores de 60 anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- 9.4.6 Serviços de enfermagem em caráter particular em regime hospitalar;
- 9.4.7 Procedimento assistencial que exija autorização prévia e realizado à revelia da Operadora, exceto nos casos de urgência e emergência;
- 9.4.8 Não estão asseguradas as despesas com consultas, tratamentos e internações relacionadas antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas em contrato; e
- 9.4.9 Atendimento em casos de cataclismos, guerras, comoções internas, quando declaradas.

**10. CLÁUSULA DÉCIMA - A REMOÇÃO DO PACIENTE SERÁ GARANTIDA PELA OPERADORA NAS SEGUINTE HIPÓTESES:**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 10.1 Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
- 10.2 Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação
- 10.3 À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
- 10.4 Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.
- 10.5 A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
- 10.6 Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

#### **11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO VALOR**

- 11.1 O valor total anual estimado deste contrato é de R\$ XXXXXXXXX (XXXXXXXX).

#### **12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

- 12.1. As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, pela conta de recurso **6.2.2.1.1.33.90.39.028 Plano de Saúde – Médico e odontológico do Orçamento do CRM-SC** do orçamento do CRM-SC para o exercício 2020.

#### **13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA EXECUÇÃO**

- 13.1. As opções de planos poderão ser alteradas pelo beneficiário através de um termo de consentimento fornecido pelo Recursos Humanos do CRM-SC. O RH intermediará as respectivas alterações junto à operadora de saúde;
- 13.2. Cobertura geográfica mínima: abrangência/atendimento no Estado conforme itens 5.3 do **Termo de Referência**, ou seja, em todas as cidades onde o CRM-SC possui unidades instaladas, devendo cobrir, inclusive, atendimentos de urgência e emergência e internação não eletiva em todo o território nacional;
- 13.3. A contratada deve possuir rede credenciada e/ou referenciada qualificada com laboratórios ou serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, consultórios, hospitais, clínicas especializadas e atendimentos de urgência e emergência nos municípios em que há hoje unidades administrativas do CRM-SC durante toda a execução contratual;
- 13.4. Na eventual abertura de novas unidades em localidades diferentes das relacionadas nos subitens 4.2 e 4.3, caberá acordo entre as partes para apresentação e/ou credenciamento de prestadores, respeitando-se as condições vigentes nos planos contratados;
- 13.5. Em caso de internação decorrente de urgências e emergências, mesmo fora da área de abrangência, caberá à contratada a remoção e transporte nos moldes da Legislação vigente da ANS;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 13.6. A coparticipação incidirá sobre todos os serviços/procedimentos classificados como ambulatoriais: a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorros; b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, medicamentos, honorários e taxas relacionadas a execução do exame; c) consultas/sessões realizadas por profissionais não médicos, previstos no Rol de procedimentos e eventos de saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapeuta, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos;
- 13.7. Não incide coparticipação sobre exames preventivos e tratamentos de doenças crônicas, entre eles, tratamentos de câncer e hemodiálise e demais procedimentos estabelecidos no Rol de cobertura da ANS;
- 13.8. O valor máximo de coparticipação por procedimento será **de R\$ 190,00 (cento e noventa reais)**, independente do percentual de coparticipação do plano;
- 13.9. Ficam excluídos da lista de coberturas para todos os planos os procedimentos listados no Art. 10 da Lei nº 9656/1998 e exames admissionais, demissionários e periódicos.

#### **14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA VIGÊNCIA**

- 14.1. O prazo de vigência deste Termo de Contrato é de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 60 (sessenta) meses, nos termos do art. 57, inc. II, da Lei nº 8.666/1993, desde que haja autorização formal da autoridade competente e observados os seguintes requisitos:
- 14.1.1.1. Os serviços tenham sido prestados regularmente;
- 14.1.1.2. A Administração mantenha interesse na realização do serviço;
- 14.1.1.3. O valor do contrato permaneça economicamente vantajoso para a Administração;
- 14.1.1.4. A contratada manifeste expressamente interesse na prorrogação.
- 14.2. A **CONTRATADA** não tem direito subjetivo à prorrogação contratual;
- 14.3. A prorrogação de contrato deverá ser promovida mediante celebração de termo aditivo.

#### **15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO PRAZO**

- 15.1. A contagem do prazo se iniciará em 5 (cinco) dias úteis da assinatura do contrato entre as partes.

#### **16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO PAGAMENTO**

- 16.1. O prazo para o pagamento será efetuado até 10 (dez) dias úteis mediante apresentação das Notas Fiscais e disponibilização dos relatórios mencionados nos itens 13.9 e 13.10 do **TERMO DE REFERÊNCIA** anexo ao edital, após aceite do Gestor/Fiscal do Contrato, por meio de boleto, na agência e estabelecimento bancário indicado pela contratada, ou por meio previsto na legislação vigente;
- 16.2. O pagamento somente será autorizado depois do efetuado o atesto pelo servidor competente na nota fiscal apresentada;
- 16.3. Havendo erro no documento de cobrança, ou outra circunstância que impeça a liquidação da despesa, a mesma ficará pendente e o pagamento susinado até que a **CONTRATADA** providencie as



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

medidas saneadoras necessárias, não ocorrendo, neste caso, quaisquer ônus por parte do **CONTRATANTE**;

- 16.4. Antes do pagamento, a contratante realizará consulta online ao SICAF e, se necessário, aos sítios oficiais, para verificar a manutenção das condições de habilitação da contratada, devendo o resultado ser impresso, autenticado e juntado ao processo de pagamento;
- 16.4.1.1. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, nos termos da Instrução Normativa 1.234, de 11 de janeiro de 2012, da Secretaria da Receita Federal e da Lei n. 9.430, de 1996
- 16.5. A **CONTRATADA** regularmente optante pelo Simples Nacional, instituído pelo artigo 12 da Lei Complementar n. 123, de 2006, não sofrerá a retenção quanto aos impostos e contribuições abrangidos pelo referido regime, em relação às suas receitas próprias, desde que, a cada pagamento, apresente a declaração de que trata o artigo 6 da Instrução Normativa RFB N. 1.234, de 11 de janeiro de 2012;
- 16.6. A **CONTRATANTE** não se responsabilizará a por qualquer despesa que venha a ser efetuada pela contratada, que porventura não tenha sido acordado no contrato.

#### **17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRANTE**

- 17.1. Atender o objeto no prazo e condições estabelecidas no Edital e seus anexos;
- 17.2. Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos provisoriamente com as especificações constantes do Edital e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;
- 17.3. Relacionar, após assinatura do contrato, os beneficiários, que deverão ser incluídos no plano em até 15 (quinze) dias úteis após a celebração do instrumento;
- 17.4. Solicitar à **CONTRATADA**, por escrito, por meio magnético ou meio eletrônico, a inclusão ou exclusão de beneficiário;
- 17.5. Efetuar o pagamento da prestação de serviço mensal;
- 17.6. Comunicar a **CONTRATADA**, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;
- 17.7. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da **CONTRATADA**, através de servidor especialmente designado como gestor do contrato;
- 17.8. Prestar as informações e os esclarecimentos pertinentes que venham a ser solicitados pela **CONTRATADA** ou por ser preposto;
- 17.9. Investir-se nos poderes de representação dos beneficiários do serviço de saúde perante a **CONTRATADA**;
- 17.10. Comunicar, via sistema informatizado (online) ou de forma impressa, a critério da **CONTRATADA**, seguidos de documentos necessários:
- 17.10.1.1. Qualquer inclusão de beneficiários;
- 17.10.1.2. A exclusão de beneficiários;
- 17.10.1.3. Perda ou extravio do documento de identificação;
- 17.10.1.4. Os beneficiários que, por qualquer motivo, deixarem de possuir direito ao plano contratado.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

17.11. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela **CONTRATADA** com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Termo de Contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da **CONTRATADA**, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

**18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

18.1. A **CONTRATADA** deve cumprir todas as obrigações constantes no Edital, seus anexos e suas propostas, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto e, ainda:

- a) Prestar os serviços, conforme especificações constantes no Edital e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal, na qual constará a relação dos beneficiários atendidos;
- b) Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto do contrato, de acordo com os artigos 14, 17, 23 e 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078, de 1990);
- c) Comunicar ao **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, os motivos que impossibilitam o cumprimento do prazo da prestação do serviço, com a devida comprovação;
- d) Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
- e) Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato;
- f) Solucionar todos os eventuais problemas pertinentes ou relacionados com a execução do objeto contratado, mesmo que para isso outra solução não prevista em contrato tenha que ser apresentada, para aprovação e implementação, sem ônus adicionais para o **CRM-SC**, desde que de responsabilidade da contratada;
- g) Fornecer guia de atendimento médico hospitalar, atualizado, podendo ser disponibilizado de forma impresso ou na sua forma eletrônica (*online*), ou a que mais se adequar, a critério da **CONTRATADA**, para cada beneficiário titular, quando da entrega do cartão de identificação do mesmo. Desse guia devem constar nome, telefone e endereço dos Hospitais, Clínicas e/ou Centros de Atendimento, Institutos, Laboratórios, Serviços Auxiliares de Saúde e Médicos Credenciados, comprometendo-se a informar todas as sucessivas alterações;
- h) Comunicar ao **CRM-SC** a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato, bem como providenciar a imediata correção das deficiências apontadas;
- i) Responder pelas despesas de encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, decorrentes da execução dos serviços objeto deste Termo;
- j) Executar dentro da melhor técnica e qualidade os serviços necessários à realização do objeto deste Termo;
- k) Manter atualizado endereço, inclusive eletrônico, e telefones cadastrados junto à **CONTRATANTE** para comunicações, informando imediatamente eventual alteração;
- l) Sempre que solicitado, apresentar, documentos que comprovem o cumprimento da legislação em vigor quanto às obrigações assumidas na licitação;
- m) Acatar as exigências do **CRM-SC** quanto à execução do objeto, normas de controle interno e rotinas de serviço;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- n) Os serviços contratados deverão ser ativados e estarem disponíveis para uso, no prazo máximo de 5 (cinco) dias corridos, a contar da assinatura do contrato;
- o) Assegurar os tratamentos não previstos neste instrumento, mas que constem da Resolução Normativa nº 428/2017, da ANS, e demais legislações pertinentes;
- p) Assegurar os direitos e cumprir com todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- q) Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, em observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação.

**19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

19.1. Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 10.520, de 2002, a **CONTRATADA** que:

- a) Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
- b) Ensejar o retardamento da execução do objeto;
- c) Falhar ou fraudar na execução do contrato;
- d) Comportar-se de modo inidôneo;
- e) Cometer fraude fiscal.

