



EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 01/2021	
<b>Processo administrativo nº</b>	<b>0008967/2018</b>
<b>Fundamento Legal</b>	Lei Federal n.º 8666/93 alterações, Lei Complementar Municipal n.º 001/90, Decreto Municipal n.º 158/18, Decreto Municipal n.º 128/18, Resolução ANS 196/09, Lei nº 9.656/98 e demais legislação correlata
<b>Objeto</b>	Credenciamento de empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios visando à disponibilização de <b>planos de saúde Estadual e/ou Nacional</b> para prestação de assistência médica ambulatorial, emergencial e/ou hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, <b>realizados no Estado do Rio de Janeiro</b> e, facultativamente, a nível nacional, com padrão de quarto individual, enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a ser prestada aos servidores ativos e inativos da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, ocupantes de cargos efetivos, temporários e cargos comissionados, e seus respectivos dependentes, para cobertura, no Estado <b>e, facultativamente, a nível nacional</b> , de atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Resolução 196/09 e demais Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros (as) profissionais/instituições.
<b>Período:</b>	<b>18/05/2021 a 01/07/2021</b>
<b>Horário:</b>	10:00 as 16:00
<b>Local de Realização:</b>	Rua das Gralhas, Lote 113, Gleba 01, Parque da Cidade – Centro/Maricá RJ.



## **1 - PREÂMBULO**

1.1. A AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES (EPT), considerando o disposto no art. 50 e 254 da Lei Complementar Municipal n.º 001/90, torna público que se acha aberto na Comissão Permanente de Licitação, situada na Rua das Gralhas, Lote 113, Gleba 01, Parque da Cidade – Centro/Maricá RJ, o presente EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 01/2021, com fundamento na Lei Federal n.º 13.019/14, para Credenciamento de empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, visando à disponibilização de planos de saúde de **abrangência Estadual e, facultativamente, a nível nacional**, para prestação de assistência médica ambulatorial, emergencial e/ou hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados no Estado do Rio de Janeiro, com padrão de quarto individual, enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a ser prestada aos servidores ativos e inativos da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, ocupantes de cargos efetivos, temporários e cargos comissionados, e seus respectivos dependentes, para cobertura, **em nível Estadual e, facultativamente, em nível nacional**, de atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Resolução 196/09 e demais Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros (as) profissionais/instituições.

## **2 - OBJETO**

2.1. Credenciamento de empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios visando à disponibilização de planos de saúde de **abrangência Estadual e, facultativamente, nacional**, para prestação de assistência médica ambulatorial, emergencial e/ou hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos,



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

realizados no Estado do Rio de Janeiro e, facultativamente, no Brasil, com padrão de quarto individual, enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a ser prestada aos servidores ativos e inativos da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, ocupantes de cargos efetivos, temporários e cargos comissionados, e seus respectivos dependentes, para cobertura, em território Estadual e, facultativamente, nacional, de atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Resolução 196/09, Lei Federal n.º 9.656 de 1998 e demais Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros (as) profissionais/instituições.

### **3. DO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO**

3.1. O recebimento da documentação ocorrerá no período de **18/05/2021 a 01/07/2021**, na Rua das Gralhas, Lote 113, Gleba 01, Parque da Cidade – Centro/Maricá RJ endereço, das 10:00 às 16:00.

3.2. A Comissão receberá o envelope contendo a documentação apresentada pelos interessados, mediante Comprovante de entrega.

3.3. Os envelopes poderão ser entregues diretamente por representante da licitante durante o período descrito acima, por correio ou por qualquer outro serviço de entrega, não se responsabilizando a Comissão de Licitação pelo não recebimento ou pelo atraso no recebimento dos envelopes enviados por correio outro serviço de entrega.

3.4. Em se tratando de credenciamento, na hipótese da documentação apresentada pela empresa interessada estar incorreta e/ou incompleta, será admitida, durante o período estabelecido no item 3.1. deste Edital, a sua complementação, no prazo de até 02 (dois) úteis a partir da data de recebimento da solicitação.

3.5. A Comissão divulgará as instituições aptas ao credenciamento, através de publicação na Imprensa Oficial do Município de Maricá/RJ (JOM).



#### **4. DO PRAZO PARA O CREDENCIAMENTO**

4.1 A vigência do credenciamento será de 30 (trinta) dias, com início a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Município e poderá ser aderido a qualquer tempo pelos servidores.

