

TERMO DE REFERÊNCIA

1) OBJETO

Contratação de operadora com registro na ANS de plano/seguro de assistência médica coletivo empresarial, com segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, compreendendo os serviços clínicos e cirúrgicos, ambulatoriais, laboratoriais, internação clínica, cirúrgica e obstétrica, por meio de médicos, hospitais e outros serviços auxiliares de diagnósticos e terapia, com co-participação máxima de 50%, sendo beneficiários os diretores e empregados da SC Participações e Parcerias S.A. – SCPAr, bem como seus dependentes legais, em conformidade com a Lei Federal nº 9.656/98, RN ANS nº 557/2022 e demais resoluções governamentais, pelo prazo de 24 meses, podendo ser prorrogado por até 60 meses, em todo o território nacional (Plano Nacional). Com modalidade de formação de preço e mensalidade com valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal.

2) ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO

2.1 Conforme Anexo I.

2.2 Prestação de assistência médica, hospitalar e obstetrícia, ambulatorial e laboratorial em nível nacional, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e obrigatoriedade do oferecimento de todos os procedimentos previstos na regulamentação de saúde suplementar, especialmente no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e na Resolução Normativa nº 465, de 2021, ou naquela que vier eventualmente a substituí-la, vigentes à época do evento, para atendimento integral da cobertura prevista nos artigos 10, 10-A e 12, da Lei nº 9.656, de 1998, de acordo com a segmentação assistencial, área geográfica de abrangência e área de atuação do produto, vigente à época do evento.

2.3 De acordo com a RN nº 465/2021 (art. 18, I), no Plano Ambulatorial devem ser garantidas consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Regional de Medicina CFM.

2.4 A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde. São beneficiários os diretores e empregados da SC Participações e Parcerias S.A. – SCPAr, bem como seus dependentes legais conforme definidos a seguir:

- a) o cônjuge;
- b) o (a) companheiro (a), sem eventual concorrência com o cônjuge;
- c) o filho solteiro até 33 anos incompletos
- d) os enteados solteiros até 33 anos incompletos
- e) a criança/adolescente sob guarda ou tutela do beneficiário titular, por força de decisão judicial;
- f) a pessoa sob curatela do beneficiário titular, por força de decisão judicial;

2.5 Na internação hospitalar, em todas as suas modalidades, deve ser garantida a acomodação em quarto individual com banheiro privativo e com direito a um acompanhante, em número ilimitado de dias, incluindo:

- a) no plano hospitalar: as despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista, para

crianças e adolescentes menores de 18 anos, idosos a partir de 60 anos de idade e pessoas com deficiência;

b) no plano hospitalar com obstetrícia: as despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange dez dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

3) QUANTIDADE E UNIDADE DE MEDIDA

3.1 A previsão* de usuários (titulares e dependentes) do plano por faixa etária e sexo consta na tabela do Anexo I.

3.2 A adesão dos beneficiários é facultativa, não havendo nenhuma obrigatoriedade de permanência no plano de assistência à saúde, igualmente não se responsabilizando a SCPAR pelo número de beneficiários que venham a aderir ao contrato.

3.3 O número de beneficiários informado neste Termo poderá variar ao longo do contrato, pelas adesões e exclusões que possam ocorrer.

3.4 A SCPAR manterá atualizada junto à contratada a relação dos usuários titulares e dependentes, seus nomes e outros dados necessários, por meio da proposta de inclusão e exclusão, sendo responsabilidade da SCPAR a informação dos dependentes por titular, ficando assegurado a contratada o direito de solicitar a devida comprovação sempre que julgar necessário.

3.5 As inclusões e exclusões de beneficiários ao plano contratado deverão ser informadas à contratada até o 15º dia de cada mês, para que surtam efeitos no mês subsequente.

3.6 A contratada deverá disponibilizar, sem qualquer custo, carteira de identificação para cada usuário do plano de saúde, onde constem os dados básicos necessários para atendimento médico/hospitalar junto as suas unidades credenciadas.

