**ANEXO I**

**TERMO DE REFERÊNCIA**

**1. DO OBJETO**

1.1. Contratação de prestação de serviços a todos os funcionários, servidores (ativos e inativos) e ocupantes de cargo em comissão da SAECIL, referente à assistência médica de natureza clínica e cirúrgica, através de plano ambulatorial, hospitalar e obstetrícia, com acomodação em quarto com no máximo 03 (três) leitos, de acordo com o determinado pela Lei 9.656 de 03/06/98, em seu Artigo 12, Itens I, II e III, com dispositivos alterados de acordo com legislações específicas pertinentes, pelo prazo de 12 (doze) meses, prorrogável por iguais períodos, conforme Inciso II, do Artigo 57, da Lei Federal n.º 8.666/93, com abrangência geográfica no município de Leme/SP, de acordo com as especificações constantes neste termo.

1.1.1. Plano Tipo: consultas médicas em consultórios dos médicos credenciados/vinculados à Contratada, internações hospitalares em apartamentos coletivos com, no máximo 03 (três) leitos, com acompanhante, em hospital da Contratada, ou com o que ela mantenha vínculo.

**2. DA JUSTIFICATIVA DE CONTRATAÇÃO**

2.1. A contratação visa proporcionar a todos os funcionários, servidores (ativos e inativos) e ocupantes de cargo em comissão da SAECIL assistência médica de natureza clínica e cirúrgica, através de plano ambulatorial, hospitalar e obstetrícia, e se justifica na medida em que irá proporcionar segurança e tranquilidade aos beneficiários, gerando impacto positivo na execução de suas atividades na Autarquia.

**3. ABRANGÊNCIA**

3.1. A área geográfica de abrangência do contrato é municipal: Leme/SP.

3.1.1. Rede Credenciada:

Para as especialidades médicas que não existirem em Leme/SP e/ou para os procedimentos e tratamentos específicos que não puderem ser realizados na cidade de Leme/SP, os serviços deverão ser prestados, mediante encaminhamento, em estabelecimentos com quem a Contratada mantenha vínculo jurídico, devidamente habilitados e capacitados.

3.1.1.1. Entende-se, para os efeitos do item acima, atendimentos em Clínicas, Hospitais e Laboratórios previamente vinculados à Contratada e informados à Contratante.

**4. ESPECIFICAÇÕES**

4.1. A proponente deverá possuir registro ou inscrição na entidade profissional competente.

4.2. A proponente deverá apresentar a relação de todos os médicos, prontos-socorros e clínicas credenciadas, com indicação das especialidades de cada médico, endereços de atendimento e relação das entidades hospitalares com quem mantêm convênio (se houver).

4.3. Os locais de atendimento e internação deverão localizar-se obrigatoriamente na cidade de Leme/SP, sendo que, se for necessária a locomoção do usuário para outro centro, tal fato deverá ser justificado e as despesas com transporte, atendimento médico, internações, bem como as demais despesas decorrentes deste serviço correrão por conta da Contratada.

4.4. A proponente deverá apresentar comprovação de cadastro da operadora e/ou administradora na ANS (Agencia Nacional de Saúde Suplementar), em plena validade.

4.5. A proponente deverá indicar o tipo de segmentação assistencial (ambulatorial mais hospitalar com obstetrícia), conforme o Artigo 12, da Lei 9656/98, e o número do registro do respectivo produto na ANS.

4.6. As propostas deverão conter o valor unitário (per capita) e total para a execução do objeto.

4.6.1. A proponente deverá indicar o número junto à ANS com a especificação clara do regime ou tipo de contratação do plano e o valor mensal do contrato, considerando-se o número de **211 (duzentos e onze) beneficiários**, sendo esta a quantidade de servidores referente ao mês de setembro/2017, conforme quadro abaixo, podendo haver variações para mais ou para menos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Faixa Etária** | **Qtd. Estimada de Servidores** | **Total Estimado de Servidores** |
| Até 18 anos | 0 | 211 |
| 19 a 23 anos | 3 |
| 24 a 28 anos | 15 |
| 29 a 33 anos | 27 |
| 34 a 38 anos | 24 |
| 39 a 43 anos | 21 |
| 44 a 48 anos | 20 |
| 49 a 53 anos | 20 |
| 54 a 58 anos | 25 |
| Acima de 59 anos | 56 |

**4.6.2. VALOR GLOBAL ESTIMADO:** R$ 736.609,44 (setecentos e trinta e seis mil seiscentos e nove reais e quarenta e quatro centavos).