19.2. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Administração pode aplicar à **CONTRATADA** as seguintes sanções:

- a) Advertência, por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos;
- b) Multa moratória de 0,05 % (cinco décimos por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 15 (quinze) dias;
- c) Multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;
- d) Em caso de inexecução parcial, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;
- e) Suspensão de licitar e impedimento de contratar com o órgão, entidade ou unidade administrativa pela qual a administração pública opera e atua concretamente, pelo prazo de até dois anos;
- f) Impedimento de licitar e contratar com órgãos e entidades da união com o consequente descredenciamento no SICAF pelo prazo de até cinco anos, sem prejuízo das multas previstas em edital e no contrato e das demais cominações legais;
- g) A Sanção de impedimento de licitar e contratar prevista neste subitem também é aplicável em quaisquer das hipóteses previstas como infração administrativa neste Termo de Referência.
- h) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados;
- i) As sanções poderão ser aplicadas alternada ou cumulativamente, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados quando cabível.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 19.3 Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, as empresas ou profissionais que:
- a. Tenham sofrido condenação definitiva por praticar, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;
  - b. Tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;
  - c. Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.
  - d. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à Contratada, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999;
  - e. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade
- 19.4 As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

**20. CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA FISCALIZAÇÃO**

- 20.1. O Fiscal e o Gestor da execução do presente contrato serão apontados pelo Setor de Recursos Humanos do CRM-SC
- 20.2. A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA** pelos danos causados ao **CONTRATANTE** ou a terceiros, resultantes de ação ou omissão culposa ou dolosa de quaisquer de seus empregados ou prepostos.

**21. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO**

- 21.1. Este contrato pode ser alterado nos casos previstos no art. 65 da Lei n.º 8.666/93, desde que haja interesse do **CRM-SC**, com a apresentação das devidas justificativas

**22. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DO REAJUSTE**

- 22.1. O reajuste será aplicado conforme variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do (s) contrato (s) da Contratante atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**. Assim:

$$\text{Reajuste} = \text{IGPM} + \text{IRT}$$

- 22.2. O IGPM, o Índice de Reajuste Técnico (IRT) e a Sinistralidade serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 04 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do contrato;
- 22.3. O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

$$\text{IRT}\% = \left( \frac{\text{Sinistralidade}}{75\%} \right) \cdot 1 \cdot 100$$

Onde,

- **Sinistralidade:** é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários pelas receitas com contraprestações do período. A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

$$\text{Sinistralidade} = \left( \frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}} \right) \cdot 100$$

- **Despesa Assistencial:** É a soma de todas as despesas assistenciais no período com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.
- **Coparticipação:** É a soma de todos os valores de coparticipação do período.
- **Receitas Líquidas do Plano:** É soma de todos os valores de contraprestações do período.

22.4 A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme os seguintes parâmetros:

22.4.1 Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;

22.4.2 Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

22.5 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**, o percentual aplicado será negociado pelas partes, não podendo ser aplicado percentual inferior ao IRT, nem superior à soma do IRT e o índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.6 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade seja **igual ou inferior a 75% (setenta e cinco por cento)**, poderá ser negociado percentual entre as partes, que não será superior ao índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.7 Para os contratos agrupados serão apuradas as receitas e despesas de todos os contratos por subgrupos.

22.7.1 Os contratos serão agrupados em 3 (três) subgrupos a seguir definidos:

22.7.1.1 Sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial “ambulatorial” e “ambulatorial + odontológico”;

22.7.1.2 Internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar sem obstetrícia”, “hospitalar sem obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial +



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

hospitalar sem obstetrícia” e “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico”; e

- 22.7.1.3 Internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar com obstetrícia”, “hospitalar com obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico”, e “referência.

### **23. CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO**

- 23.1. A rescisão deste contrato se dará nos termos dos artigos 79 e 80 da Lei nº 8.666/93.

**23.1.1** No caso de rescisão provocada por inadimplemento da **CONTRATADA**, o **CRM-SC** poderá reter, cautelarmente, os créditos decorrentes do contrato até o valor dos prejuízos causados, já calculados ou estimados

- 23.2. No procedimento que visa à rescisão do contrato, será assegurado o contraditório e a ampla defesa, sendo que, depois de encerrada a instrução inicial, a **CONTRATADA** terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para se manifestar e produzir provas, sem prejuízo da possibilidade do **CRM-SC** adotar, motivadamente, providências acauteladoras

### **24. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – ADERÊNCIA AO PROGRAMA DE CONFORMIDADE DO CRM-SC**

- 24.1. A **CONTRATADA** se obriga a cumprir e fazer respeitar as políticas internas do programa de conformidade do **CRM-SC**, a qual declara conhecer.

### **25. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DO FORO**

- 25.1. As questões decorrentes da execução deste instrumento, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas na Justiça Federal, no Foro da cidade de Florianópolis, Seção Judiciária de Santa Catarina, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, salvo nos casos previstos no art. 102, inciso I, alínea “d”, da Constituição Federal.

- 25.2. E, para firmeza e validade do que foi pactuado, lavrou-se o presente Contrato em 2 (duas) vias, a qual, depois de lido, também é assinado, pelos representantes das partes, **CRM-SC** e **CONTRATADA**

Florianópolis, xx de XXXX de 2020.

CONTRATANTE  
CRM-SC

CONTRATADA

Testemunhas:

Nome / CPF

Nome/CPF



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**ANEXO XIII - MINUTA DO CONTRATO**

**PRIVATIVO SEM COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL APARTAMENTO**

**CONTRATANTE:** CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, Autarquia Federal, com sede à Rodovia SC 401 – Km 04 – Saco Grande - Florianópolis-SC, com CNPJ n.º 79.831.566/0001-15, neste ato representado por seu Presidente Dr. Daniel Knabben Ortellado, com CPF 014.806.849-96, brasileiro, casado, Médico, residente e domiciliado nesta cidade;

**CONTRATADA:** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, pessoa jurídica, com CNPJ n.º. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, com sede à Rua xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxx – Bairro – Cidade/Estado – CEP: xxxxxxxxxxxx, Certificado de Registro junto à **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS** n.º XX.XXX-X, de acordo com a Lei n.º 9656 de 03/06/1998, neste ato representada pelo sua representante legal, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, CPF n.º xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, profissão e estaco civil;

As partes acima qualificadas, tendo em vista o que consta no Processo **Pregão Eletrônico n.º 013/2020** e em observância às disposições sujeitando-se às normas e disposições contidas na Lei n.º 10.520/02, Lei n.º 8.666/93, Decreto n.º 10.024/19 e demais regulamentos e normas que regem a matéria, resolvem celebrar o presente Termo de Contrato, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

**1. CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

- 1.1. O objeto do presente instrumento é a contratação de empresa operadora de Plano de Assistência à Saúde, com abrangência em todo o território nacional, que atenda integralmente ao disposto na Lei n.º 9.656/98 e legislações complementares pertinentes, para prestação continuada de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, aos funcionários do CRM-SC e seus dependentes, que serão prestados nas condições estabelecidas no **Termo de Referência e anexos do Edital**.
- 1.2. Este Termo de Contrato vincula-se ao Edital do Pregão, identificado no preâmbulo e aos documentos e proposta da instituição vencedora que integram o processo, independentemente de transcrição.
- 1.3. NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

NOME COMERCIAL	Nº DE REGISTRO NA ANS
PRIVATIVO SEM COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL	XXXXXXXXXXXX

**1.4. TIPO DE CONTRATAÇÃO**

Coletivo empresarial

**1.5. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE**

**Ambulatorial + Hospitalar Obstetrícia**

**1.6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

Área de abrangência geográfica: **Regional**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**1.7. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO**

<b>NOME DO PLANO</b>	<b>ACOMODAÇÃO</b>
PRIVATIVO SEM COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL	APARTAMENTO

- 1.8. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pela **CONTRATADA**, caso o Beneficiário esteja inscrito no plano cuja modalidade é Enfermaria, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

**2. CLÁUSULA SEGUNDA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

- 2.1. O beneficiário deverá informar à **CONTRATADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.
- 2.2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.
- 2.3. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.
- 2.4. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.
- 2.5. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
- 2.6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- 2.7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
- 2.8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a **CONTRATADA** não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 2.9. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão nova ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- 2.10. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- 2.11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.
- 2.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS**, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)
- 2.13. É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- 2.14. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 2.15. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.
- 2.16. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a **ANS**, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.
- 2.17. Instaurado o processo administrativo na **ANS**, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.
- 2.18. A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- 2.19. A **ANS** efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 2.20. Se solicitado pela **ANS**, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 2.21. Após julgamento, e acolhida à alegação da **CONTRATADA**, pela **ANS**, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do contrato.
- 2.22. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela **ANS**, do encerramento do processo administrativo.
- 2.23. Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

**3. CLÁUSULA TERCEIRA - A PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIARIOS PODERA OCORRER NAS SEGUINTE SITUATÖES:**

- 3.1. Perda da qualidade de beneficiário titular:
  - a) Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;  
Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:
  - a) Pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste regulamento;
  - b) A pedido do beneficiário titular;
  - c) Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.3. Caberá tão-somente ao CONTRATANTE, patrocinador, instituidor ou mantenedor solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários;
- 3.4. A operadora só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do patrocinador, instituidor ou mantenedor, nas seguintes hipóteses:
  - a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste regulamento, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98;
- 3.5. A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:
  - a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante e/ou da condição de dependência, previstos neste contrato.

**4. CLÁUSULA QUARTA - DA JUNTA MÉDICA**

- 4.1. A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados;
- 4.2. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempassador deverá ser paga pela operadora

**5. CLÁUSULA QUINTA - SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA**

- 5.1. Será fornecida ao beneficiário uma relação (Orientador Médico) contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários;
- 5.2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele atendimento ou por meio da internet;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 5.3. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:
- 5.3.1. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- 5.3.2. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- 5.3.3. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;
- 5.3.4. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

**6. CLÁUSULA SEXTA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

- 6.1. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10º Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- 6.2. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
- 6.3. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho;
- 6.4. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente;
- 6.5. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos;
- 6.6. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

**7. CLÁUSULA SÉTIMA - COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

- 7.1. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**I** - Cobertura de consultas médicas com médicos credenciados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

**III** - Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

**IV** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) Radioterapia;

d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;

e) Hemoterapia ambulatorial;

f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

**V** - Tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

a) O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;

c) O tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

**8. CLÁUSULA OITAVA - COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

8.1. Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

**I** - Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

**III** - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

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

**V** - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, em território brasileiro;

**VI** - Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

**VII** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral e enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

j) procedimentos de fisioterapia;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

**VIII** - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

**IX** - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;

**XI** - Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

**X** - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

**XI** - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;

**XII** - Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- a) o custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.
- b) O custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
- c) o custeio integral de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.
- d) O custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
- e) cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os diagnósticos: F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID - 10, ao beneficiário terão assegurado 180 (cento e oitenta) dias por ano de tratamento em regime de hospital-dia.
- f) procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas.

**XIII - Transplantes de rim e córnea e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:**

- a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:
- a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;
- a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- b) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.
- c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**9. CLÁUSULA NONA - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

9.1. Fica expressamente ajustado entre as partes, que a operadora não se responsabilizará pela prestação dos serviços abaixo relacionados que estão excluídos da cobertura contratual, salvo se estes, vierem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações.