3.7 No caso de perda, roubo ou extravio da carteira de identificação do usuário, devidamente comprovado, será emitido nova carteira, mediante o repasse dos custos inerentes ao usuário.

3.8 O registro do(s) novo(s) usuário(s) deverá ser realizado em até 5 dias úteis da solicitação de inscrição, e até que seja providenciada a carteira de identificação deverá ser autorizada a utilização do plano;

4) JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

A contratação de operadora de plano de assistência médica, hospitalar, compreendendo os serviços clínicos e cirúrgicos, ambulatoriais, laboratoriais, internação clínica, cirúrgica e obstétrica, por meio de médicos, hospitais e outros serviços auxiliares de diagnósticos e terapia, sendo beneficiários os diretores e empregados da SC Participações e Parcerias S.A. – SCPAR, bem como seus dependentes legais visa garantir a saúde dos seus colaboradores bem como de seus dependentes, além de cumprir cláusula contratual expressa no acordo coletivo de trabalho.

5) PROPOSTA

A proposta dos licitantes deve atender aos requisitos previstos no edital, neste Termo de Referência e anexos e o seu prazo de validade deverá ser de no mínimo **60 (sessenta) dias**, a contar da data prevista para a abertura da sessão.

6) MODO DE DISPUTA E CRITÉRIO DE JULGAMENTO

O critério de julgamento é a escolha da empresa que ofertar o menor valor global dos itens constantes no Anexo I.

A formação do preço foi pré-estabelecido mediante consulta formal ao mercado.

7) REQUISITOS DE HABILITAÇÃO

7.1 Habilitação jurídica:

- a) registro comercial, no caso de empresa individual;
- b) ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- c) inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício.

7.2 Regularidade fiscal:

- a) Prova de inscrição no CNPJ;
- b) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual do domicílio ou sede da proponente;
 - b.1) Caso o licitante seja de outra Unidade da Federação deverá apresentar, também, a regularidade para com a Fazenda do Estado de Santa Catarina;
- c) Prova de regularidade perante a Fazenda Federal e a Seguridade Social mediante a apresentação da certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive os créditos tributários relativos às contribuições sociais previstas nas alíneas "a", "b" e "c" do parágrafo único do Art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, às contribuições instituídas a título de substituição, e às contribuições devidas, por lei, a terceiros.
- d) comprovante de regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- e) comprovante de regularidade perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas –CNDT, conforme determinado pela Lei 12.440/2011 e regulamentado pela Resolução Administrativa nº 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho.

7.3 Qualificação técnica:

- a) O Licitante deverá apresentar certificado emitido pelo Conselho Regional de Medicina – CRM, comprovando sua inscrição naquele órgão como operadora de plano de saúde;
- b) O Licitante deverá apresentar comprovação de aptidão de desempenho de atividade pertinente ao objeto deste termo de referência, por meio de Atestado de Capacidade Técnica, fornecido por pessoas jurídicas de direito público ou privado, de notória idoneidade;
- c) O atestado deverá conter a identificação do signatário, ser apresentado em papel timbrando da empresa ou órgão declarante, claramente identificada a razão social e o CNPJ do licitante;

d) Comprovante de registro e autorização expedido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de que o licitante atua como operadora de plano de saúde na condição de ativo. A comprovação da condição de ativo será mediante apresentação do número do registro, junto à ANS, de um plano de saúde por ele gerido;

e) Documentos que comprovem possuir na rede credenciada de atendimento:

e.1) Mínimo de 1.200 (mil e duzentos) médicos credenciados na Grande Florianópolis;

e.2) Mínimo de 120 (cento e vinte) clínicas credenciadas na Grande Florianópolis;

e.3) Mínimo de 40 (quarenta) laboratórios credenciados na Grande Florianópolis;

e.4) Mínimo de 12 (doze) hospitais/maternidade na Grande Florianópolis.

7.4 Qualificação econômico-financeira:

a) balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social ou da recuperação judicial ou extrajudicial;

b) certidão negativa de feitos sobre falência, expedida pelo distribuidor da sede do licitante.