**5. BENEFICIÁRIOS**

5.1. Serão considerados beneficiários do contrato, como Beneficiários Titulares, todos os servidores públicos desta Autarquia, ativos e inativos, nos termos da Lei Complementar Municipal n.º 499, de 30 de outubro de 2007, e alterações. A Contratada facultará aos beneficiários do contrato a inclusão de dependentes diretos, entretanto, tal inclusão será inteira responsabilidade do mesmo e não da Autarquia, arcando o beneficiário, a partir de então, com todos os custos e demais obrigações correlatas, relativas a tais dependentes.

5.1.1. Dependentes Diretos dos Beneficiários Titulares:

5.1.1.1. Cônjuge, companheiro(a).

5.1.1.2. Filhos e filhas, solteiros até 18 anos; filhos(as) solteiros(as) até 24 anos, comprovadamente estudantes universitários, assim reconhecidos pela Legislação Tributária.

5.1.1.3. Enteados(as) e Tutelados(as) equiparando-se aos filhos(as).

5.1.1.4 Filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular adotante.

5.2. O CONTRATANTE enviará à CONTRATADA, relação com os nomes e respectivas qualificações de todos os beneficiários, servidores ativos e inativos da administração, referente ao mês da assinatura do contrato.

5.3. O CONTRATANTE comprovará perante a CONTRATADA, sempre que solicitada a dependência legal ou funcional aqui prevista, mediante documentos oficialmente instituídos.

5.4. Poderá ser aceita declaração conjunta do Beneficiário Titular e do(a) CONTRATANTE, sob responsabilidade civil e criminal.

5.5. Nos termos do Parágrafo 1º, do Artigo 5º, da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, o CONTRATANTE se obriga a, sempre que forem admitidos novos servidores em seu quadro de pessoal, comunicar à CONTRATADA, para que essa proceda a inclusão do mesmo no presente plano, assim como de seus dependentes, se houver, observada a cláusula 5.1.

5.6. Os filhos naturais ou adotivos do Beneficiário Titular, nascidos na vigência do contrato terão cobertura assistencial durante os primeiros trinta dias após o parto.

5.7. É assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, isento do cumprimento de qualquer período de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento, observando-se o disposto na cláusula 5.1.

5.8. O CONTRATANTE obriga-se a comunicar expressamente à CONTRATADA todas as informações solicitadas adicionais referentes aos servidores beneficiados, principalmente os nomes e qualificações completas, sempre que necessário ao cumprimento do contrato.

5.9. A CONTRATADA deverá emitir cartões de identificação ou documento análogo que servirá de identificação, juntamente com outro documento oficial de identidade, por ocasião do uso dos serviços previstos no contrato.

5.10. Eventual necessidade de emissão de segunda via do cartão de identificação da CONTRATADA não será custeada pela SAECIL.

5.11. Será excluído da prestação do serviço, juntamente com seus dependentes, mediante comunicação por escrito do(a) CONTRATANTE comprovadamente entregue à CONTRATADA, o Beneficiário Titular que, por qualquer motivo, perder o vínculo com a SAECIL.

5.12. A exclusão será considerada, sempre, a partir do dia 1º do mês subsequente à comunicação de baixa do beneficiário.

5.13. É de responsabilidade do(a) CONTRATANTE, no caso de exclusão de beneficiários, assim como no caso de rescisão contratual, recolher e devolver os respectivos cartões de identificação de propriedade da CONTRATADA.

5.14. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, o CONTRATANTE obriga-se a comunicar incontinente o fato à CONTRATADA, por escrito.

5.15. É assegurado ao Beneficiário Titular e a todo o grupo familiar inscrito como dependente, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do vínculo empregatício com a administração indireta, desde que assuma o pagamento integral do plano, obrigatoriamente junto com seus dependentes inscritos como tal, ficando excluído de qualquer responsabilidade e custeio a SAECIL.