9.2. PROCEDIMENTOS MÉDICOS:

- a) Não estão cobertos procedimentos médicos que não constem da relação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- b) Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do território nacional, mesmo nos casos de urgência e emergência;
- c) Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados em território nacional fora da área de abrangência contratual;
- d) Tratamentos clínicos, procedimentos e exames decorrentes de tratamentos não custeados pela operadora, exceto se o evento/consequência encontrar-se previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, ocasião em que a cobertura será obrigatória independentemente da causa;
- e) Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, para patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças (CID-10);
- f) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidades estéticas, cosméticas, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; internações ou hotelaria em Spa's ou Clínicas de Emagrecimento seus procedimentos, materiais ou medicamentos e honorários profissionais;
- g) Escleroterapia de varizes;
- h) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos de natureza estética em geral;
- i) Cirurgia refrativa, de miopia com grau inferior a 5(cinco) e de hipermetropia com grau superior a 6 (seis);
- j) Tratamentos clínicos e/ ou cirurgias, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento; tratamento cirúrgico para obesidade que não se enquadrem nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde;
- k) Transplantes de: fígado; coração; medula; pâncreas; pulmão; ou outro de qualquer natureza, exceto o de rim e córnea e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- l) Implantes que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- m) Tratamento odontológico, exceto cirurgia buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;
- n) Procedimentos e consultas médicas em especialidades não reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- o) Exame de paternidade;
- p) Acupuntura por profissionais não médicos, e por médicos não credenciados;
- q) Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- r) Aviamento de óculos; gesso sintético; aparelhos de surdez; aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função;
- s) Fornecimento de próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico;
- t) Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não registrados na ANVISA;
- u) Medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- v) Vacina imunizante (exceto se internado)

**9.5 ATENDIMENTO DOMICILIAR:**

- 9.5.1 Aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar;
- 9.5.2 Consultas, atendimentos ou visitas domiciliares de qualquer natureza, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- 9.5.3 Materiais e medicamentos para tratamento domiciliar;
- 9.5.4 Serviços de enfermagem em caráter particular;
- 9.5.5 Serviços de enfermagem domiciliar;
- 9.5.6 Remoção domiciliar

**9.6 DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS:**

- 9.6.1 Despesas hospitalares extraordinárias referentes a: ligações telefônicas, lavagem de roupas, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável; produtos de higiene pessoal; serviços extraordinários requeridos pelo usuário tais como, televisão, aparelho de ar condicionado, frigobar, estacionamento ou outras despesas que excedam o limite e condições do contrato;
- 9.6.2 Despesas hospitalares de iniciativa do usuário e não prescritas pelo médico assistente;
- 9.6.3 Internações hospitalares fora das condições previstas no contrato;
- 9.6.4 Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no contrato, salvo na hipótese da ocorrência do artigo 33 da lei 9.656/98;
- 9.6.5 Todas as despesas com acompanhantes, inclusive alimentação, exceto alimentação para o acompanhante de menores de 18 anos e maiores de 60 anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- 9.6.6 Serviços de enfermagem em caráter particular em regime hospitalar;
- 9.6.7 Procedimento assistencial que exija autorização prévia e realizado à revelia da Operadora, exceto nos casos de urgência e emergência;
- 9.6.8 Não estão asseguradas as despesas com consultas, tratamentos e internações relacionadas antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas em contrato; e
- 9.6.9 Atendimento em casos de cataclismos, guerras, comoções internas, quando declaradas.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**10. CLÁUSULA DÉCIMA - A REMOÇÃO DO PACIENTE SERÁ GARANTIDA PELA OPERADORA NAS SEGUINTE HIPÓTESES:**

- 10.7 Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
- 10.8 Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação
- 10.9 À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
- 10.10 Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.
- 10.11 A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
- 10.12 Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

**11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO VALOR**

- 11.1 O valor total anual estimado deste contrato é de R\$ XXXXXXXXX (XXXXXXXX).

**12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

- 12.1. As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, pela conta de recurso **6.2.2.1.1.33.90.39.028 Plano de Saúde – Médico e odontológico do Orçamento do CRM-SC** do orçamento do **CRM-SC** para o exercício 2020.

**13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA EXECUÇÃO**

- 13.1. As opções de planos poderão ser alteradas pelo beneficiário através de um termo de consentimento fornecido pelo Recursos Humanos do CRM-SC. O RH intermediará as respectivas alterações junto à operadora de saúde;
- 13.2. Cobertura geográfica mínima: abrangência/atendimento no Estado conforme itens 5.3 do **Termo de Referência**, ou seja, em todas as cidades onde o CRM-SC possui unidades instaladas, devendo cobrir, inclusive, atendimentos de urgência e emergência e internação não eletiva em todo o território nacional;
- 13.3. A contratada deve possuir rede credenciada e/ou referenciada qualificada com laboratórios ou serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, consultórios, hospitais, clínicas especializadas e atendimentos de urgência e emergência nos municípios em que há hoje unidades administrativas do CRM-SC durante toda a execução contratual;
- 13.4. Na eventual abertura de novas unidades em localidades diferentes das relacionadas nos subitens 4.2 e 4.3, caberá acordo entre as partes para apresentação e/ou credenciamento de prestadores, respeitando-se as condições vigentes nos planos contratados;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 13.5. Em caso de internação decorrente de urgências e emergências, mesmo fora da área de abrangência, caberá à contratada a remoção e transporte nos moldes da Legislação vigente da ANS;
- 13.6. A coparticipação incidirá sobre todos os serviços/procedimentos classificados como ambulatoriais: a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorros; b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, medicamentos, honorários e taxas relacionadas a execução do exame; c) consultas/sessões realizadas por profissionais não médicos, previstos no Rol de procedimentos e eventos de saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapeuta, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos;
- 13.7. Não incide coparticipação sobre exames preventivos e tratamentos de doenças crônicas, entre eles, tratamentos de câncer e hemodiálise e demais procedimentos estabelecidos no Rol de cobertura da ANS;
- 13.8. O valor máximo de coparticipação por procedimento será **de R\$ 190,00 (cento e noventa reais)**, independente do percentual de coparticipação do plano;
- 13.9. Ficam excluídos da lista de coberturas para todos os planos os procedimentos listados no Art. 10 da Lei nº 9656/1998 e exames admissionais, demissionários e periódicos.

#### **14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA VIGÊNCIA**

- 14.1. O prazo de vigência deste Termo de Contrato é de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 60 (sessenta) meses, nos termos do art. 57, inc. II, da Lei nº 8.666/1993, desde que haja autorização formal da autoridade competente e observados os seguintes requisitos:
  - 14.1.1.1. Os serviços tenham sido prestados regularmente;
  - 14.1.1.2. A Administração mantenha interesse na realização do serviço;
  - 14.1.1.3. O valor do contrato permaneça economicamente vantajoso para a Administração;
  - 14.1.1.4. A contratada manifeste expressamente interesse na prorrogação.
- 14.2. A **CONTRATADA** não tem direito subjetivo à prorrogação contratual;
- 14.3. A prorrogação de contrato deverá ser promovida mediante celebração de termo aditivo.

#### **15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO PRAZO**

- 15.1. A contagem do prazo se iniciará em 5 (cinco) dias úteis da assinatura do contrato entre as partes.

#### **16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO PAGAMENTO**

- 16.1. O prazo para o pagamento será efetuado até 10 (dez) dias úteis mediante apresentação das Notas Fiscais e disponibilização dos relatórios mencionados nos itens 13.9 e 13.10 do **TERMO DE REFERÊNCIA** anexo ao edital, após aceite do Gestor/Fiscal do Contrato, por meio de boleto, na agência e estabelecimento bancário indicado pela contratada, ou por meio previsto na legislação vigente;
- 16.2. O pagamento somente será autorizado depois do efetuado o atesto pelo servidor competente na nota fiscal apresentada;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 16.3. Havendo erro no documento de cobrança, ou outra circunstância que impeça a liquidação da despesa, a mesma ficará pendente e o pagamento susinado até que a **CONTRATADA** providencie as medidas saneadoras necessárias, não ocorrendo, neste caso, quaisquer ônus por parte do **CONTRATANTE**;
- 16.4. Antes do pagamento, a contratante realizará consulta online ao SICAF e, se necessário, aos sítios oficiais, para verificar a manutenção das condições de habilitação da contratada, devendo o resultado ser impresso, autenticado e juntado ao processo de pagamento;
- 16.4.1.1. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, nos termos da Instrução Normativa 1.234, de 11 de janeiro de 2012, da Secretaria da Receita Federal e da Lei n. 9.430, de 1996
- 16.5. A **CONTRATADA** regularmente optante pelo Simples Nacional, instituído pelo artigo 12 da Lei Complementar n. 123, de 2006, não sofrerá a retenção quanto aos impostos e contribuições abrangidos pelo referido regime, em relação às suas receitas próprias, desde que, a cada pagamento, apresente a declaração de que trata o artigo 6 da Instrução Normativa RFB N. 1.234, de 11 de janeiro de 2012;
- 16.6. A **CONTRATANTE** não se responsabilizará a por qualquer despesa que venha a ser efetuada pela contratada, que porventura não tenha sido acordado no contrato.

## **17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRANTE**

- 17.1. Atender o objeto no prazo e condições estabelecidas no Edital e seus anexos;
- 17.2. Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos provisoriamente com as especificações constantes do Edital e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;
- 17.3. Relacionar, após assinatura do contrato, os beneficiários, que deverão ser incluídos no plano em até 15 (quinze) dias úteis após a celebração do instrumento;
- 17.4. Solicitar à **CONTRATADA**, por escrito, por meio magnético ou meio eletrônico, a inclusão ou exclusão de beneficiário;
- 17.5. Efetuar o pagamento da prestação de serviço mensal;
- 17.6. Comunicar a **CONTRATADA**, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;
- 17.7. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da **CONTRATADA**, através de servidor especialmente designado como gestor do contrato;
- 17.8. Prestar as informações e os esclarecimentos pertinentes que venham a ser solicitados pela **CONTRATADA** ou por ser preposto;
- 17.9. Investir-se nos poderes de representação dos beneficiários do serviço de saúde perante a **CONTRATADA**;
- 17.10. Comunicar, via sistema informatizado (online) ou de forma impressa, a critério da **CONTRATADA**, seguidos de documentos necessários:
  - 17.10.1.1. Qualquer inclusão de beneficiários;
  - 17.10.1.2. A exclusão de beneficiários;
  - 17.10.1.3. Perda ou extravio do documento de identificação;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

17.10.1.4. Os beneficiários que, por qualquer motivo, deixarem de possuir direito ao plano contratado.

17.11. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela **CONTRATADA** com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Termo de Contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da **CONTRATADA**, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

**18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

18.1. A **CONTRATADA** deve cumprir todas as obrigações constantes no Edital, seus anexos e suas propostas, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto e, ainda:

- a) Prestar os serviços, conforme especificações constantes no Edital e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal, na qual constará a relação dos beneficiários atendidos;
- b) Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto do contrato, de acordo com os artigos 14, 17, 23 e 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078, de 1990);
- c) Comunicar ao **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, os motivos que impossibilitam o cumprimento do prazo da prestação do serviço, com a devida comprovação;
- d) Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
- e) Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato;
- f) Solucionar todos os eventuais problemas pertinentes ou relacionados com a execução do objeto contratado, mesmo que para isso outra solução não prevista em contrato tenha que ser apresentada, para aprovação e implementação, sem ônus adicionais para o **CRM-SC**, desde que de responsabilidade da contratada;
- g) Fornecer guia de atendimento médico hospitalar, atualizado, podendo ser disponibilizado de forma impresso ou na sua forma eletrônica (*online*), ou a que mais se adequar, a critério da **CONTRATADA**, para cada beneficiário titular, quando da entrega do cartão de identificação do mesmo. Desse guia devem constar nome, telefone e endereço dos Hospitais, Clínicas e/ou Centros de Atendimento, Institutos, Laboratórios, Serviços Auxiliares de Saúde e Médicos Credenciados, comprometendo-se a informar todas as sucessivas alterações;
- h) Comunicar ao **CRM-SC** a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato, bem como providenciar a imediata correção das deficiências apontadas;
- i) Responder pelas despesas de encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, decorrentes da execução dos serviços objeto deste Termo;
- j) Executar dentro da melhor técnica e qualidade os serviços necessários à realização do objeto deste Termo;
- k) Manter atualizado endereço, inclusive eletrônico, e telefones cadastrados junto à **CONTRATANTE** para comunicações, informando imediatamente eventual alteração;
- l) Sempre que solicitado, apresentar, documentos que comprovem o cumprimento da legislação em vigor quanto às obrigações assumidas na licitação;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- m) Acatar as exigências do **CRM-SC** quanto à execução do objeto, normas de controle interno e rotinas de serviço;
- n) Os serviços contratados deverão ser ativados e estarem disponíveis para uso, no prazo máximo de 5 (cinco) dias corridos, a contar da assinatura do contrato;
- o) Assegurar os tratamentos não previstos neste instrumento, mas que constem da Resolução Normativa nº 428/2017, da ANS, e demais legislações pertinentes;
- p) Assegurar os direitos e cumprir com todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- q) Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, em observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação.