8) DO PAGAMENTO

O pagamento **será realizado até o quinto dia útil de cada mês**, após o recebimento da nota fiscal eletrônica/fatura. A Nota Fiscal/fatura deverá vir acompanhada das certidões negativas de débitos fiscais, quais sejam: prova de regularidade perante a Fazenda Federal, Dívida Ativa da União e INSS; Fazenda Estadual do domicílio ou sede da Contratada; Regularidade relativa ao FGTS e Certidão Negativa Trabalhista e de Falência e Concordata.

A CONTRATANTE, independente da participação total ou parcial no custo da mensalidade, fica responsável pelo pagamento integral dos valores da mensalidade **até o quinto dia útil de cada mês**, exceto, para o beneficiários inscritos no plano na condição de demitido ou aposentado, que ficarão responsáveis pelo pagamento integral dos valores de suas respectivas mensalidades.

Ocorrendo impontualidade no pagamento das prestações, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

9) CRITÉRIOS DE REAJUSTE

Os preços contratados não poderão sofrer reajustes durante o período do contrato (24 meses), ressalvados os reajustes por mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei nº 9.656, de 1998. Após 12 meses conforme parâmetros definidos pela ANS a depender do número de vidas.

10) FORMA DE FORNECIMENTO DOS SERVIÇOS E VIGÊNCIA CONTRATUAL

10.1 Efetuar a prestação de serviços aos beneficiários de assistência médica, hospitalar e obstetrícia, ambulatorial e laboratorial, em nível nacional, de acordo com as condições e prazos propostos, sendo a cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, e previstas no presente instrumento, incluindo atendimento de emergência 24 (vinte e quatro horas), em todos os dias da semana;

10.2 Garantir o acesso e o atendimento dos beneficiários aos serviços e procedimentos definidos na Lei nº 9.656/98, nas Resoluções Normativas vigentes (atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde), emitidas pela Agência Nacional de Saúde – ANS, sendo que a observação ao disposto na legislação citada não obsta a inclusão de outras especialidades médicas ou procedimentos;

10.3 Cobertura dos serviços de apoio diagnóstico e tratamento, bem como os demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente;

10.4 Cobertura de internações hospitalares em quarto individual com banheiro privativo e com direito a um acompanhante, sendo vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em todas as clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive procedimentos obstétricos;

10.5 Cobertura de internações hospitalares em centros de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

10.6 Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação nos casos de internação hospitalar;

10.7 Cobertura de exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, com fornecimento de medicamentos, próteses e órteses, conforme solicitação médica, contrastes, anestésicos, oxigênio, transfusão, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

10.8 A cobertura para os procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar, na forma da RN 387/2015 da ANS, ou outra RN que venha a sucedê-la;

10.9 A cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

10.10 A cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

10.11 A cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

10.12 A cobertura de procedimentos relacionados com acidentes de trabalho, suas consequências e moléstias profissionais.

10.13 Nos procedimentos obstétricos, deverá ser estendida a cobertura assistencial ao recém-nato, filho natural do usuário do plano ou seguro, como dependente, isento do cumprimento de períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;

10.14 Reembolso, nos limites das obrigações contratuais das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, de acordo com a relação de preços de serviços médicos hospitalares praticados pelo plano contratado, ou, na hipótese de descumprimento do disposto nos artigos 4º, 5º, 6º da Resolução Normativa da ANS nº 259/2011 caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a contratada deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 dias, contado da data de solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte;

10.15 Os serviços e procedimentos solicitados pelo médico assistente devem ser atendidos respeitando prazos previstos na RN 259/2011;

10.16 A contratada responsabiliza-se por todos os impostos, taxas, encargos sociais, obrigações de ordem trabalhistas, previdenciária e cível, decorrentes das suas atividades.