**6. SERVIÇOS COMPREENDIDOS NA COBERTURA ASSISTENCIAL DO CONTRATO**

6.1. AMBULATORIAL

6.1.1. Está compreendido no contrato o atendimento ambulatorial a todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, cujo rol de procedimentos se encontra no anexo da Resolução Normativa nº 167, publicada no Diário Oficial da União de 10 de janeiro de 2008, desde que solicitado por profissional habilitado vinculado à Contratada e mediante documento de encaminhamento emitido pela mesma.

6.1.2. Estão incluídos, no referido atendimento, as consultas médicas e procedimentos ambulatoriais, inclusive obstétricas para pré-natal, em número ilimitado, realizadas em locais expressamente indicados pela Contratada.

6.2. INTERNAÇÃO HOSPITALAR

6.2.1. Os beneficiários do contrato terão direito, também, a atendimentos em unidade hospitalar, inclusive em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos pelo Conselho Federal de Medicina, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, cujo rol de procedimentos se encontra no anexo da Resolução Normativa nº 167, publicada no Diário Oficial da União de 10 de janeiro de 2008, desde que solicitadas pelo médico assistente e mediante documentos de encaminhamento previamente emitido pela CONTRATADA.

6.2.2. Estão incluídas no contrato, em casos de internação hospitalar:

6.2.2.1. Cobertura de internação em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limites de prazos, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

6.2.2.2. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.

6.2.2.3. 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.

6.2.3. A cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência previstos no contrato.

6.2.4. A cirurgia plástica reparadora somente terá cobertura prevista no contrato, quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais.

6.2.4.1. Para fins do contrato, acidente pessoal é o evento súbito, externo, involuntário e violento, causador de lesão física, não definido pela legislação em vigor como acidente de trabalho.

6.2.5. Nos termos previstos na Lei 9656/98, Artigo 10-A, haverá cobertura integral a cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer (Lei nº 10.223, de 15.5.2001).

6.2.6. Os beneficiários do contrato terão direito a cirurgias cardíacas e a hemodinâmica.

6.2.7. As próteses cardíacas deverão ser de natureza biológica e de fabricação nacional, exceto nas hipóteses em que haja necessidade, incontestável, reconhecida pela equipe médica integrante do corpo clínico próprio e/ou credenciado pela CONTRATADA, de utilização de prótese mecânica.

6.2.8. Em casos de internação hospitalar:

6.2.8.1. As internações deverão ser realizadas em hospital na Cidade de Leme.

6.2.8.1.1. Para obter autorização de internação, o beneficiário deverá apresentar à CONTRATADA, declaração do médico assistente responsável, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento proposto, duração provável da internação, além de outras pertinentes de ordem técnica.

6.2.8.1.2. Para a internação, a CONTRATADA fornecerá ao beneficiário, autorização em guia específica ou por qualquer outro meio e modo que, a critério da CONTRATADA, venha a ser implantado.

6.2.8.1.3. Os beneficiários do contrato obrigam-se, ao se internarem, a apresentar à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, cartão de identificação emitida pela CONTRATADA e documento de identidade.

6.2.8.1.4. A internação em caráter de urgência ou emergência deverá ser comunicada à CONTRATADA, no primeiro dia útil após a internação, através de declaração do médico assistente, justificando-a nos termos da cláusula 6.2.8.1.1.

6.2.8.1.5. O beneficiário será internado em apartamento com banheiros privativos, com no máximo 03 (três) leitos, com acompanhante e obedecida às normas, diretrizes e disponibilidade do hospital.

6.2.8.1.6. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, deverá ser garantido ao beneficiário o acesso a acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

6.2.8.1.7. É facultada a qualquer beneficiário a utilização de instalações hospitalares não cobertas, desde que o beneficiário, assuma de forma expressa a responsabilidade das despesas junto a médicos, hospitais e serviços auxiliares, os quais deverão ser convencionados diretamente entre as partes.

6.2.9. Não serão de responsabilidade da CONTRATADA as despesas:

6.2.9.1. Extras não relacionadas diretamente com o tratamento do beneficiário.

6.2.9.2. Com acompanhantes de paciente internado maiores de 18 (dezoito) anos.

6.3. TRANSPLANTES

6.3.1. É assegurada a cobertura de transplantes de RIM e CÓRNEA, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos.