**19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

- 19.1. Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 10.520, de 2002, a **CONTRATADA** que:
- a) Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
  - b) Ensejar o retardamento da execução do objeto;
  - c) Falhar ou fraudar na execução do contrato;
  - d) Comportar-se de modo inidôneo;
  - e) Cometer fraude fiscal.
- 19.2. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Administração pode aplicar à **CONTRATADA** as seguintes sanções:
- a) Advertência, por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos;
  - b) Multa moratória de 0,05 % (cinco décimos por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 15 (quinze) dias;
  - c) Multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;
  - d) Em caso de inexecução parcial, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;
  - e) Suspensão de licitar e impedimento de contratar com o órgão, entidade ou unidade administrativa pela qual a administração pública opera e atua concretamente, pelo prazo de até dois anos;
  - f) Impedimento de licitar e contratar com órgãos e entidades da união com o consequente descredenciamento no SICAF pelo prazo de até cinco anos, sem prejuízo das multas previstas em edital e no contrato e das demais cominações legais;
  - g) A Sanção de impedimento de licitar e contratar prevista neste subitem também é aplicável em quaisquer das hipóteses previstas como infração administrativa neste Termo de Referência.
  - h) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- i) As sanções poderão ser aplicadas alternada ou cumulativamente, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados quando cabível.
- 19.3 Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, as empresas ou profissionais que:
- f. Tenham sofrido condenação definitiva por praticar, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;
  - g. Tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;
  - h. Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.
  - i. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à Contratada, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999;
  - j. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade
- 19.4 As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

## **20. CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA FISCALIZAÇÃO**

- 20.1. O Fiscal e o Gestor da execução do presente contrato serão apontados pelo Setor de Recursos Humanos do CRM-SC
- 20.2. A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA** pelos danos causados ao **CONTRATANTE** ou a terceiros, resultantes de ação ou omissão culposa ou dolosa de quaisquer de seus empregados ou prepostos.

## **21. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO**

- 21.1. Este contrato pode ser alterado nos casos previstos no art. 65 da Lei n.º 8.666/93, desde que haja interesse do **CRM-SC**, com a apresentação das devidas justificativas

## **22. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DO REAJUSTE**

- 22.1. O reajuste será aplicado conforme variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do (s) contrato (s) da Contratante atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**. Assim:

$$\text{Reajuste} = \text{IGMP} + \text{IRT}$$

- 22.2. O IGPM, o Índice de Reajuste Técnico (IRT) e a Sinistralidade serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 04 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do contrato;
- 22.3. O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

$$\text{IRT}\% = \left( \frac{\text{Sinistralidade}}{75\%} \right) \cdot 1 \cdot 100$$

Onde,

- **Sinistralidade:** é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários pelas receitas com contraprestações do período. A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

$$\text{Sinistralidade} = \left( \frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}} \right) \cdot 100$$

- **Despesa Assistencial:** É a soma de todas as despesas assistenciais no período com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.
- **Coparticipação:** É a soma de todos os valores de coparticipação do período.
- **Receitas Líquidas do Plano:** É soma de todos os valores de contraprestações do período.

22.4 A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme os seguintes parâmetros:

22.4.1 Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;

22.4.2 Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

22.5 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**, o percentual aplicado será negociado pelas partes, não podendo ser aplicado percentual inferior ao IRT, nem superior à soma do IRT e o índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.6 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade seja **igual ou inferior a 75% (setenta e cinco por cento)**, poderá ser negociado percentual entre as partes, que não será superior ao índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.7 Para os contratos agrupados serão apuradas as receitas e despesas de todos os contratos por subgrupos.

22.7.1 Os contratos serão agrupados em 3 (três) subgrupos a seguir definidos:

22.7.1.1 Sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial “ambulatorial” e “ambulatorial + odontológico”;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 22.7.1.2 Internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar sem obstetrícia”, “hospitalar sem obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia” e “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico”; e
- 22.7.1.3 Internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar com obstetrícia”, “hospitalar com obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico”, e “referência”.

### **23. CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO**

23.1. A rescisão deste contrato se dará nos termos dos artigos 79 e 80 da Lei nº 8.666/93.

**23.1.1** No caso de rescisão provocada por inadimplemento da **CONTRATADA**, o **CRM-SC** poderá reter, cautelarmente, os créditos decorrentes do contrato até o valor dos prejuízos causados, já calculados ou estimados

23.2. No procedimento que visa à rescisão do contrato, será assegurado o contraditório e a ampla defesa, sendo que, depois de encerrada a instrução inicial, a **CONTRATADA** terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para se manifestar e produzir provas, sem prejuízo da possibilidade do **CRM-SC** adotar, motivadamente, providências acauteladoras

### **24. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – ADERÊNCIA AO PROGRAMA DE CONFORMIDADE DO CRM-SC**

24.1. A **CONTRATADA** se obriga a cumprir e fazer respeitar as políticas internas do programa de conformidade do **CRM-SC**, a qual declara conhecer.

### **25. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DO FORO**

25.1. As questões decorrentes da execução deste instrumento, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas na Justiça Federal, no Foro da cidade de Florianópolis, Seção Judiciária de Santa Catarina, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, salvo nos casos previstos no art. 102, inciso I, alínea “d”, da Constituição Federal.

25.2. E, para firmeza e validade do que foi pactuado, lavrou-se o presente Contrato em 2 (duas) vias, a qual, depois de lido, também é assinado, pelos representantes das partes, **CRM-SC** e **CONTRATADA**

Florianópolis, xx de XXXX de 2020.

CONTRATANTE  
CRM-SC

CONTRATADA

Testemunhas:

Nome / CPF

Nome/CPF



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**ANEXO XIV - MINUTA DO CONTRATO**

**PRIVATIVO 20% DE COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL APARTAMENTO**

**CONTRATANTE:** CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, Autarquia Federal, com sede à Rodovia SC 401 – Km 04 – Saco Grande - Florianópolis-SC, com CNPJ n.º 79.831.566/0001-15, neste ato representado por seu Presidente Dr. Daniel Knabben Ortellado, com CPF 014.806.849-96, brasileiro, casado, Médico, residente e domiciliado nesta cidade;

**CONTRATADA:** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, pessoa jurídica, com CNPJ n.º xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, com sede à Rua xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxx – Bairro – Cidade/Estado – CEP: xxxxxxxxxxxx, Certificado de Registro junto à **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS** n.º XX.XXX-X, de acordo com a Lei n.º 9656 de 03/06/1998, neste ato representada pelo sua representante legal, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, CPF n.º xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, profissão e estaco civil;

As partes acima qualificadas, tendo em vista o que consta no Processo **Pregão Eletrônico n.º 013/2020** e em observância às disposições sujeitando-se às normas e disposições contidas na Lei n.º 10.520/02, Lei n.º 8.666/93, Decreto n.º 10.024/19 e demais regulamentos e normas que regem a matéria, resolvem celebrar o presente Termo de Contrato, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

**1. CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

- 1.1. O objeto do presente instrumento é a contratação de empresa operadora de Plano de Assistência à Saúde, com abrangência em todo o território nacional, que atenda integralmente ao disposto na Lei n.º 9.656/98 e legislações complementares pertinentes, para prestação continuada de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, aos funcionários do CRM-SC e seus dependentes, que serão prestados nas condições estabelecidas no **Termo de Referência e anexos do Edital**.
- 1.2. Este Termo de Contrato vincula-se ao Edital do Pregão, identificado no preâmbulo e aos documentos e proposta da instituição vencedora que integram o processo, independentemente de transcrição.
- 1.3. NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

NOME COMERCIAL	Nº DE REGISTRO NA ANS
PRIVATIVO 20% DE COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL	XXXXXXXXXXXX

1.4. **TIPO DE CONTRATAÇÃO**

Coletivo empresarial

1.5. **SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE**

**Ambulatorial + Hospitalar Obstetrícia**

1.6. **ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

Área de abrangência geográfica: **Regional**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**1.7. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO**

<b>NOME DO PLANO</b>	<b>ACOMODAÇÃO</b>
PRIVATIVO 20% DE COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL	APARTAMENTO

- 1.8. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pela **CONTRATADA**, caso o Beneficiário esteja inscrito no plano cuja modalidade é Enfermaria, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

**2. CLÁUSULA SEGUNDA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

- 2.1. O beneficiário deverá informar à **CONTRATADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.
- 2.2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.
- 2.3. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.
- 2.4. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.
- 2.5. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
- 2.6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- 2.7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
- 2.8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a **CONTRATADA** não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 2.9. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão nova ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- 2.10. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- 2.11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.
- 2.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS**, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)
- 2.13. É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- 2.14. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 2.15. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.
- 2.16. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a **ANS**, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.
- 2.17. Instaurado o processo administrativo na **ANS**, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.
- 2.18. A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- 2.19. A **ANS** efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 2.20. Se solicitado pela **ANS**, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 2.21. Após julgamento, e acolhida à alegação da **CONTRATADA**, pela **ANS**, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do contrato.
- 2.22. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela **ANS**, do encerramento do processo administrativo.
- 2.23. Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

**3. CLÁUSULA TERCEIRA - A PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIARIOS PODERA OCORRER NAS SEGUINTE SITUATÖES:**

- 3.1. Perda da qualidade de beneficiário titular:
  - a) Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;  
Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:
  - d) Pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste regulamento;
    - a) A pedido do beneficiário titular;
    - b) Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.3. Caberá tão-somente ao CONTRATANTE, patrocinador, instituidor ou mantenedor solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários;
- 3.4. A operadora só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do patrocinador, instituidor ou mantenedor, nas seguintes hipóteses:
  - a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste regulamento, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98;
- 3.5. A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:
  - a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante e/ou da condição de dependência, previstos neste contrato.