10.17 A contratada disponibilizará o serviço com coparticipação em consultas, exames e procedimentos ambulatoriais, tendo como referência a CBHPM – Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos mais recentes em vigor, de acordo com a resolução vigente do CFM (Conselho Federal de Medicina), no percentual máximo de 50% (cinquenta por cento), limitado ao teto máximo de até R\$ 310,00 (trezentos e dez reais) por procedimento, sendo que as internações hospitalares serão cobertas integralmente pela CONTRATADA.

A título de contribuição, o beneficiário participará individualmente com 15% do valor da mensalidade do Plano de Saúde e a SCPAR com 85% da mensalidade do mesmo. A coparticipação das terapias e da internação psiquiátrica, quando ultrapassados trinta dias de internação contínuos ou não a cada ano de contrato, devem seguir os normativos dispostos na IN nº 28/2022 e RN nº 465/2021;

10.18 Os atuais empregados e diretores da SCPAR, bem como os seus dependentes, serão inscritos sem carências, desde que incluídos na data da assinatura do instrumento contratual ou se a sua inscrição ocorrer em até 30 (trinta) dias da data de sua admissão na SCPAR, ou ainda, após atendidas as condições que os habilitaram a tornarem-se dependentes.

A SCPAR comunicará à contratada toda admissão de empregado, bem como de novos dependentes, para sua inclusão nos serviços de assistência médica.

10.19 Novos usuários deverão ser inscritos em, no máximo, até 30 (trinta) dias após a condição que os habilitou a tornarem-se dependentes, para ficarem isentos dos prazos de carência previstos, ressalvado para a contratada a prerrogativa de exigir comprovação, quando julgar necessária.

10.20 Os usuários dependentes, quando incluídos após 30 (trinta) dias da vigência do contrato, sofrerão as carências previstas pela contratada, excetuando-se:

- a) os filhos recém-nascidos, os adotivos, quando o prazo para inclusão, sem carência, respectivamente será de 30 (trinta) dias após o nascimento ou da data inicial do termo de adoção e termo de guarda menor provisória ou definitiva;
- b) os casos de novas admissões na SCPAR, quando o prazo de inclusão, sem carência, será de 30 (trinta) dias após a data de admissão ao emprego; e,
- c) os casos de casamento, tutela, termo que se derem na vigência do contrato, quando o prazo para inclusão, sem carência, será de 30 (trinta) dias após a data do evento respectivo.

10.21 As carências máximas previstas serão de:

- a) um período máximo de 300 dias para partos a termos; e,

- b) um período máximo de 180 dias para os demais casos;
- c) prazo máximo de 24 horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
- d) não haverá carências nos contratos com trinta participantes ou mais 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;
- e) nos contratos de planos coletivos, havendo carência, estabelecer que a contagem para cada beneficiário se dará a partir de seu ingresso;
- f) o filho adotivo menor de doze anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário adotante (art. 12, VII, da Lei nº 9.656/98);
- g) o recém-nascido, filho adotivo ou natural, como dependente, com isenção de carência (art. 12, III, "b", da Lei nº 9.656/98), sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão preexistente-DLP ou aplicação de cobertura parcial temporária - CPT ou Agravo - no caso de contrato de plano hospitalar com cobertura obstétrica.

10.22 Caberá tão somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários;

10.22.1 A contratada deverá, quando da exclusão do usuário a partir do pedido de exclusão a pedido do beneficiário tem efeito imediato a partir da ciência da contratada, nos termos da Resolução Normativa 561/2022. Art. 7, §3º.

10.22.2 As operadoras de planos de assistência à saúde só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas hipóteses:

- a) por fraude;
- b) por perda do vínculo do beneficiário titular com a Contratante;
- c) serão excluídos os dependentes que perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição, constantes no item 2.4.

10.23 A SCPAR comunicará à contratada toda exclusão de beneficiários, para que seja realizado o bloqueio do atendimento.

10.24 Disponibilizar contato telefônico 24h por dia, 7 (sete) dias por semana, com pessoal habilitado a informar e orientar os beneficiários;

10.25 O início da contratação e da prestação dos serviços ocorrerá a partir da assinatura do contrato que terá vigência de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme art.57, inciso II, da Lei 8.666/93 e preenchidos os requisitos do artigo 140 do Regulamento de Licitações e Contratos da SCPAR;

10.26 Nos contratos de planos coletivos empresariais, a operadora deverá, ainda, especificar que não haverá cláusula de 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 a pessoa jurídica contratante.

