TERMO DE REFERÊNCIA 01/2025

1. Informações básicas

Órgão: MUNICIPIO DE ARROIO TRINTA (82.826.462/0001-27)

Nº do processo: 01/2025

Categoria do TR: Prestação de serviços continuados sem dedicação exclusiva de mão de obra

2. Definição do objeto

O presente processo tem por objeto a Contratação de plano de assistência a saúde, exceto serviço odontológico, na prestação de plano privado de assistência a saúde, na modalidade pré-pagamento, registrado na Agência Nacional de Saúde - ANS, de abrangência em todo o território do Estado de Santa Catarina, para a prestação continuada dos serviços de regime ambulatorial, hospitalar e obstetrícia em acomodação de enfermaria, com participação em procedimentos ambulatoriais, para servidores da Câmara Municipal de Vereadores, Servidores detentores de cargo de provimento efetivo ativos e inativos do município de arroio trinta e seus respectivos dependentes, conforme Lei Complementar Nº 1954 de 30 de novembro de 2020.

3. Fundamentação da contratação

A presente contratação fundamenta-se na **necessidade de garantir assistência à saúde suplementar** aos servidores da Câmara Municipal de Arroio Trinta, servidores do municipais efetivos ativos e inativos e seus dependentes, como forma de valorização do quadro funcional, promoção da qualidade de vida e fortalecimento das políticas de gestão de pessoas.

Além disso, a contratação:

1. Atende ao interesse público, pois assegura condições adequadas de saúde ao corpo funcional, impactando diretamente na continuidade e eficiência dos serviços prestados à sociedade;

2. Possui amparo legal, estando em conformidade com a Constituição Federal (art. 196, que trata da saúde como direito de todos e dever do Estado), com a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e com a Lei nº 9.656/1998 (que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde), além das normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

3. Observa a legislação de licitações e contratos, especialmente a Lei nº 14.133/2021, garantindo isonomia, competitividade e transparência no processo;

4. Está prevista no planejamento orçamentário, PCA, com recursos devidamente consignados na Lei Orçamentária Anual (LOA), em consonância com o Plano

Plurianual (PPA) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

4. Descrição da solução

A solução consiste na disponibilização de **plano de saúde coletivo empresarial** a ser contratado pela Prefeitura Municipal de Arroio Trinta junto a operadora habilitada, abrangendo:

- **Cobertura**: serviços de atenção médica e hospitalar em regime de enfermaria, incluindo atendimentos ambulatoriais, internações e partos, conforme rol mínimo estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- **Abrangência geográfica**: todo o Estado de Santa Catarina, garantindo aos beneficiários acesso a rede credenciada em diferentes regiões.
- **Rede mínima de atendimento local**: ao menos dois profissionais por especialidade básica (clínico geral, ginecologia/obstetrícia, pediatria, cardiologia, ortopedia, anestesiologia e urologia) em raio de até 40 km do município.
- **Carências**: Não poderá ser exigido o cumprimento dos períodos de carências nos contratos com número de participantes igual ou superior a 50 (cinquenta) beneficiários, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à Contratada em até 30 dias da celebração do contrato, ou em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.

  Em casos de cumprimento de carência, os prazos máximos definidos no edital serão: consultas em até 30 dias, exames em até 30 dias, parto em até 300 dias, terapias específicas em até 180 dias, entre outros.
- **Participação financeira**:
  - Município: contribuição de **50% do valor da mensalidade do servidor titular**;
  - Servidor: pagamento da outra metade da mensalidade do titular e 100% da mensalidade de seus dependentes.
- **Coparticipação**: participação dos beneficiários nos custos de procedimentos refere-se a 50% do valor de tabela da Operadora, limitada ao valor de referência máximo por procedimento de R$ 398,82
- **Atendimento complementar**: a operadora poderá ofertar serviços adicionais, como canais de teleatendimento, transporte aeromédico, programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, desde que sem ônus adicional ao Município.

Assim, a solução apresenta-se como **medida eficiente e viável**, atendendo ao exigido pela contratante, garantindo a cobertura ampla e equilibrando o compartilhamento de custos entre Administração e servidores.

5. Requisitos da contratação

5. Para atender ao interesse público e às normas estabelecidas no edital, a contratação do plano de saúde deverá observar os seguintes requisitos mínimos:

5.1. Inicialmente estamos trabalhando com o número aproximado de 160 servidores/contribuintes, porém este número é apenas uma estimativa. O número de Servidores/contribuintes poderá ser alterado para mais ou para menos, dependendo dos interessados em permanecer no plano ou os que poderão vir a serem contratados.