6.3.2. Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

a) Despesas assistenciais com doadores vivos.

b) Os medicamentos utilizados durante a internação.

c) O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.

d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, nos transplantes provenientes de doador cadáver, na forma de ressarcimento ao SUS.

d.1) Os beneficiários candidatos a transplantes 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.

d.2) Os beneficiários candidatos a transplantes de órgãos intervivos não estarão sujeitos a critério da fila única de espera e de seleção.

6.4. SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS

6.4.1. Igualmente, os beneficiários do contrato terão cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, cujo rol de procedimentos se encontra no anexo da Resolução Normativa nº 82, publicada no Diário Oficial da União de 30 de setembro de 2004.

6.5. ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO RECÉM-NASCIDO

6.5.1. Terão direito, ainda, os beneficiários do plano, desde que prestados em serviços e pelo corpo clínico próprio ou vinculado à CONTRATADA:

a) À assistência pré-natal, compreendendo consultas periódicas e exames complementares necessários.

b) Assistência ao parto, cirúrgico ou não, por equipe especializada, integrante do corpo clínico vinculado a CONTRATADA.

c) Assistência neonatal, compreendendo assistência imediata aos recém-nascidos, no berçário, no centro de tratamento intensivo ou similar, a qualquer hora do dia ou da noite, durante o período máximo de 30 (trinta) dias contados do nascimento.

c.1) Esta assistência continuará a ser prestada, sem restrições, desde que o BENEFICIÁRIO tenha incluído o recém-nascido no plano até o final do aludido prazo de 30 (trinta) dias, e assuma, a partir de então, todas as responsabilidades e custeio.

6.6. TRATAMENTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

6.6.1. É assegurado pelo contrato o tratamento básico (em regime ambulatorial) e de internação (em regime hospitalar) de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID – 10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

6.6.2. No regime ambulatorial estão cobertos:

a) Atendimento às emergências, 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 autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.

b) 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, integrante do corpo clínico próprio e/ou vinculado a CONTRATADA.

c) Tratamento básico, prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, integrante do corpo clínico próprio e/ou vinculado a CONTRATADA.

6.6.3. Em regime hospitalar estão cobertas as internações abaixo especificadas e nos limites estabelecidos, que se realizarão, sempre, em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais próprios ou vinculados à Contratada.

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

b) O custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano, 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.

c) Somente após 180 (cento e oitenta) dias do início da vigência do contrato, os beneficiários terão direito à internação hospitalar, exceto para tratamento de transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de substâncias químicas.

6.6.4. Caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços em regime ambulatorial e/ou hospitalar exceda os limites previstos no contrato, esgotado esse limite, será de responsabilidade do(a) BENEFICIÁRIO os custos da internação.

6.6.5. Estão cobertos ainda, 8 (oito) semanas, por ano contratual, de tratamento de regime de hospital-dia, sendo certo que, para os diagnósticos de F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados na CID 10, a cobertura ora prevista será de 180 (cento e oitenta) dias por ano contratual.

6.7. URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

6.7.1. Os beneficiários do contrato terão cobertura integral de atendimentos, em regime ambulatorial e de internação, para casos caracterizados como de urgência e emergência que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente beneficiário.

**7. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

7.1. Fica a Contratada obrigada à cobertura pelas doenças pré-existentes, considerando o número de servidores beneficiados.

7.2. O beneficiário é obrigado a informar à CONTRATADA a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à sua inscrição no plano, sob pena de imputação.

7.3. Um profissional médico pertencente à rede de prestadores cooperados ou credenciados pela CONTRATADA procederá a uma entrevista qualificada, sem qualquer ônus para o beneficiário.

7.4. A entrevista qualificada se constituirá no preenchimento de um formulário ou documento correlato, de declaração de saúde, elaborado pela CONTRATADA, e terá como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do beneficiário em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

7.5. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, podendo a omissão dessa informação ser caracterizada como comportamento fraudulento.

7.6. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação acima.