**4. CLÁUSULA QUARTA - DA JUNTA MÉDICA**

- 4.1. A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados;
- 4.2. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempataador deverá ser paga pela operadora

**5. CLÁUSULA QUINTA - SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA**

- 5.1. Será fornecida ao beneficiário uma relação (Orientador Médico) contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários;
- 5.2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele atendimento ou por meio da internet;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 5.3. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:
- 5.3.1. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- 5.3.2. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- 5.3.3. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;
- 5.3.4. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

**6. CLÁUSULA SEXTA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

- 6.1. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10ª Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- 6.2. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
- 6.3. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho;
- 6.4. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente;
- 6.5. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos;
- 6.6. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

**7. CLÁUSULA SÉTIMA - COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

- 7.1. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**I** - Cobertura de consultas médicas com médicos credenciados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

**III** - Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

**IV** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) Radioterapia;

d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;

e) Hemoterapia ambulatorial;

f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

**V** - Tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

a) O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;

c) O tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

**8. CLÁUSULA OITAVA - COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

8.1. Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

**I** - Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

**III** - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

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

**V** - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, em território brasileiro;

**VI** - Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

**VII** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral e enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

j) procedimentos de fisioterapia;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

**VIII** - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

**IX** - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;

**XI** - Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

**X** - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

**XI** - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;

**XII** - Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

a) o custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

b) O custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

c) o custeio integral de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

d) O custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

e) cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os diagnósticos: F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID - 10, ao beneficiário terão assegurado 180 (cento e oitenta) dias por ano de tratamento em regime de hospital-dia.

f) procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas.

**XIII - Transplantes de rim e córnea e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:**

a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;

a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;

a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

b) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**9. CLÁUSULA NONA - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

9.1. Fica expressamente ajustado entre as partes, que a operadora não se responsabilizará pela prestação dos serviços abaixo relacionados que estão excluídos da cobertura contratual, salvo se estes, vierem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações.

9.2. PROCEDIMENTOS MÉDICOS:

- a) Não estão cobertos procedimentos médicos que não constem da relação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- b) Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do território nacional, mesmo nos casos de urgência e emergência;
- c) Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados em território nacional fora da área de abrangência contratual;
- d) Tratamentos clínicos, procedimentos e exames decorrentes de tratamentos não custeados pela operadora, exceto se o evento/consequência encontrar-se previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, ocasião em que a cobertura será obrigatória independentemente da causa;
- e) Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, para patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças (CID-10);
- f) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidades estéticas, cosméticas, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; internações ou hotelaria em Spa's ou Clínicas de Emagrecimento seus procedimentos, materiais ou medicamentos e honorários profissionais;
- g) Escleroterapia de varizes;
- h) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos de natureza estética em geral;
- i) Cirurgia refrativa, de miopia com grau inferior a 5(cinco) e de hipermetropia com grau superior a 6 (seis);
- j) Tratamentos clínicos e/ ou cirurgias, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento; tratamento cirúrgico para obesidade que não se enquadrem nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde;
- k) Transplantes de: fígado; coração; medula; pâncreas; pulmão; ou outro de qualquer natureza, exceto o de rim e córnea e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- l) Implantes que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- m) Tratamento odontológico, exceto cirurgia buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;
- n) Procedimentos e consultas médicas em especialidades não reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- o) Exame de paternidade;
- p) Acupuntura por profissionais não médicos, e por médicos não credenciados;
- q) Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- r) Aviamento de óculos; gesso sintético; aparelhos de surdez; aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função;
- s) Fornecimento de próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico;
- t) Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não registrados na ANVISA;
- u) Medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- v) Vacina imunizante (exceto se internado)

**9.5 ATENDIMENTO DOMICILIAR:**

- 9.5.1 Aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar;
- 9.5.2 Consultas, atendimentos ou visitas domiciliares de qualquer natureza, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- 9.5.3 Materiais e medicamentos para tratamento domiciliar;
- 9.5.4 Serviços de enfermagem em caráter particular;
- 9.5.5 Serviços de enfermagem domiciliar;
- 9.5.6 Remoção domiciliar

**9.6 DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS:**

- 9.6.1 Despesas hospitalares extraordinárias referentes a: ligações telefônicas, lavagem de roupas, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável; produtos de higiene pessoal; serviços extraordinários requeridos pelo usuário tais como, televisão, aparelho de ar condicionado, frigobar, estacionamento ou outras despesas que excedam o limite e condições do contrato;
- 9.6.2 Despesas hospitalares de iniciativa do usuário e não prescritas pelo médico assistente;
- 9.6.3 Internações hospitalares fora das condições previstas no contrato;
- 9.6.4 Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no contrato, salvo na hipótese da ocorrência do artigo 33 da lei 9.656/98;
- 9.6.5 Todas as despesas com acompanhantes, inclusive alimentação, exceto alimentação para o acompanhante de menores de 18 anos e maiores de 60 anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- 9.6.6 Serviços de enfermagem em caráter particular em regime hospitalar;
- 9.6.7 Procedimento assistencial que exija autorização prévia e realizado à revelia da Operadora, exceto nos casos de urgência e emergência;
- 9.6.8 Não estão asseguradas as despesas com consultas, tratamentos e internações relacionadas antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas em contrato; e
- 9.6.9 Atendimento em casos de cataclismos, guerras, comoções internas, quando declaradas.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**10. CLÁUSULA DÉCIMA - A REMOÇÃO DO PACIENTE SERÁ GARANTIDA PELA OPERADORA NAS SEGUINTE HIPÓTESES:**

- 10.1 Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
- 10.2 Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação
- 10.3 À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
- 10.4 Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.
- 10.5 A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
- 10.6 Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

**11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO VALOR**

- 11.1 O valor total anual estimado deste contrato é de R\$ XXXXXXXXX (XXXXXXXX).

**12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

- 12.1. As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, pela conta de recurso **6.2.2.1.1.33.90.39.028 Plano de Saúde – Médico e odontológico do Orçamento do CRM-SC** do orçamento do **CRM-SC** para o exercício 2020.

**13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA EXECUÇÃO**

- 13.1. As opções de planos poderão ser alteradas pelo beneficiário através de um termo de consentimento fornecido pelo Recursos Humanos do CRM-SC. O RH intermediará as respectivas alterações junto à operadora de saúde;
- 13.2. Cobertura geográfica mínima: abrangência/atendimento no Estado conforme itens 5.3 do **Termo de Referência**, ou seja, em todas as cidades onde o CRM-SC possui unidades instaladas, devendo cobrir, inclusive, atendimentos de urgência e emergência e internação não eletiva em todo o território nacional;
- 13.3. A contratada deve possuir rede credenciada e/ou referenciada qualificada com laboratórios ou serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, consultórios, hospitais, clínicas especializadas e atendimentos de urgência e emergência nos municípios em que há hoje unidades administrativas do CRM-SC durante toda a execução contratual;
- 13.4. Na eventual abertura de novas unidades em localidades diferentes das relacionadas nos subitens 4.2 e 4.3, caberá acordo entre as partes para apresentação e/ou credenciamento de prestadores, respeitando-se as condições vigentes nos planos contratados;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 13.5. Em caso de internação decorrente de urgências e emergências, mesmo fora da área de abrangência, caberá à contratada a remoção e transporte nos moldes da Legislação vigente da ANS;
- 13.6. A coparticipação incidirá sobre todos os serviços/procedimentos classificados como ambulatoriais: a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorros; b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, medicamentos, honorários e taxas relacionadas a execução do exame; c) consultas/sessões realizadas por profissionais não médicos, previstos no Rol de procedimentos e eventos de saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapeuta, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos;
- 13.7. Não incide coparticipação sobre exames preventivos e tratamentos de doenças crônicas, entre eles, tratamentos de câncer e hemodiálise e demais procedimentos estabelecidos no Rol de cobertura da ANS;
- 13.8. O valor máximo de coparticipação por procedimento será **de R\$ 190,00 (cento e noventa reais)**, independente do percentual de coparticipação do plano;
- 13.9. Ficam excluídos da lista de coberturas para todos os planos os procedimentos listados no Art. 10 da Lei nº 9656/1998 e exames admissionais, demissionários e periódicos.

#### **14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA VIGÊNCIA**

- 14.1. O prazo de vigência deste Termo de Contrato é de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 60 (sessenta) meses, nos termos do art. 57, inc. II, da Lei nº 8.666/1993, desde que haja autorização formal da autoridade competente e observados os seguintes requisitos:
  - 14.1.1.1. Os serviços tenham sido prestados regularmente;
  - 14.1.1.2. A Administração mantenha interesse na realização do serviço;
  - 14.1.1.3. O valor do contrato permaneça economicamente vantajoso para a Administração;
  - 14.1.1.4. A contratada manifeste expressamente interesse na prorrogação.
- 14.2. A **CONTRATADA** não tem direito subjetivo à prorrogação contratual;
- 14.3. A prorrogação de contrato deverá ser promovida mediante celebração de termo aditivo.

#### **15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO PRAZO**

- 15.1. A contagem do prazo se iniciará em 5 (cinco) dias úteis da assinatura do contrato entre as partes.

#### **16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO PAGAMENTO**

- 16.1. O prazo para o pagamento será efetuado até 10 (dez) dias úteis mediante apresentação das Notas Fiscais e disponibilização dos relatórios mencionados nos itens 13.9 e 13.10 do **TERMO DE REFERÊNCIA** anexo ao edital, após aceite do Gestor/Fiscal do Contrato, por meio de boleto, na agência e estabelecimento bancário indicado pela contratada, ou por meio previsto na legislação vigente;
- 16.2. O pagamento somente será autorizado depois do efetuado o atesto pelo servidor competente na nota fiscal apresentada;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 16.3. Havendo erro no documento de cobrança, ou outra circunstância que impeça a liquidação da despesa, a mesma ficará pendente e o pagamento susinado até que a **CONTRATADA** providencie as medidas saneadoras necessárias, não ocorrendo, neste caso, quaisquer ônus por parte do **CONTRATANTE**;
- 16.4. Antes do pagamento, a contratante realizará consulta online ao SICAF e, se necessário, aos sítios oficiais, para verificar a manutenção das condições de habilitação da contratada, devendo o resultado ser impresso, autenticado e juntado ao processo de pagamento;
- 16.4.1.1. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, nos termos da Instrução Normativa 1.234, de 11 de janeiro de 2012, da Secretaria da Receita Federal e da Lei n. 9.430, de 1996
- 16.5. A **CONTRATADA** regularmente optante pelo Simples Nacional, instituído pelo artigo 12 da Lei Complementar n. 123, de 2006, não sofrerá a retenção quanto aos impostos e contribuições abrangidos pelo referido regime, em relação às suas receitas próprias, desde que, a cada pagamento, apresente a declaração de que trata o artigo 6 da Instrução Normativa RFB N. 1.234, de 11 de janeiro de 2012;
- 16.6. A **CONTRATANTE** não se responsabilizará a por qualquer despesa que venha a ser efetuada pela contratada, que porventura não tenha sido acordado no contrato.