5.2. O plano contratado deverá ter abrangência MINIMAMENTE em todo território Estadual (Santa Catarina).

5.3. A presente contratação tem prazo inicial de 12 (doze) meses de vigência **que será iniciada em 01/01/2026.** Alcançado o termo final de vigência inicialmente prevista, o contrato poderá ser renovado por períodos iguais e sucessivos, até o limite total de 120(cento e vinte meses). Os serviços deverão ser prestados conforme a necessidade dos Contribuintes/ Servidores.

5.4. A Participação em procedimentos ambulatoriais terá o **valor de referência máximo por procedimento de R$ 398,92 (trezentos e noventa e oito reais e noventa e dois centavos),** e se aplicará sobre: consultas médicas em consultório e pronto socorro, exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame; consultas/sessões: fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

5.5. A Proponente deverá dispor de no mínimo 02(dois) profissionais médicos contratados, credenciados ou cooperados, que atestem o exercício de suas atividades, no Município de Arroio Trinta ou cidades circunvizinhas a uma distância máxima de 40 km de Arroio Trinta, para cada uma das seguintes modalidades: **ginecologia/obstetrícia, pediatria, clínico geral, cardiologia, ortopedia, anestesiologia e urologia.**

5.6. A Contratante (Município) arcará com 50% (cinquenta por cento) do valor da mensalidade do titular (servidor) do plano aderido pelo servidor, conforme autorizado na Lei Municipal Lei Municipal Complementar n.º 1954 datada de 30/11/2020. O valor remanescente será descontado da folha de pagamento do titular. Já a contribuição dos dependentes serão custeadas integralmente pelo servidor.

5.7. Quanto às condições de cobertura do Plano de Assistência à Saúde serão observados os seguintes itens:

5.7.1. Assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei;

5.7.2. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. As áreas de atuação médica estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas;

5.7.3. 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, desde que não se caracterize como internação, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

5.7.4. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial, solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de auxiliar e complementar o diagnóstico odontológico, executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA;

5.7.5. Cobertura de medicamentos registrados e regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, desde que utilizados durante a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em regime ambulatorial e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

5.7.6. Cobertura de consultas/sessões de: fisioterapia (procedimentos de reeducação e reabilitação física) fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição, solicitados pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da

rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;**

5.7.7. Sessões de psicoterapia solicitada pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o número de sessões previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;**

5.7.8. Cobertura ambulatorial obrigatória para os seguintes procedimentos, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, conforme prescrição do médico assistente;

c) Medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento

d) Radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial;

e) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a segmentação ambulatorial e que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares;

f) Hemoterapia ambulatorial;

g) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

5.7.9. Participação do médico anestesiologista, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

5.7.10. Atendimento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes seguintes:

a) Atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente; Estão cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

b) Hospital-dia para transtornos mentais é o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionar ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

c) A cobertura em hospital-dia para transtornos mentais, será prestada de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.**

5.7.11. Todas as modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias (que necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar), incluindo centro de terapia intensiva ou similar, hospital dia e clínicas básicas e especializadas integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, sendo vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;

5.7.12. Despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;

5.7.13. Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

5.7.14. Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo

médico ou odontólogo assistente.

5.7.15. Exames complementares indispensáveis ao 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 e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

5.7.16. Órteses e próteses ligados aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento e regularizadas junto à ANVISA;

5.7.17. Tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária – CPT e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

5.7.18. Estão cobertos os exames pré e pós-operatórios constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às cirurgias cobertas ou não;

5.7.19. Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme disposto na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso;

5.7.20. É assegurada a cobertura de um acompanhante durante o período de internação, incluindo despesas com acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, nos casos abaixo; ressalvada contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente e na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante.

a) Crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;

b) Idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e

c) Pessoas com deficiências.

5.7.21. As cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe e devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, incluindo a cobertura de exames complementares e fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais, ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;

5.7.22. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação odontológica, passíveis de realização em regime ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar:

a) Inclui a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista

b) A necessidade da internação por imperativo clínico que se impõem em função das necessidades do beneficiário.