10.27 Os contratos de planos médico-hospitalares devem:

- a) definir urgência e emergência, na forma do artigo 35-C da Lei nº 9.656, de 1998;
- b) dispor sobre o atendimento da situação de urgência e emergência de acordo com a segmentação contratada e a garantia de remoção, quando necessária por indicação médica,

para outra unidade da operadora ou para o SUS quando não há cobertura para a continuidade do tratamento.

10.28 Nos contratos de planos ambulatoriais, a operadora deve dispor sobre a garantia de cobertura nas urgências e emergências por, no mínimo, doze horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação (art. 2º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU nº 13/98).

10.29 Garantia de remoção para 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 a continuidade da atenção ao paciente;

10.30 Garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras doze horas ou caracterizada a necessidade de internação;

10.31 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA a operadora deve atender urgência e emergência, na forma do artigo 35-C da Lei nº 9.656, de 1998, dispor de atendimento da situação de urgência e emergência de acordo com a segmentação contratada e a garantia de remoção, quando necessária por indicação médica, para outra unidade da operadora ou para o SUS quando não há cobertura para a continuidade do tratamento.

10.32 A operadora deve dispor sobre a garantia de cobertura nas urgências e emergências por, no mínimo, doze horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação (art. 2º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU nº 13/98);

10.33 A operadora deve garantir atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas vinte e quatro horas de vigência do contrato (art. 3º, §2º, da Resolução CONSU nº 13/98);

10.34 A operadora deve garantir que, depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções (art. 3º da Resolução CONSU nº 13/98);

10.35 A operadora deve garantir os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras doze horas, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência, e nos planos sem cobertura obstétrica. (art. 4º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU nº 13/98);

10.36 A operadora deverá garantir atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes (art. 6º da Resolução CONSU nº 13/98);

10.37 A operadora deverá garantir atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação;

10.38 A operadora deverá garantir a remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos de o beneficiário estar cumprindo período de carência para internação;

10.39 A operadora deverá garantir a remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes;

10.40 A operadora deverá garantir o reembolso, nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratualizados, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do produto (art. 12, VI, da Lei nº 9.656/98);

10.41 A operadora deverá garantir que o valor do reembolso nas urgências e emergências não seja inferior ao valor praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano (art. 12, VI, da Lei nº 9.656/98). A relação dos documentos necessários para o reembolso, assegurando que o seu pagamento será efetuado em até trinta dias da entrega desses documentos e que o prazo de prescrição para o beneficiário apresentar os documentos, observando o mínimo de um ano (Código Civil de 2002);

10.42 Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando não possa 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 operadora, desse ônus;

10.43 Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, caberá a operadora o onus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento;

10.44 Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, a operadora 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;

10.45 Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 2, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção;

10.46 Haverá cobrança diferenciada nos casos de urgência e emergência com acréscimo de 30% (trinta por cento) sobre os valores constantes da Tabela de Referência de Coparticipação da Contratada nas seguintes eventualidades:

- a) No período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte;
- b) Em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados;
- c) Ao ato médico iniciado no período normal e concluído no período de urgência/emergência, aplica-se o acréscimo de 30% quando mais da metade do procedimento for realizado no horário de urgência/emergência;

10.47 A formação de preço e mensalidade é com valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga a Contratada antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas;

10.48 A Contratante garantirá sobre os direitos de permanência no plano aos demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuírem para o plano, conforme disposto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, observada a Resolução Normativa nº 488, de 2022;

10.48.1 A garantia de extensão do benefício ao grupo familiar do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa, ou aposentado, inscrito quando da vigência do contrato de trabalho (art. 30, § 2º, e art. 31, § 2º da Lei nº 9.656, de 1998), ressaltando que a manutenção da condição de beneficiário pode ser mantida individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (art. 7º, § 1º da RN Nº 488/2022);