## **17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRANTE**

- 17.1. Atender o objeto no prazo e condições estabelecidas no Edital e seus anexos;
- 17.2. Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos provisoriamente com as especificações constantes do Edital e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;
- 17.3. Relacionar, após assinatura do contrato, os beneficiários, que deverão ser incluídos no plano em até 15 (quinze) dias úteis após a celebração do instrumento;
- 17.4. Solicitar à **CONTRATADA**, por escrito, por meio magnético ou meio eletrônico, a inclusão ou exclusão de beneficiário;
- 17.5. Efetuar o pagamento da prestação de serviço mensal;
- 17.6. Comunicar a **CONTRATADA**, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;
- 17.7. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da **CONTRATADA**, através de servidor especialmente designado como gestor do contrato;
- 17.8. Prestar as informações e os esclarecimentos pertinentes que venham a ser solicitados pela **CONTRATADA** ou por ser preposto;
- 17.9. Investir-se nos poderes de representação dos beneficiários do serviço de saúde perante a **CONTRATADA**;
- 17.10. Comunicar, via sistema informatizado (online) ou de forma impressa, a critério da **CONTRATADA**, seguidos de documentos necessários:
  - 17.10.1.1. Qualquer inclusão de beneficiários;
  - 17.10.1.2. A exclusão de beneficiários;
  - 17.10.1.3. Perda ou extravio do documento de identificação;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

17.10.1.4. Os beneficiários que, por qualquer motivo, deixarem de possuir direito ao plano contratado.

17.11. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela **CONTRATADA** com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Termo de Contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da **CONTRATADA**, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

**18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

18.1. A **CONTRATADA** deve cumprir todas as obrigações constantes no Edital, seus anexos e suas propostas, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto e, ainda:

- a) Prestar os serviços, conforme especificações constantes no Edital e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal, na qual constará a relação dos beneficiários atendidos;
- b) Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto do contrato, de acordo com os artigos 14, 17, 23 e 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078, de 1990);
- c) Comunicar ao **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, os motivos que impossibilitam o cumprimento do prazo da prestação do serviço, com a devida comprovação;
- d) Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
- e) Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato;
- f) Solucionar todos os eventuais problemas pertinentes ou relacionados com a execução do objeto contratado, mesmo que para isso outra solução não prevista em contrato tenha que ser apresentada, para aprovação e implementação, sem ônus adicionais para o **CRM-SC**, desde que de responsabilidade da contratada;
- g) Fornecer guia de atendimento médico hospitalar, atualizado, podendo ser disponibilizado de forma impresso ou na sua forma eletrônica (*online*), ou a que mais se adequar, a critério da **CONTRATADA**, para cada beneficiário titular, quando da entrega do cartão de identificação do mesmo. Desse guia devem constar nome, telefone e endereço dos Hospitais, Clínicas e/ou Centros de Atendimento, Institutos, Laboratórios, Serviços Auxiliares de Saúde e Médicos Credenciados, comprometendo-se a informar todas as sucessivas alterações;
- h) Comunicar ao **CRM-SC** a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato, bem como providenciar a imediata correção das deficiências apontadas;
- i) Responder pelas despesas de encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, decorrentes da execução dos serviços objeto deste Termo;
- j) Executar dentro da melhor técnica e qualidade os serviços necessários à realização do objeto deste Termo;
- k) Manter atualizado endereço, inclusive eletrônico, e telefones cadastrados junto à **CONTRATANTE** para comunicações, informando imediatamente eventual alteração;
- l) Sempre que solicitado, apresentar, documentos que comprovem o cumprimento da legislação em vigor quanto às obrigações assumidas na licitação;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- m) Acatar as exigências do **CRM-SC** quanto à execução do objeto, normas de controle interno e rotinas de serviço;
- n) Os serviços contratados deverão ser ativados e estarem disponíveis para uso, no prazo máximo de 5 (cinco) dias corridos, a contar da assinatura do contrato;
- o) Assegurar os tratamentos não previstos neste instrumento, mas que constem da Resolução Normativa nº 428/2017, da ANS, e demais legislações pertinentes;
- p) Assegurar os direitos e cumprir com todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- q) Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, em observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação.

**19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

19.1. Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 10.520, de 2002, a **CONTRATADA** que:

- a) Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
- b) Ensejar o retardamento da execução do objeto;
- c) Falhar ou fraudar na execução do contrato;
- d) Comportar-se de modo inidôneo;
- e) Cometer fraude fiscal.

19.2. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Administração pode aplicar à **CONTRATADA** as seguintes sanções:

- a) Advertência, por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos;
- b) Multa moratória de 0,05 % (cinco décimos por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 15 (quinze) dias;
- c) Multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;
- d) Em caso de inexecução parcial, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;
- e) Suspensão de licitar e impedimento de contratar com o órgão, entidade ou unidade administrativa pela qual a administração pública opera e atua concretamente, pelo prazo de até dois anos;
- f) Impedimento de licitar e contratar com órgãos e entidades da união com o consequente descredenciamento no SICAF pelo prazo de até cinco anos, sem prejuízo das multas previstas em edital e no contrato e das demais cominações legais;
- g) A Sanção de impedimento de licitar e contratar prevista neste subitem também é aplicável em quaisquer das hipóteses previstas como infração administrativa neste Termo de Referência.
- h) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- i) As sanções poderão ser aplicadas alternada ou cumulativamente, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados quando cabível.
- 19.3 Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, as empresas ou profissionais que:
- a) Tenham sofrido condenação definitiva por praticar, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;
  - b) Tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;
  - c) Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.
  - d) A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à Contratada, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999;
  - e) A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade
- 19.4 As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

## 20. CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA FISCALIZAÇÃO

- 20.1. O Fiscal e o Gestor da execução do presente contrato serão apontados pelo Setor de Recursos Humanos do CRM-SC
- 20.2. A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA** pelos danos causados ao **CONTRATANTE** ou a terceiros, resultantes de ação ou omissão culposa ou dolosa de quaisquer de seus empregados ou prepostos.

## 21. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO

- 21.1. Este contrato pode ser alterado nos casos previstos no art. 65 da Lei n.º 8.666/93, desde que haja interesse do **CRM-SC**, com a apresentação das devidas justificativas

## 22. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DO REAJUSTE

- 22.1. O reajuste será aplicado conforme variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do (s) contrato (s) da Contratante atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**. Assim:

$$\text{Reajuste} = \text{IGMP} + \text{IRT}$$

- 22.2. O IGPM, o Índice de Reajuste Técnico (IRT) e a Sinistralidade serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 04 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do contrato;
- 22.3. O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

$$\text{IRT}\% = \left( \frac{\text{Sinistralidade}}{75\%} \right) \cdot 1 \cdot 100$$

Onde,

- **Sinistralidade:** é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários pelas receitas com contraprestações do período. A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

$$\text{Sinistralidade} = \left( \frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}} \right) \cdot 100$$

- **Despesa Assistencial:** É a soma de todas as despesas assistenciais no período com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.
- **Coparticipação:** É a soma de todos os valores de coparticipação do período.
- **Receitas Líquidas do Plano:** É soma de todos os valores de contraprestações do período.

22.4 A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme os seguintes parâmetros:

22.4.1 Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;

22.4.2 Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

22.5 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**, o percentual aplicado será negociado pelas partes, não podendo ser aplicado percentual inferior ao IRT, nem superior à soma do IRT e o índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.6 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade seja **igual ou inferior a 75% (setenta e cinco por cento)**, poderá ser negociado percentual entre as partes, que não será superior ao índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.7 Para os contratos agrupados serão apuradas as receitas e despesas de todos os contratos por subgrupos.

22.7.1 Os contratos serão agrupados em 3 (três) subgrupos a seguir definidos:

22.7.1.1 Sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial “ambulatorial” e “ambulatorial + odontológico”;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

22.7.1.2 Internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar sem obstetrícia”, “hospitalar sem obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia” e “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico”; e

22.7.1.3 Internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar com obstetrícia”, “hospitalar com obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico”, e “referência.

### **23. CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO**

23.1. A rescisão deste contrato se dará nos termos dos artigos 79 e 80 da Lei nº 8.666/93.

**23.1.1** No caso de rescisão provocada por inadimplemento da **CONTRATADA**, o **CRM-SC** poderá reter, cautelarmente, os créditos decorrentes do contrato até o valor dos prejuízos causados, já calculados ou estimados

23.2. No procedimento que visa à rescisão do contrato, será assegurado o contraditório e a ampla defesa, sendo que, depois de encerrada a instrução inicial, a **CONTRATADA** terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para se manifestar e produzir provas, sem prejuízo da possibilidade do **CRM-SC** adotar, motivadamente, providências acauteladoras

### **24. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – ADERÊNCIA AO PROGRAMA DE CONFORMIDADE DO CRM-SC**

24.1. A **CONTRATADA** se obriga a cumprir e fazer respeitar as políticas internas do programa de conformidade do **CRM-SC**, a qual declara conhecer.

### **25. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DO FORO**

25.1. As questões decorrentes da execução deste instrumento, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas na Justiça Federal, no Foro da cidade de Florianópolis, Seção Judiciária de Santa Catarina, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, salvo nos casos previstos no art. 102, inciso I, alínea “d”, da Constituição Federal.

25.2. E, para firmeza e validade do que foi pactuado, lavrou-se o presente Contrato em 2 (duas) vias, a qual, depois de lido, também é assinado, pelos representantes das partes, **CRM-SC** e **CONTRATADA**

Florianópolis, xx de XXXX de 2020.

CONTRATANTE  
CRM-SC

CONTRATADA

Testemunhas:

Nome / CPF

Nome/CPF

### **ANEXO XV - MINUTA DO CONTRATO**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**PRIVATIVO 50% DE COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL APARTAMENTO**

**CONTRATANTE:** CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, Autarquia Federal, com sede à Rodovia SC 401 – Km 04 – Saco Grande - Florianópolis-SC, com CNPJ n.º 79.831.566/0001-15, neste ato representado por seu Presidente Dr. Daniel Knabben Ortellado, com CPF 014.806.849-96, brasileiro, casado, Médico, residente e domiciliado nesta cidade;

**CONTRATADA:** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, pessoa jurídica, com CNPJ n.º xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, com sede à Rua xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxx – Bairro – Cidade/Estado – CEP: xxxxxxxxxxxx, Certificado de Registro junto à **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS** n.º XX.XXX-X, de acordo com a Lei n.º 9656 de 03/06/1998, neste ato representada pelo sua representante legal, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, CPF n.º xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, profissão e estaco civil;

As partes acima qualificadas, tendo em vista o que consta no Processo **Pregão Eletrônico n.º 013/2020** e em observância às disposições sujeitando-se às normas e disposições contidas na Lei n.º 10.520/02, Lei n.º 8.666/93, Decreto n.º 10.024/19 e demais regulamentos e normas que regem a matéria, resolvem celebrar o presente Termo de Contrato, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

#### 1. CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

- 1.1. O objeto do presente instrumento é a contratação de empresa operadora de Plano de Assistência à Saúde, com abrangência em todo o território nacional, que atenda integralmente ao disposto na Lei n.º 9.656/98 e legislações complementares pertinentes, para prestação continuada de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, aos funcionários do CRM-SC e seus dependentes, que serão prestados nas condições estabelecidas no **Termo de Referência e anexos do Edital**.
- 1.2. Este Termo de Contrato vincula-se ao Edital do Pregão, identificado no preâmbulo e aos documentos e proposta da instituição vencedora que integram o processo, independentemente de transcrição.
- 1.3. NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

NOME COMERCIAL	Nº DE REGISTRO NA ANS
PRIVATIVO 50% DE COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA REGIONAL	XXXXXXXXXXXX

- 1.4. **TIPO DE CONTRATAÇÃO**  
Coletivo empresarial
- 1.5. **SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE**  
**Ambulatorial + Hospitalar Obstetrícia**
- 1.6. **ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**  
Área de abrangência geográfica: **Regional**
- 1.7. **PADRÃO DE ACOMODAÇÃO**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

NOME DO PLANO	ACOMODAÇÃO
PRIVATIVO 50% DE COPARTICIPAÇÃO ABRANGÊNCIA v	APARTAMENTO

- 1.8. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pela **CONTRATADA**, caso o Beneficiário esteja inscrito no plano cuja modalidade é Enfermaria, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

## **2. CLÁUSULA SEGUNDA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

- 2.1. O beneficiário deverá informar à **CONTRATADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.
- 2.2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.
- 2.3. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.
- 2.4. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.
- 2.5. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
- 2.6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- 2.7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
- 2.8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a **CONTRATADA** não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.
- 2.9. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão nova ao plano privado de assistência à saúde, a



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

- 2.10. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- 2.11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.
- 2.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS**, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)
- 2.13. É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- 2.14. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 2.15. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.
- 2.16. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a **ANS**, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.
- 2.17. Instaurado o processo administrativo na **ANS**, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.
- 2.18. A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- 2.19. A **ANS** efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 2.20. Se solicitado pela **ANS**, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 2.21. Após julgamento, e acolhida à alegação da **CONTRATADA**, pela **ANS**, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do contrato.
- 2.22. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela **ANS**, do encerramento do processo administrativo.
- 2.23. Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**3. CLÁUSULA TERCEIRA - A PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIARIOS PODERA OCORRER NAS SEGUINTE SITUAÇÕES:**

- 3.1. Perda da qualidade de beneficiário titular:
  - a) Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;  
Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:
  - a) Pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste regulamento;
  - b) A pedido do beneficiário titular;
  - c) Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 3.3. Caberá tão-somente ao CONTRATANTE, patrocinador, instituidor ou mantenedor solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários;
- 3.4. A operadora só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do patrocinador, instituidor ou mantenedor, nas seguintes hipóteses:
  - a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste regulamento, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98;
- 3.5. A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:
  - a) Fraude;
  - b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante e/ou da condição de dependência, previstos neste contrato.