5.7.23. Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária e indicada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos em contrato, conforme cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso;

5.7.24. Procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, mesmo quando realizados ambulatoriamente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar **e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:**

a) Hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

c) Medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento

antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
d) Radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial e hospitalar;
e) Hemoterapia;
f) Nutrição parenteral ou enteral;
g) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
h) Embolizações listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
i) Radiologia intervencionista;
j) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
k) Procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
l) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, exceto o fornecimento de medicação de manutenção;
5.7.25. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;
5.7.26. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
5.7.27. Atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:
a) Cobertura assistencial ao recém-nascido, **filho natural ou adotivo e sob guarda ou tutela do titular** ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou 30 (trinta dias) da guarda ou tutela, desde que o pai ou a mãe do recém nascido tenham cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias, vedada alegação de doença ou lesão preexistente. Ultrapassado o prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, salvo se o dependente estiver inscrito no plano, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão;
b) Cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, incluindo: paramentação, acomodação e alimentação de acordo com a dieta geral do hospital; ressalvada contraindicação do médico assistente e na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante; Entende-se como pós-parto imediato o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.
5.7.28. Transplante de córnea e rim, observadas as especificações abaixo:
I. Nos transplantes de córnea e rim, as despesas de procedimentos vinculados, entendidos estes como os necessários à realização do transplante, incluindo: Despesas assistenciais com doadores vivos; Medicamentos utilizados durante a internação; Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; Despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.
II. Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.
5.7.29. Transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
5.7.30. Transplante de medula óssea: alogênico e autólogo, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.
5.7.31. A modalidade de prestação dos serviços de assistência à saúde será de Valor Determinado (pré- pagamento).

5.8. EXCLUSÃO DE COBERTURA : Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:

a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que:
- Empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- São considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
- Empregam medicamentos, cujas indicações de uso pretendida não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label); exceto para aqueles medicamentos com parecer favorável do CONITEC e que tenham autorização de uso da ANVISA para fornecimento pelo SUS.
b) Procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
c) Inseminação artificial entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
d) Métodos contraceptivos, não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento.
e) Tratamento de rejuvenescimento ou para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
f) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde: - Importados não nacionalizados, Medicamentos para tratamento domiciliar, exceto quando estiver vinculado ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, Medicamentos de uso ambulatorial, exceto quando estiver vinculado a execução de um procedimento diagnóstico ou terapêutico.
g) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico:h) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, na relação constante no endereço eletrônico da ANVISA na Internet (www.anvisa.gov.br);
i) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
j) Casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
k) Estabelecimentos para acolhimento de idosos e pessoas com deficiência ou necessidades especiais, caracterizando atendimentos que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
l) Transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
m) Consultas e exames periódicos, admissional, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, que são de responsabilidade do empregador;
n) Consultas, internações e demais atendimentos domiciliares tais como home care;
o) Tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais previstos para segmentação hospitalar que necessitem de ambiente hospitalar
p) Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, para os procedimentos previstos para segmentação odontológica, realizados em ambiente hospitalar por imperativo clínico;
q) Remoções não previstas na cláusula de “Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso” prevista em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na data do evento;
r) Todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
s) Procedimentos cujo beneficiário não atenda as diretrizes de utilização, diretrizes clínicas ou protocolo de utilização estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar

com parte do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento;
t)Procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida no contrato;

Observação: A responsabilidade pelo pagamento das despesas extraordinárias será exclusivamente do beneficiário, que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

5.9. PERÍODOS DE CARÊNCIA:

Observação: Não poderá ser exigido o cumprimento dos períodos de carências nos contratos com número de participantes igual ou superior a 50 (cinquenta) beneficiários, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à Contratada em até 30 dias da celebração do contrato; ou em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.

Para os outros casos, para que possam beneficiar-se dos serviços, os beneficiários devem cumprir os períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da data da inscrição do beneficiário no plano:
- Urgência e Emergência 24 horas·
- Consultas médicas 30 dias·
- Exames: laboratoriais, anatomopatológicos e citológicos, raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultra-sonografia 30 dias·
- Consultas/sessões de Fisioterapias 90 dias·
- Parto a Termo 300 dias·
- Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia 180 dias·
- Todos as demais coberturas 180 dias

5.10. REAJUSTES: Reajuste conforme a variação positiva do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo), ou por outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses), 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 por cento), seguindo os parâmetros abaixo:
O IPCA, Índice de Reajuste Técnico e Sinistralidade serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 4 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do contrato.