#### **5. ESCLARECIMENTOS E/OU IMPUGNAÇÃO**

5.1. A instituição ou empresa interessada na adesão ao credenciamento deverá formular as consultas à AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES, através do e-mail cpl.ept.marica@gmail.com, ou pessoalmente e por escrito, na sede da AUTARQUIA, no endereço citado no Item 3.1.

5.2. Qualquer interessado poderá solicitar esclarecimentos ou impugnar este Edital de Credenciamento, presencialmente ou por meio eletrônico, no endereço de e-mail cpl.ept.marica@gmail.com.

5.3. A impugnação de que trata o Item anterior poderá ser feita até 05 (Cinco) dias úteis antes da data fixada para recebimento dos envelopes, nos termos do art. 41 e §§ da Lei nº 8.666/93.

5.4. Caberá à Comissão Permanente de Licitação decidir sobre a petição no prazo de até 3 (três) dias úteis, a contar da data do recebimento do e-mail ou do documento de petição, respeitando a ampla defesa e o contraditório.

5.5. Acolhida a impugnação ao ato convocatório, será designada nova data para a retificação do Processo de Credenciamento.

#### **6. REQUISITOS PARA PARTICIPAÇÃO DO CREDENCIAMENTO**

6.1. Poderão ser credenciados a oferecer os serviços, mediante termo de convênio com a EPT, todos os interessados que, cumulativamente:

- a) se enquadram no conceito de entidades suplementar - ANS, na forma da Resolução n.º 196/09, bem como demais legislação correlata e respectivas resoluções exaradas pela ANS, e estejam devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

- b) estejam aptos à troca de informações via arquivo magnético, conforme especificações definidas pela ANS;
- c) atendam aos requisitos estabelecidos e apresentem corretamente os documentos exigidos neste edital de chamamento público, no Termo de Referência e anexos, bem como no respectivo Convênio, concordando expressamente com as normas fixadas pela EPT.

6.2. Será vedada a participação de qualquer empresa, quando:

- a) sob processo de recuperação judicial, mora substancial e/ou falência;
- b) reunida em consórcio ou estrangeira;
- c) declarada inidônea para licitar ou contratar com o Poder Público;
- d) suspensa temporariamente de licitar ou contratar com a Autarquia Empresa Pública de Transportes;
- e) tenha em sua composição societária, sócios majoritários de outra pessoa jurídica que participe deste processo;
- f) tenha em sua composição societária, sócios majoritários e/ou sócios administradores servidores públicos.

6.3. Dos servidores autorizados a aderir aos serviços estabelecidos no termo de referência

6.3.1. Beneficiários titulares:

6.3.1.1. Os servidores ativos e inativos da Autarquia Empresa Pública de Transportes – EPT, ocupantes de cargos efetivos, temporários e cargos comissionados.

6.4. Beneficiários dependentes:

6.4.1. Cônjugue ou companheiro (a) em união estável;

6.4.2. O companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos aos mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

6.4.4. Os filhos, independente de idade;

6.4.5. O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial;



6.5. A participação no presente procedimento implica a aceitação de todos os seus termos e condições.

## **7 – DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO E PROPOSTA DE PREÇOS DE PLANO DE SAÚDE**

7.4. A entidade interessada no credenciamento deverá apresentar envelope mencionando em sua parte externa o número do edital de chamamento público, a data, o horário e o local indicados no aviso de edital, conforme Item 8, contendo os seguintes documentos:

### **7.4.1. Habilitação jurídica**

- a) ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- b) inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades anônimas, acompanhada da prova da diretoria em exercício;
- c) ato de registro de autorização para funcionamento expedido pela ANS;

### **7.4.2. Habilitação Fiscal e trabalhista**

- a) prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ;
- b) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- c) prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Federal: Certidão Conjunta Negativa de Débitos ou Certidão Conjunta Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e a Dívida Ativa da União ou Positiva com efeito de Negativa, emitida pela Receita Federal do Brasil em conjunto com a Procuradoria Geral da Fazenda Nacional – Portaria Conjunta PGFN / RFB n.º 1751, de 02/10/2014, ou outro meio equivalente admitido por lei.
- d) Prova de regularidade com a Fazenda Estadual feita por meio de apresentação de Certidão Negativa de Débito com a Fazenda Estadual ou Certidão Positiva com Efeitos de Negativa ou ainda Certidão para não Contribuinte do ICMS (quando emitida pela