**4. CLÁUSULA QUARTA - DA JUNTA MÉDICA**

- 4.1. A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados;
- 4.2. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempassador deverá ser paga pela operadora

**5. CLÁUSULA QUINTA - SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA**

- 5.1. Será fornecida ao beneficiário uma relação (Orientador Médico) contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários;
- 5.2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele atendimento ou por meio da internet;
- 5.3. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 5.3.1. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- 5.3.2. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- 5.3.3. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;
- 5.3.4. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

**6. CLÁUSULA SEXTA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

- 6.1. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10ª Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- 6.2. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
- 6.3. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho;
- 6.4. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente;
- 6.5. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos;
- 6.6. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

**7. CLÁUSULA SÉTIMA - COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

- 7.1. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:  
**I - Cobertura de consultas médicas com médicos credenciados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**II** - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

**III** - Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

**IV** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Radioterapia;
- d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- e) Hemoterapia ambulatorial;
- f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

**V** - Tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10<sup>o</sup> Revisão - CID - 10, incluindo:

- a) O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;
- c) O tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

**8. CLÁUSULA OITAVA - COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA**

8.1. Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

- I** - Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;
- II** - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- III** - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- IV** - Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**V** - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, em território brasileiro;

**VI** - Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

**VII** - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral e enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

j) procedimentos de fisioterapia;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

**VIII** - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

**IX** - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;

**XI** - Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

**X** - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

**XI** - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;

**XII** - Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

a) o custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- b) O custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
- c) o custeio integral de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.
- d) O custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
- e) cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os diagnósticos: F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID - 10, ao beneficiário terão assegurado 180 (cento e oitenta) dias por ano de tratamento em regime de hospital-dia.
- f) procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas.

**XIII - Transplantes de rim e córnea e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:**

- a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:
- a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;
- a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- b) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.
- c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

## **9. CLÁUSULA NONA - EXCLUSÕES DE COBERTURA**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 9.1. Fica expressamente ajustado entre as partes, que a operadora não se responsabilizará pela prestação dos serviços abaixo relacionados que estão excluídos da cobertura contratual, salvo se estes, vierem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações.
- 9.2. PROCEDIMENTOS MÉDICOS:
- a) Não estão cobertos procedimentos médicos que não constem da relação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
  - b) atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do território nacional, mesmo nos casos de urgência e emergência;
  - c) atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados em território nacional fora da área de abrangência contratual;
  - d) tratamentos clínicos, procedimentos e exames decorrentes de tratamentos não custeados pela operadora, exceto se o evento/consequência encontrar-se previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, ocasião em que a cobertura será obrigatória independentemente da causa;
  - e) procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, para patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças (CID-10);
  - f) procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidades estéticas, cosméticas, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; internações ou hotelaria em Spa's ou Clínicas de Emagrecimento seus procedimentos, materiais ou medicamentos e honorários profissionais;
  - g) Escleroterapia de varizes;
  - h) procedimentos clínicos ou cirúrgicos de natureza estética em geral;
  - i) Cirurgia refrativa, de miopia com grau inferior a 5(cinco) e de hipermetropia com grau superior a 6 (seis);
  - j) tratamentos clínicos e/ ou cirurgias, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento; tratamento cirúrgico para obesidade que não se enquadrem nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde;
  - k) Transplantes de: fígado; coração; medula; pâncreas; pulmão; ou outro de qualquer natureza, exceto o de rim e córnea e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - l) Implantes que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - m) Tratamento odontológico, exceto cirurgia buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;
  - n) procedimentos e consultas médicas em especialidades não reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina
  - o) Exame de paternidade;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- p) Acupuntura por profissionais não médicos, e por médicos não credenciados;
- q) Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- r) Aviamento de óculos; gesso sintético; aparelhos de surdez; aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função;
- s) Fornecimento de próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico;
- t) Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não registrados na ANVISA;
- u) Medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- v) Vacina imunizante (exceto se internado)

**9.5 ATENDIMENTO DOMICILIAR:**

- 9.5.1 Aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar;
- 9.5.2 Consultas, atendimentos ou visitas domiciliares de qualquer natureza, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- 9.5.3 Materiais e medicamentos para tratamento domiciliar;
- 9.5.4 Serviços de enfermagem em caráter particular;
- 9.5.5 Serviços de enfermagem domiciliar;
- 9.5.6 Remoção domiciliar

**9.6 DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS:**

- 9.6.1 Despesas hospitalares extraordinárias referentes a: ligações telefônicas, lavagem de roupas, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável; produtos de higiene pessoal; serviços extraordinários requeridos pelo usuário tais como, televisão, aparelho de ar condicionado, frigobar, estacionamento ou outras despesas que excedam o limite e condições do contrato;
- 9.6.2 Despesas hospitalares de iniciativa do usuário e não prescritas pelo médico assistente;
- 9.6.3 Internações hospitalares fora das condições previstas no contrato;
- 9.6.4 Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no contrato, salvo na hipótese da ocorrência do artigo 33 da lei 9.656/98;
- 9.6.5 Todas as despesas com acompanhantes, inclusive alimentação, exceto alimentação para o acompanhante de menores de 18 anos e maiores de 60 anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- 9.6.6 Serviços de enfermagem em caráter particular em regime hospitalar;
- 9.6.7 Procedimento assistencial que exija autorização prévia e realizado à revelia da Operadora, exceto nos casos de urgência e emergência;
- 9.6.8 Não estão asseguradas as despesas com consultas, tratamentos e internações relacionadas antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas em contrato; e
- 9.6.9 Atendimento em casos de cataclismos, guerras, comoções internas, quando declaradas.

**10. CLÁUSULA DÉCIMA - A REMOÇÃO DO PACIENTE SERÁ GARANTIDA PELA OPERADORA NAS SEGUINTE HIPÓTESES:**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 10.1 Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
- 10.2 Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação
- 10.3 À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
- 10.4 Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.
- 10.5 A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
- 10.6 Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

#### **11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO VALOR**

- 11.1 O valor total anual estimado deste contrato é de R\$ XXXXXXXXX (XXXXXXXX).

#### **12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

- 12.1. As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, pela conta de recurso **6.2.2.1.1.33.90.39.028 Plano de Saúde – Médico e odontológico do Orçamento do CRM-SC** do orçamento do CRM-SC para o exercício 2020.

#### **13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA EXECUÇÃO**

- 13.1. As opções de planos poderão ser alteradas pelo beneficiário através de um termo de consentimento fornecido pelo Recursos Humanos do CRM-SC. O RH intermediará as respectivas alterações junto à operadora de saúde;
- 13.2. Cobertura geográfica mínima: abrangência/atendimento no Estado conforme itens 5.3 do **Termo de Referência**, ou seja, em todas as cidades onde o CRM-SC possui unidades instaladas, devendo cobrir, inclusive, atendimentos de urgência e emergência e internação não eletiva em todo o território nacional;
- 13.3. A contratada deve possuir rede credenciada e/ou referenciada qualificada com laboratórios ou serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, consultórios, hospitais, clínicas especializadas e atendimentos de urgência e emergência nos municípios em que há hoje unidades administrativas do CRM-SC durante toda a execução contratual;
- 13.4. Na eventual abertura de novas unidades em localidades diferentes das relacionadas nos subitens 4.2 e 4.3, caberá acordo entre as partes para apresentação e/ou credenciamento de prestadores, respeitando-se as condições vigentes nos planos contratados;
- 13.5. Em caso de internação decorrente de urgências e emergências, mesmo fora da área de abrangência, caberá à contratada a remoção e transporte nos moldes da Legislação vigente da ANS;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 13.6. A coparticipação incidirá sobre todos os serviços/procedimentos classificados como ambulatoriais: a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorros; b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, medicamentos, honorários e taxas relacionadas a execução do exame; c) consultas/sessões realizadas por profissionais não médicos, previstos no Rol de procedimentos e eventos de saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapeuta, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos;
- 13.7. Não incide coparticipação sobre exames preventivos e tratamentos de doenças crônicas, entre eles, tratamentos de câncer e hemodiálise e demais procedimentos estabelecidos no Rol de cobertura da ANS;
- 13.8. O valor máximo de coparticipação por procedimento será **de R\$ 190,00 (cento e noventa reais)**, independente do percentual de coparticipação do plano;
- 13.9. Ficam excluídos da lista de coberturas para todos os planos os procedimentos listados no Art. 10 da Lei nº 9656/1998 e exames admissionais, demissionários e periódicos.

#### **14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA VIGÊNCIA**

- 14.1. O prazo de vigência deste Termo de Contrato é de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 60 (sessenta) meses, nos termos do art. 57, inc. II, da Lei nº 8.666/1993, desde que haja autorização formal da autoridade competente e observados os seguintes requisitos:
- 14.1.1.1. Os serviços tenham sido prestados regularmente;
- 14.1.1.2. A Administração mantenha interesse na realização do serviço;
- 14.1.1.3. O valor do contrato permaneça economicamente vantajoso para a Administração;
- 14.1.1.4. A contratada manifeste expressamente interesse na prorrogação.
- 14.2. A **CONTRATADA** não tem direito subjetivo à prorrogação contratual;
- 14.3. A prorrogação de contrato deverá ser promovida mediante celebração de termo aditivo.

#### **15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO PRAZO**

- 15.1. A contagem do prazo se iniciará em 5 (cinco) dias úteis da assinatura do contrato entre as partes.