5.11. ACOMODAÇÕES: Enquanto não houver disponibilidade do tipo de leito hospitalar contratado, deve ser garantido ao beneficiário acesso à acomodação de nível superior, sem ônus adicional.

6. Modelo de execução do objeto

A execução do contrato será realizada conforme as seguintes etapas e responsabilidades, **considerando a data de vigência inicial em 01/01/2026:**

1. **Formalização da contratação**

- Assinatura do contrato administrativo com a operadora de saúde habilitada na licitação, após homologação e adjudicação.
- Publicação do extrato contratual e no Diário Oficial dos Municípios e no Site Oficial, garantindo transparência.

2. **Inclusão dos beneficiários**
   - Registro e habilitação dos servidores titulares e dependentes junto à operadora.
   - Entrega de carteirinhas físicas e/ou digitais aos beneficiários.
3. **Gestão financeira**
   - O Município efetuará o pagamento mensalmente à contratada em até 15(quinze) dias, subsequente ao mês da prestação dos serviços, conforme estipulado em contrato.
   - Os servidores arcarão com sua parcela e com a integralidade da mensalidade de seus dependentes, mediante desconto em folha ou outro meio definido.
4. **Execução dos serviços de saúde**
   - Prestação de serviços pela rede credenciada da operadora, abrangendo atendimentos ambulatoriais, hospitalares e obstétricos em todo o Estado de Santa Catarina.
   - Aplicação das regras de carência, cobertura e coparticipação conforme estabelecido no edital e neste Termo de Referência.

7. Modelo da gestão do contrato

A gestão e fiscalização do contrato serão conduzidas pela Prefeitura Municipal de Arroio Trinta, observando os princípios da legalidade, eficiência, economicidade e transparência.

Designação de responsáveis por monitorar a execução e a qualidade dos serviços prestados:

- Fica designada como Fiscal desta contratação a Sra. Fernanda Consoni - Presidente do FASM.
- Fica designada como Gestora do contrato a Sra. Raquel Aparecida Baroa.

Instrumentos de acompanhamento

- **Relatórios periódicos da operadora**: informações sobre utilização, rede credenciada, glosas e custos de coparticipação;
- **Controle interno**: registro atualizado de titulares e dependentes, verificando inclusões, exclusões e movimentações;
- **Sistema de comunicação**: canal direto entre servidores beneficiários e a Administração para recebimento de reclamações ou sugestões.

Medidas corretivas

- Em caso de falhas, será emitida **notificação formal à operadora**, com prazo para correção;
- Persistindo o descumprimento, poderão ser aplicadas as **penalidades previstas em contrato**, incluindo advertência, multa e até rescisão.

Encerramento e avaliação final

- Ao término da vigência, será elaborado **Relatório Final de Execução Contratual**, contendo avaliação dos resultados alcançados, cumprimento de metas e eventuais recomendações para contratações futuras.

8. Critérios de medição e pagamento

A execução financeira do contrato seguirá os critérios abaixo:

1. **Base de cálculo**
    - O valor mensal devido será calculado conforme a **quantidade de beneficiários ativos** (servidores titulares e dependentes) informados à operadora na competência correspondente.
    - Serão consideradas as movimentações de inclusão e exclusão de vidas registradas oficialmente no mês anterior.
2. **Medição**
    - A operadora apresentará **fatura mensal detalhada**, contendo:
        - Relação nominal dos beneficiários;
        - Faixa etária aplicada;
        - Valor da mensalidade individual;
        - Percentual de coparticipação quando se referir aos serviços ou procedimentos utilizados pelos beneficiários
    - A Administração conferirá os dados com sua própria base de beneficiários antes da autorização de pagamento.
3. **Pagamento**
    - O Município efetuará o pagamento à contratada mensalmente em até 15(quinze) dias, subsequente ao mês da prestação dos serviços, conforme estipulado em contrato.

9. Critérios de seleção do fornecedor

A seleção da operadora de saúde será pautada em critérios objetivos, definidos no edital e em conformidade com a legislação de licitações e contratos, visando garantir a escolha da proposta mais vantajosa para a Administração Pública.