10.48.2 A garantia da possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado no período de manutenção da condição de beneficiário (art. 7º, §2º da RN nº 488/2022);

10.48.3 A garantia de permanência no plano aos dependentes em caso de morte do beneficiário titular demitido ou exonerado sem justa causa, ou aposentado, nos termos do disposto no artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998 (art. 30, §3º e art. 31, §2º da Lei nº 9.656/98, e art. 8º da RN nº 488/2022);

10.48.4 A garantia de que o benefício dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (art. 30, §4º e art. 31, §2º, da Lei nº 9.656/98, e art. 9º da RN nº 488/2022).

10.49 A operadora deverá garantir que ao beneficiário que exercer a portabilidade de carência será assegurado o aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos no contrato do plano de origem, sendo devido somente o cumprimento dos períodos de carência remanescente neste contrato de plano de saúde, quando houver.

11) CLÁSULAS CONTRATUAIS E SANÇÕES

Pelo descumprimento total ou parcial do contrato ou cometimento de quaisquer infrações previstas no **artigo 162 do Regulamento Interno de Licitações e Contratos da SCPAR**, Termo de Referência, serão aplicadas penalidades ao **CONTRATADO** previstas no contrato, em especial:

a) **advertência;**

b) **multa moratória de 0,33%** por dia de atraso, na entrega do objeto, calculado sobre o valor correspondente à parte inadimplente (ou seja, somente sobre a parte não entregue/executada em atraso), até o limite de **9,9%** sobre o valor da parcela não executada ou do saldo remanescente do contrato;

c) **suspensão temporária** de licitar e contratar com a SCPAR, por **até 2 (dois) anos**.

Os prazos, percentuais e procedimentos para a aplicação das penalidades são aqueles previstos nos **artigos 161 a 177 do Regulamento Interno de Licitações e Contratos da SCPAR**, os quais integram esse Termo de Referência para todos os efeitos.

12) INDICAÇÃO DA FONTE DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

Fonte de recursos próprios.

13) LOCAL E DADOS DE ENTREGA OU EXECUÇÃO

As carteirinhas, bem como quaisquer documentações, deverão ser entregues na sede da SCPAR, sito a Rodovia SC 401, km 5, nº 4.600, Bloco 4, 1º andar, Saco Grande, Florianópolis/SC, CEP: 88.032-005. No seguinte horário: das 13:00h às 18:00h de segunda a sexta feira. O responsável pelo recebimento e conferência é a Chefia de Departamento Administrativo.

14) GESTOR E FISCAL DO CONTRATO

A empregada Gisele de Faria, Matrícula 000092-2, Chefe de Departamento de Administração será a **gestora do contrato**.

Gisele de Faria
Matrícula 000092-2
Chefe de Departamento de Administração
Gestor do Contrato
(assinatura eletrônica)

A empregada Ana Salles Eiras, Matrícula 000282-8, Assessora Técnica será a **fiscal do contrato**.

Ana Salles Eiras
Matrícula 000282-8
Assessora Técnica
Fiscal do Contrato
(assinatura eletrônica)

15) PROCEDIMENTOS DE GERENCIAMENTO E FISCALIZAÇÃO

As atribuições do gestor de contratos e do fiscal de contratos, os procedimentos de fiscalização e gerenciamento do contrato são aqueles estabelecidos nos **artigos 155 a 160 do Regulamento Interno de Licitações e Contratos da SCPAR**.

Na qualidade de co-controladora, a Contratante assegura a segurança jurídica e conformidade com os artigos 5º, VI e VII da LGPD, bem como com as diretrizes do Guia Orientativo da ANPD.

Da Comunicação entre as Partes. Todos os avisos, notificações, comunicações ou pedidos que sejam necessários ou autorizados sob o presente Contrato deverão ser realizados por escrito, mediante aviso de recebimento e/ou protocolo, sempre através dos endereços e dados indicados no preâmbulo deste Contrato, ou conforme vier a ser indicado pelas Partes, nas seguintes formas: (i) carta registrada; (ii) carta protocolada; (iii) notificação judicial ou extrajudicial, ou (iv) e-mail (com confirmação de recebimento) para os endereços eletrônicos indicados no preâmbulo deste Contrato.

16) CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO/PRAZO DE ENTREGA

1) Dias e horários para entrega das carteirinhas ou documentos, das 13:00h às 18:00h de segunda a sexta feira.

2) Prazo para entrega: no dia subsequente a última assinatura do contrato, devendo ser

rigorosamente cumprido, sob pena de aplicação das penalidades previstas no Regulamento Interno de Licitações e Contratos da SCPAR e neste Termo de Referência.

17) LOCAL E DATA

Florianópolis, 14 de julho de 2025.

18) RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO TERMO DE REFERÊNCIA

A empregada Gisele de Faria, Matrícula 000092-2, Chefe de Departamento de Administração Ciente.

Gisele de Faria
Matrícula 000092-2
Chefe de Departamento de Administração
Gestor do Contrato
(assinatura eletrônica)

19) RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO DO TERMO DE REFERÊNCIA

Aprovo o presente Termo de Referência, pois se encontra de acordo com as necessidades apresentadas.
Ciente.

Luiz Henrique Domingues da Silva
Matrícula 000341-7
Diretor de Gestão e Finanças
(assinatura eletrônica)

ANEXO I

FAIXA ETÁRIA	TITULARES		DEPENDENTES		TOTAL
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	
00 A 18			16	12	28
19 A 23			1	5	6
24 A 28			1	2	3
29 A 33	4	1		1	6
34 A 38	2	2		3	7
39 A 43	5	3		4	12
44 A 48	3	2	2	1	8
49 A 53	6			5	11
54 A 58	3				3
59 OU +	4		3	5	12
TOTAL	27	8	23	38	96

* Os dados acima são meramente informativos, podendo não representar a realidade do quadro da empresa durante a vigência dos contratos.

ANEXO II

MODELO PROPOSTA COMERCIAL

DECLARAÇÃO DE PROPOSTA _____, inscrito no CPF/CNPJ nº _____, DECLARA, que a proposta econômica, CADASTRADA NO SISTEMA ELETRÔNICO, compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega da proposta.

Por ser expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade por esta declaração, sob pena do art. 299 do Código Penal.

Faixa Etária	Valores (R\$)
00 a 18 anos	
19 a 23 anos	
24 a 28 anos	
29 a 33 anos	
34 a 38 anos	
39 a 43 anos	
44 a 48 anos	
49 a 53 anos	
54 a 58 anos	
59 + anos	

Email.....

Telefone (.....).....

Representante:.....

Prazo de validade da proposta: (.....) dias (mínimo de 60 dias).

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura do Representante Legal da Empresa

(Nome, RG e CPF do declarante e carimbo da empresa proponente)

Assinatura e nome do proponente



Assinaturas do documento



Código para verificação: **U849MT2U**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



GISELE DE FARIA (CPF: 003.XXX.469-XX) em 16/07/2025 às 13:03:43

Emitido por: "SGP-e", emitido em 28/02/2019 - 16:16:28 e válido até 28/02/2119 - 16:16:28.

(Assinatura do sistema)



ANA SALLES EIRAS (CPF: 061.XXX.039-XX) em 16/07/2025 às 13:03:49

Emitido por: "SGP-e", emitido em 20/03/2023 - 14:40:49 e válido até 20/03/2123 - 14:40:49.

(Assinatura do sistema)



LUIZ HENRIQUE DOMINGUES DA SILVA (CPF: 105.XXX.018-XX) em 16/07/2025 às 13:18:45

Emitido por: "SGP-e", emitido em 08/05/2018 - 16:57:50 e válido até 08/05/2118 - 16:57:50.

(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/SU5WRVNUU0NfNDA4NjFfMDAwMDAwODJfODJfMjAyNV9VODQ5TVQyVQ==> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **INVESTSC 00000082/2025** e o código **U849MT2U** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.