#### **16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO PAGAMENTO**

- 16.1. O prazo para o pagamento será efetuado até 10 (dez) dias úteis mediante apresentação das Notas Fiscais e disponibilização dos relatórios mencionados nos itens 13.9 e 13.10 do **TERMO DE REFERÊNCIA** anexo ao edital, após aceite do Gestor/Fiscal do Contrato, por meio de boleto, na agência e estabelecimento bancário indicado pela contratada, ou por meio previsto na legislação vigente;
- 16.2. O pagamento somente será autorizado depois do efetuado o atesto pelo servidor competente na nota fiscal apresentada;
- 16.3. Havendo erro no documento de cobrança, ou outra circunstância que impeça a liquidação da despesa, a mesma ficará pendente e o pagamento susinado até que a **CONTRATADA** providencie as



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

medidas saneadoras necessárias, não ocorrendo, neste caso, quaisquer ônus por parte do **CONTRATANTE**;

- 16.4. Antes do pagamento, a contratante realizará consulta online ao SICAF e, se necessário, aos sítios oficiais, para verificar a manutenção das condições de habilitação da contratada, devendo o resultado ser impresso, autenticado e juntado ao processo de pagamento;
- 16.4.1.1.** Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, nos termos da Instrução Normativa 1.234, de 11 de janeiro de 2012, da Secretaria da Receita Federal e da Lei n. 9.430, de 1996
- 16.5. A **CONTRATADA** regularmente optante pelo Simples Nacional, instituído pelo artigo 12 da Lei Complementar n. 123, de 2006, não sofrerá a retenção quanto aos impostos e contribuições abrangidos pelo referido regime, em relação às suas receitas próprias, desde que, a cada pagamento, apresente a declaração de que trata o artigo 6 da Instrução Normativa RFB N. 1.234, de 11 de janeiro de 2012;
- 16.6. A **CONTRATANTE** não se responsabilizará a por qualquer despesa que venha a ser efetuada pela contratada, que porventura não tenha sido acordado no contrato.

## **17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRANTE**

- 17.1. Atender o objeto no prazo e condições estabelecidas no Edital e seus anexos;
- 17.2. Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos provisoriamente com as especificações constantes do Edital e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;
- 17.3. Relacionar, após assinatura do contrato, os beneficiários, que deverão ser incluídos no plano em até 15 (quinze) dias úteis após a celebração do instrumento;
- 17.4. Solicitar à **CONTRATADA**, por escrito, por meio magnético ou meio eletrônico, a inclusão ou exclusão de beneficiário;
- 17.5. Efetuar o pagamento da prestação de serviço mensal;
- 17.6. Comunicar a **CONTRATADA**, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;
- 17.7. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da **CONTRATADA**, através de servidor especialmente designado como gestor do contrato;
- 17.8. Prestar as informações e os esclarecimentos pertinentes que venham a ser solicitados pela **CONTRATADA** ou por ser preposto;
- 17.9. Investir-se nos poderes de representação dos beneficiários do serviço de saúde perante a **CONTRATADA**;
- 17.10. Comunicar, via sistema informatizado (online) ou de forma impressa, a critério da **CONTRATADA**, seguidos de documentos necessários:
- 17.10.1.1. Qualquer inclusão de beneficiários;
- 17.10.1.2. A exclusão de beneficiários;
- 17.10.1.3. Perda ou extravio do documento de identificação;
- 17.10.1.4. Os beneficiários que, por qualquer motivo, deixarem de possuir direito ao plano contratado.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

17.11. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela **CONTRATADA** com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Termo de Contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da **CONTRATADA**, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

**18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

18.1. A **CONTRATADA** deve cumprir todas as obrigações constantes no Edital, seus anexos e suas propostas, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto e, ainda:

- a) Prestar os serviços, conforme especificações constantes no Edital e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal, na qual constará a relação dos beneficiários atendidos;
- b) Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto do contrato, de acordo com os artigos 14, 17, 23 e 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078, de 1990);
- c) Comunicar ao **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, os motivos que impossibilitam o cumprimento do prazo da prestação do serviço, com a devida comprovação;
- d) Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
- e) Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato;
- f) Solucionar todos os eventuais problemas pertinentes ou relacionados com a execução do objeto contratado, mesmo que para isso outra solução não prevista em contrato tenha que ser apresentada, para aprovação e implementação, sem ônus adicionais para o **CRM-SC**, desde que de responsabilidade da contratada;
- g) Fornecer guia de atendimento médico hospitalar, atualizado, podendo ser disponibilizado de forma impresso ou na sua forma eletrônica (*online*), ou a que mais se adequar, a critério da **CONTRATADA**, para cada beneficiário titular, quando da entrega do cartão de identificação do mesmo. Desse guia devem constar nome, telefone e endereço dos Hospitais, Clínicas e/ou Centros de Atendimento, Institutos, Laboratórios, Serviços Auxiliares de Saúde e Médicos Credenciados, comprometendo-se a informar todas as sucessivas alterações;
- h) Comunicar ao **CRM-SC** a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato, bem como providenciar a imediata correção das deficiências apontadas;
- i) Responder pelas despesas de encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, decorrentes da execução dos serviços objeto deste Termo;
- j) Executar dentro da melhor técnica e qualidade os serviços necessários à realização do objeto deste Termo;
- k) Manter atualizado endereço, inclusive eletrônico, e telefones cadastrados junto à **CONTRATANTE** para comunicações, informando imediatamente eventual alteração;
- l) Sempre que solicitado, apresentar, documentos que comprovem o cumprimento da legislação em vigor quanto às obrigações assumidas na licitação;
- m) Acatar as exigências do **CRM-SC** quanto à execução do objeto, normas de controle interno e rotinas de serviço;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- n) Os serviços contratados deverão ser ativados e estarem disponíveis para uso, no prazo máximo de 5 (cinco) dias corridos, a contar da assinatura do contrato;
- o) Assegurar os tratamentos não previstos neste instrumento, mas que constem da Resolução Normativa nº 428/2017, da ANS, e demais legislações pertinentes;
- p) Assegurar os direitos e cumprir com todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- q) Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, em observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação.

**19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

19.1. Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 10.520, de 2002, a **CONTRATADA** que:

- a) Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
- b) Ensejar o retardamento da execução do objeto;
- c) Falhar ou fraudar na execução do contrato;
- d) Comportar-se de modo inidôneo;
- e) Cometer fraude fiscal.

19.5. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Administração pode aplicar à **CONTRATADA** as seguintes sanções:

- a) Advertência, por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos;
- b) Multa moratória de 0,05 % (cinco décimos por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 15 (quinze) dias;
- c) Multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;
- d) Em caso de inexecução parcial, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;
- e) Suspensão de licitar e impedimento de contratar com o órgão, entidade ou unidade administrativa pela qual a administração pública opera e atua concretamente, pelo prazo de até dois anos;
- f) Impedimento de licitar e contratar com órgãos e entidades da união com o consequente descredenciamento no SICAF pelo prazo de até cinco anos, sem prejuízo das multas previstas em edital e no contrato e das demais cominações legais;
- g) A Sanção de impedimento de licitar e contratar prevista neste subitem também é aplicável em quaisquer das hipóteses previstas como infração administrativa neste Termo de Referência.
- h) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados;
- i) As sanções poderão ser aplicadas alternada ou cumulativamente, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados quando cabível.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

- 19.6 Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, as empresas ou profissionais que:
- a) Tenham sofrido condenação definitiva por praticar, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;
  - b) Tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;
  - c) Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.
  - d) A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à Contratada, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999;
  - e) A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade
- 19.7 As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

**20. CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA FISCALIZAÇÃO**

- 20.1. O Fiscal e o Gestor da execução do presente contrato serão apontados pelo Setor de Recursos Humanos do CRM-SC
- 20.2. A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA** pelos danos causados ao **CONTRATANTE** ou a terceiros, resultantes de ação ou omissão culposa ou dolosa de quaisquer de seus empregados ou prepostos.

**21. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO**

- 21.1. Este contrato pode ser alterado nos casos previstos no art. 65 da Lei n.º 8.666/93, desde que haja interesse do **CRM-SC**, com a apresentação das devidas justificativas

**22. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DO REAJUSTE**

- 22.1. O reajuste será aplicado conforme variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do (s) contrato (s) da Contratante atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**. Assim:

$$\text{Reajuste} = \text{IGPM} + \text{IRT}$$

- 22.2. O IGPM, o Índice de Reajuste Técnico (IRT) e a Sinistralidade serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 04 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do contrato;
- 22.3. O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

$$\text{IRT}\% = \left( \frac{\text{Sinistralidade}}{75\%} \right) \cdot 1 \cdot 100$$

Onde,

- **Sinistralidade:** é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários pelas receitas com contraprestações do período. A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

$$\text{Sinistralidade} = \left( \frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}} \right) * 100$$

- **Despesa Assistencial:** É a soma de todas as despesas assistenciais no período com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.
- **Coparticipação:** É a soma de todos os valores de coparticipação do período.
- **Receitas Líquidas do Plano:** É soma de todos os valores de contraprestações do período.

22.4 A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme os seguintes parâmetros:

22.4.1 Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;

22.4.2 Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

22.5 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade atinja patamar **superior a 75% (setenta e cinco por cento)**, o percentual aplicado será negociado pelas partes, não podendo ser aplicado percentual inferior ao IRT, nem superior à soma do IRT e o índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.6 Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade seja **igual ou inferior a 75% (setenta e cinco por cento)**, poderá ser negociado percentual entre as partes, que não será superior ao índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

22.7 Para os contratos agrupados serão apuradas as receitas e despesas de todos os contratos por subgrupos.

22.7.1 Os contratos serão agrupados em 3 (três) subgrupos a seguir definidos:

22.7.1.1 Sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial “ambulatorial” e “ambulatorial + odontológico”;

22.7.1.2 Internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

assistencial “hospitalar sem obstetrícia”, “hospitalar sem obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia” e “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico”; e

- 22.7.1.3 Internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar com obstetrícia”, “hospitalar com obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico”, e “referência.

### **23. CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO**

- 23.1. A rescisão deste contrato se dará nos termos dos artigos 79 e 80 da Lei nº 8.666/93.

**23.1.1** No caso de rescisão provocada por inadimplemento da **CONTRATADA**, o **CRM-SC** poderá reter, cautelarmente, os créditos decorrentes do contrato até o valor dos prejuízos causados, já calculados ou estimados

- 23.2. No procedimento que visa à rescisão do contrato, será assegurado o contraditório e a ampla defesa, sendo que, depois de encerrada a instrução inicial, a **CONTRATADA** terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para se manifestar e produzir provas, sem prejuízo da possibilidade do **CRM-SC** adotar, motivadamente, providências acauteladoras

### **24. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – ADERÊNCIA AO PROGRAMA DE CONFORMIDADE DO CRM-SC**

- 24.1. A **CONTRATADA** se obriga a cumprir e fazer respeitar as políticas internas do programa de conformidade do **CRM-SC**, a qual declara conhecer.

### **25. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DO FORO**

- 25.1. As questões decorrentes da execução deste instrumento, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas na Justiça Federal, no Foro da cidade de Florianópolis, Seção Judiciária de Santa Catarina, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, salvo nos casos previstos no art. 102, inciso I, alínea “d”, da Constituição Federal.

- 25.2. E, para firmeza e validade do que foi pactuado, lavrou-se o presente Contrato em 2 (duas) vias, a qual, depois de lido, também é assinado, pelos representantes das partes, **CRM-SC** e **CONTRATADA**

Florianópolis, xx de XXXX de 2020.

CONTRATANTE  
CRM-SC

CONTRATADA

Testemunhas:

Nome / CPF

Nome/CPF