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

Secretaria de Fazenda do Estado do Rio de Janeiro deverá ser acompanhada, obrigatoriamente, da Certidão Negativa de Débito com a Dívida Ativa Estadual emitida pela Procuradoria Geral do Estado, conforme Resolução do Órgão, mesmo quando for apresentada CERTIDÃO PARA NÃO CONTRIBUINTE DO ICMS, conforme determina a Resolução Conjunta PGE/SER n.º 33, de 24 de novembro de 2004);

- e) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede da entidade, composta de Certidão Negativa de Tributos Mobiliários ou Certidão Positiva com Efeitos de Negativa de débitos municipais, expedida pela Secretaria de Fazenda ou Equivalente do Município sede, ou outro meio equivalente admitido por lei;
- f) Certidão de Regularidade com o Fundo de Garantia e Tempo de Serviço (FGTS).
- g) Prova de Regularidade Trabalhista através da apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas ou Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas com os mesmos efeitos da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, conforme o disposto no art. 642-A, § 2º da CLT.

#### **7.4.3. Habilitação Econômico Financeira**

a) Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrado há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta.

b) certidão negativa de falência, concordata, recuperação judicial ou extrajudicial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, cuja data de emissão não poderá ser superior a 60 (sessenta) dias da data da apresentação do documento. As certidões deverão vir acompanhadas de declaração oficial da autoridade judiciária competente, relacionando os distribuidores que, na Comarca de sua sede, tenham atribuição para expedir certidões negativas de falências e concordatas ou recuperação judicial

b.1) Será admitida a apresentação de Certidão Positiva para a(s) licitante(s) em recuperação judicial ou extrajudicial, desde que acompanhada de seu Plano de Recuperação, já homologado pelo juízo competente e em pleno vigor, apto a comprovar sua viabilidade econômico-financeira, inclusive, pelo atendimento de todos os requisitos de habilitação econômico-financeiras estabelecidos neste edital.



#### 7.4.4. Habilitação Técnica

- a) Atestado de capacidade técnica, emitido por entidades públicas ou privadas comprovando que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde, na modalidade coletivos empresariais, por intermédio de operadora devidamente registrada na ANS;
- b) Documento comprobatório que esteja devidamente autorizada pela ANS a atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência do Artigo nº 10 da Resolução Normativa ANS nº 196/09;
- c) Declaração de no mínimo 03 (três) instituições bancárias, comprovando possuir convênio para processar o débito em conta do valor das mensalidades dos beneficiários, devendo ser apresentadas, obrigatoriamente, declaração da Caixa Econômica Federal.
- d) Declaração para fins do disposto no inciso v do artigo 27 da lei federal nº 8.666/93 (conforme modelo do Anexo I).
- e) Declaração para fins do disposto nos incisos I, II e III do artigo 9º da lei federal nº 8.666/93 (conforme modelo do Anexo I).
- f) Declaração de inexistência de fatos impeditivos sob as penas da lei (conforme modelo do Anexo I), carimbada e assinada por representante legal da entidade;
- g) Declaração de que recebeu todos os documentos e informações necessários para participar do chamamento (conforme modelo do Anexo I).

7.5. O interessado poderá apresentar versão consolidada do documento solicitado na alínea “g”, devendo o mesmo vir acompanhado de todas as alterações posteriores, caso houver.

7.6. Somente serão credenciados os interessados que apresentarem, além de toda a documentação exigida, ramo de atividade pertinente ao objeto deste edital.

**7.7. A documentação exigida para a habilitação poderá ser apresentada no original, por qualquer processo de cópia autenticada por Cartório de Notas e Ofício competente ou por servidor dos quadros da AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTE.**

7.7.1. A exibição do documento original à Comissão responsável pelo recebimento dispensa a autenticação em cartório, pois será realizada a autenticação das cópias apresentadas no envelope de habilitação no ato dessa apresentação.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