Serão observados os critérios de:

1. **Atendimento integral aos requisitos do edital**
2. **Avaliação da proposta de preços de menor valor apresentado.**
3. **Regularidade jurídica, fiscal e técnica:**

a) Habilitação junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

b) Apresentação de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista;

c) Capacidade técnica e rede credenciada compatível com a demanda. **A proponente deverá apresentar atestado de capacidade técnica**, expedido por pessoa jurídica de direito público ou privado que comprove que já prestou serviços pertinentes e compatíveis com o objeto deste edital, devendo o atestado ser emitido em papel timbrado da concedente, datado e assinado.

d) A proponente deverá apresentar certificado, emitido pelo CRM (Conselho Regional de Medicina), comprovando sua inscrição naquele órgão como operadora de plano de saúde.

e) Apresentar comprovante de registro e autorização, expedido pela Agencia Nacional de Saúde – ANS, de que a proponente está na condição de ativo como operadora de plano de saúde, devendo tal comprovação ser realizada mediante apresentação do número de registro, junto a ANS.

f) Apresentar comprovante de registro, expedido pela Agencia Nacional de Saúde – ANS, de que a proponente possui registro de plano de saúde com abrangência NACIONAL vigente, devendo tal comprovação ser realizada mediante apresentação do número de registro, junto a ANS.

g) Apresentação, pela Proponente de declaração de no mínimo 02(dois) profissionais médicos – contratados, credenciados ou cooperados – que atestem o exercício de suas atividades, no Município de Arroio Trinta ou cidades circunvizinhas a uma distância máxima de 40 km de Arroio Trinta, para cada uma das seguintes modalidades: ginecologia/obstetrícia, pediatria, clínico geral, cardiologia, ortopedia, anestesiologia e urologia.

10. Estimativas do valor da contratação

Segue a **estimativa do valor da contratação,** consideranto a quantidade estimada de participantes no plano, considerando valores propostos pela operadora Unimed e também valores de contratações similares realizadas pela Administração Pública.

01- Tabela estimada participantes:

FAIXA ETÁRIA	Quantidade Titulares	Quantidade Dependentes
00-18	0	29
19-23	2	6
24-28	5	3
29-33	8	3

34-38	9	1
39-43	19	0
44-48	14	3
49-53	15	0
54-58	15	1
59 ou *	23	4
	Total: 110	**Total: 50**

02- estimativa do Valor da Contratação por faixa etária:

FAIXA ETÁRIA	VALOR ATUAL CONTRATADO	CONTRATAÇÃO SIMILAR MUNICÍPIO SALTO VELOSO	COTAÇÃO UNIMED	VALOR MÉDIA
00-18	200,11	160,34	210,58	190,34
19-23	250,16	200,42	263,25	237,94
24-28	316,21	253,34	332,75	300,76
29-33	374,22	299,84	393,81	355,95
34-38	440,29	352,75	463,36	418,80
39-43	499,72	400,37	525,91	475,33
44-48	565,78	453,30	595,44	538,17
49-53	642,63	514,86	676,30	611,26
54-58	819,93	656,91	862,89	779,91
59 ou *	1.168,46	936,16	1.229,70	1111,44

Resultado

- Custo mensal total estimado do grupo por mês: R$ 87.769,41 (71.592,80 por titulares e 16.176,61 por dependentes)
- Custo estimado mensal do Município (50% dos 110 titulares): R$ 35.796,40

- Custo Total anual estimado do Contrato (12 meses): R$ 1.053.232,92

  Observação : Reajustes contratuais e eventuais movimentações de vidas poderão alterar os montantes futuros.

Empresas Consultadas

- **SC Saúde**: não apresentou interesse em participar do processo, deixando de enviar cotação.
- **Pladisa**: apresentou proposta, mas **não atingiu os requisitos obrigatórios,** por não garantir cobertura em todo o território de Santa Catarina, razão pela qual foi desclassificada na média de preços.

11. Adequação orçamentária

A contratação do plano de saúde encontra-se **compatível com o planejamento orçamentário** da Prfeitura Municipal de Arroio Trinta, conforme previsto no Plano Plurianual (PPA), na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual (LOA).

- Os recursos financeiros necessários estão devidamente **consignados em dotação orçamentária própria**, vinculada às despesas com pessoal e encargos sociais, especialmente no item referente a benefícios de assistência à saúde.

Número da Despesa: 8/ Exercício de 2025

(Verificar equivalência para o Exercício de 2026)

12. Responsáveis

Documento assinado digitalmente
gov.br
FERNANDA CONSONI
Data: 03/10/2025 13:00:44-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

FERNANDA CONSONI

PRESIDENTE FASM

Anexos