7.7. Alegada a existência de doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação do plano ou seguro, o beneficiário será comunicado imediatamente pela CONTRATADA.

**8. EXCLUSÕES**

8.1. NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NO CONTRATO, como obrigação da CONTRATADA, a cobertura dos procedimentos relativos a:

a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

b) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

c) Inseminação artificial.

d) Tratamento de rejuvenescimento.

e) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados.

f) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

g) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico.

h) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

i) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

j) Transplantes, exceto de córnea e de rim ou outro eventualmente constante de legislação vigente que obrigue a Contratada a sua realização.

k) Consultas domiciliares.

l) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de acidentes de trabalho, como definido em legislação específica.

m) Exames admissionais, demissionais, períódicos e procedimentos relacionados com a saúde ocupacional.

n) Moléstias profissionais.

**9. CARÊNCIAS CONTRATUAIS**

9.1. O direito de atendimento aos beneficiários do contrato deverá ter início a partir do dia seguinte à data de assinatura do mesmo, sem qualquer tipo de carência, independentemente dos beneficiários possuírem sua documentação de identificação do plano, cabendo à Contratada, em caso de dúvida quanto ao vínculo do beneficiário para com a Administração Direita, diligenciar junto à Divisão Técnica de Gestão de Pessoas da SAECIL, para constatação. Os documentos de identificação dos beneficiários deverão ser fornecidos aos mesmos, em até 45 (quarenta e cinco dias) após a assinatura do contrato.

**10. BENEFÍCIOS ADICIONAIS**

10.1. Assistência Nacional: em caso de urgência comprovada e desde que em trânsito, os beneficiários deverão utilizar-se dos serviços médicos e exames complementares prestados por empresas congêneres à CONTRATADA, que com que ela mantenha vínculo, informado no processo licitatório, sob pena de ressarcimento dos valores despendidos pelos beneficiários, nos termos do contrato.

**11. USO DOS SERVIÇOS**

11.1. A utilização dos serviços, normalmente, só poderá ser feita mediante a apresentação de guia de encaminhamento, ou documento correlato da CONTRATADA.

11.2. Os atendimentos médicos, serviços auxiliares e os exames complementares serão solicitados e cobertos através dos profissionais e serviços credenciados/vinculados à CONTRATADA, expressamente indicados no Processo Licitatório que darão origem à contratação.

11.3. As divergências e as dúvidas de natureza médica, relacionadas com os serviços objeto do contrato, deverão ser dirimidas por uma Junta Médica composta por 3 (três) membros, sendo nomeado 1 (um) pelo(a) CONTRATANTE, outro pela CONTRATADA e o terceiro desempatador, escolhido pelos dois nomeados, sendo que este deverá ser remunerado pela

CONTRATADA.

11.4. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos, em relação aos demais beneficiários.

**12. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

12.1. A CONTRATADA deverá colocar à disposição dos beneficiários servidores ativos e inativos da SAECIL, plano de saúde, para a garantia da cobertura da assistência ora CONTRATADA, centros médicos, ambulatórios, laboratórios e consultórios e respectivos profissionais da área da saúde, disponibilizados pela Contratada, diretamente ou através de vínculo, conforme apresentado junto aos autos do processo licitatório que dará origem a contratação.

12.2. A CONTRATADA poderá proceder a substituição de um ou de todos os serviços credenciados, constantes dos documentos apresentados no processo licitatório, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos.

12.2.1. Quando houver a substituição de prestador hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao CONTRATANTE e ao Ministério da Saúde com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

12.2.2. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar, a que se refere o item anterior, ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do Contrato.

12.2.3. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o (a) CONTRATANTE (beneficiários servidores).

12.3. Por conta exclusiva da CONTRATADA correrão todos os ônus, tributos, taxas, impostos, encargos, contribuições ou responsabilidade outras quaisquer, sejam de caráter trabalhista, acidentária, previdenciária, comercial ou social e outras que sejam de competência fazendária ou não e os saldará diretamente junto a quem de direito.

12.4. A CONTRATADA prestará a CONTRATANTE serviço referente à assistência médica conforme objeto do edital e minuta de contrato anexo a ele, devendo observar a Lei 9656 /98 e suas alterações.

12.5. A CONTRATADA será responsável pelos danos causados a SAECIL ou a terceiros decorrentes de sua culpa ou dolo, pela execução ou inexecução do objeto da licitação.

12.6. Responderá pelo fornecimento, padrão e eficiência dos serviços discriminados no objeto do edital, de forma solidária e irrestrita, com os prestadores conveniados, considerando-se os profissionais, hospitais, laboratórios e demais segmentos envolvidos na execução das obrigações contratuais como extensões da futura adjudicatária para todos os fins de direito.

**13. PRAZO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO**

13.1. O contrato terá um período de vigência de 12 (doze) meses e se iniciará a partir do primeiro dia útil seguinte a sua assinatura, prorrogável por iguais períodos, em conformidade com o inciso II do Artigo 57 da Lei Federal n.º 8666/93.

**14. PAGAMENTO**

14.1. O pagamento será efetuado pela Contratante, mensalmente até o quinto dia do mês subsequente da prestação dos serviços, após a apresentação do documento hábil para pagamento, na Tesouraria da SAECIL, devidamente aprovado pela Contratante, e desde que acompanhado das guias de recolhimento do INSS e FGTS, relativas aos profissionais vinculados à Contratada, responsáveis pela prestação dos serviços, referente ao mês anterior aos serviços prestados.

14.2. Havendo divergência, a fatura será devolvida para correção, sendo que o pagamento dar-se-á em até 05 (cinco) dias após a apresentação do documento hábil para pagamento devidamente aprovado.

14.3. Em casos de atraso no pagamento, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), acrescida da atualização pelo índice IGPM-FGV ou outro índice que venha a substituí-lo e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculado dia a dia.

14.4. O atraso no pagamento superior a 10 (dez) dias implicará na notificação ao CONTRATANTE para proceder o pagamento dos débitos vencidos. Em nenhuma hipótese poderá a Contratada suspender a execução dos serviços, excetuados os casos de rescisão contratual previstos na Lei 8.666/93.

**15. REAJUSTE E REEMBOLSO**

15.1. O valor das mensalidades do contrato sofrerá reajuste, somente, e após decorridos 12 (doze) meses do início da prestação dos serviços, e fica condicionado nos termos da Lei 9656/98, a demonstração e aprovação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde.

15.2. Na eventualidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde deixar de controlar os preços, os preços serão reajustados de acordo com o índice IGPM-FGV.

15.3. O valor unitário das mensalidades poderá ser realinhado, para manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, conforme segue:

15.3.1. Aumento decorrente da impactação na estrutura de custo da CONTRATADA, de fatores incontroláveis que incidam sobre a aquisição de insumos básicos para a execução dos serviços cobertos pelo contrato; ou de novos procedimentos inseridos na Medicina, ou, também de novos métodos de diagnóstico e terapia; e avanços tecnológicos do setor além daqueles advindos de mudança de legislação tributária ou não, mas com repercussão financeira e de aumento imprevisível da frequência de sinistralidade ou da utilização dos serviços. A apuração do percentual dessa impactação será feita anualmente e será submetida a aprovação da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde, ou outro órgão que venha substituí-la.

15.4. Quando não for possível a utilização pelos beneficiários inscritos no presente plano de serviços próprios, contratados ou credenciados/vinculados à CONTRATADA, para atendimentos relativos aos procedimentos cobertos pelo contrato, em casos de urgência e de emergência, a CONTRATADA procederá ao reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, de acordo com a Tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) com valores em porte.

15.5. O BENEFICIÁRIO perderá o direito ao reembolso decorridos 30 (trinta) dias da data do evento, sem sua apresentação e comprovação junto à Contratada, nos termos seguintes.

15.6. O reembolso previsto no contrato será pago no prazo máximo de trinta dias após a entrega da seguinte documentação:

a) Originais dos documentos comprobatórios do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada/vinculada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais).

b) Conta analítica, médico-hospitalar, em caso de internação.

c) Relatório do Médico assistente indicando a patologia e o procedimento adotado.

d) Declaração do médico assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência.

e) Carta solicitando o reembolso, capeando os documentos.

Leme, 05 de outubro de 2017.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RAUL AUGUSTO NOGUEIRA

Diretor-Presidente