- 7.7.2. Os documentos originais deverão estar em posse do representante da interessada e NÃO dentro do envelope de habilitação, no qual deverá conter apenas as cópias, uma vez que se os originais forem entregues NÃO poderão ser retirados do processo.
- 7.8. No documento em que não houver prazo de validade assinalado, serão considerados válidos os emitidos até 90 (noventa) dias corridos da data da apresentação do mesmo, exceção feita ao item 7.4.3, alínea “b”.
- 7.9. No caso de documentos emitidos por meio de sistema eletrônico, a aceitação fica condicionada à verificação de autenticidade pela Internet.
- 7.10. Não serão aceitos protocolos ou quaisquer outras formas de apresentação que não sejam as exigidas neste edital.
- 7.11. Todos os documentos deverão se reportar à sede ou à filial que firmará o termo de cooperação com a Autarquia Empresa Pública de Transportes – EPT e oferecerá o serviço aos servidores.
- 7.12. Em relação à Proposta de Preços, deverá ser observado o seguinte:**
- 7.12.1. Deverá ser apresentada aos beneficiários Proposta de preços dos Planos de Saúde ofertados de, no mínimo, 01 (uma) operadora que assegure os serviços de plano de saúde em nível Estadual e, facultativamente, em nível nacional, e que atenda, pelo menos, as modalidades (opções) previstas nos subitens 14.1.1 e 14.1.2 do Termo de Referência anexo ao Edital e, facultativamente, o subitem 14.1.3, devidamente registrada na ANS.
- 7.12.2. Os preços a serem ofertados para os planos de assistência à saúde deverão estar de acordo com as disposições da Resolução Normativa ANS nº 63, de 22 de dezembro de 2003, ou seja, deverão ser cotados por faixa etária obedecendo às regras estabelecidas na mencionada Resolução;
- 7.12.3. Nos preços apresentados deverão estar inclusos todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços.

## 8 – DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

- 8.1. As empresas interessadas em participar do processo de credenciamento para os serviços descritos no Termo de Referência – Anexo deste Edital devem, obrigatoriamente, apresentar, no local e prazo constante do Item 3.1, documentação descrita no item 7 deste Edital juntamente



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

com proposta de Preços em papel timbrado da empresa, com documentos sequencialmente enumerados.

8.1.1. Os documentos relativos ao credenciamento deverão ser apresentados em original ou por qualquer processo de cópia autenticada em Cartório de Notas e Ofício competente ou por servidor da Comissão Especial de Credenciamento, a vista dos originais, no prazo estipulado no subitem 7.7.1 deste Edital.

8.2. Todos os documentos exigidos neste Edital deverão ser apresentados em envelope contendo as seguintes informações:

DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO – PLANO DE SAÚDE
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES - EPT
EDITAL DE CREDENCIAMENTO N° ____/2021
RAZÃO SOCIAL:
CNPJ:

8.3. As informações prestadas, assim como a documentação entregue são de inteira responsabilidade do interessado, cabendo-lhe certificar-se, antes da sua inscrição, de que atende a todos os requisitos para participar do processo de credenciamento.

8.4. A apresentação da documentação implica manifestação do interessado em participar do processo de credenciamento junto à EPT, aceitação e submissão, independentemente de declaração expressa, a todas as normas e condições estabelecidas no presente Edital, seus anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pela ANS, não sendo permitida, em hipótese alguma, qualquer alteração ou entrega de qualquer outro tipo de documento.

## 9 – DA ANÁLISE E JULGAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

9.1. A análise e julgamento serão processados em conformidade com as condições estipulados neste Edital e seus anexos;

9.2. Serão declarados **INABILITADOS** os interessados que:

9.2.1. Por qualquer motivo, estejam declarados inidôneos ou punidos com suspensão do direito de licitar ou contratar com a Administração Pública;



**ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES**

- 9.2.2. Deixarem de apresentar qualquer documentação exigida no item 7 deste Edital e seus anexos ou a apresentarem em desconformidade com o exigido;
- 9.2.3. Apresentar as penalidades com interdição temporária de atos, previstas no Artigo 10 da Lei nº 9.605/98.

**10 – DA DIVULGAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO**

- 10.1. Serão declarados HABILITADOS para o credenciamento todos os requerentes que atenderem às exigências deste Edital e seus Anexos, cujo resultado será publicado na Imprensa oficial do Município (JOM);
- 10.2. Transcorrido o prazo recursal e não havendo contestação, as propostas das empresas declaradas aptas ao credenciamento serão submetidas à análise para HOMOLOGAÇÃO.

**11 – DA ANULAÇÃO E REVOGAÇÃO**

- 11.1 A AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES, com relação a este credenciamento público:
- Deverá anulá-lo, se houver ilegalidade, de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer escrito e devidamente fundamentado;
  - Poderá revogá-lo, a seu juízo, se for considerado inoportuno ou inconveniente ao interesse público, em decorrência de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta;

**12 – DOS RECURSOS**

- 12.1. Os interessados poderão recorrer do resultado publicado, apresentando suas razões devidamente fundamentadas e por escrito, no prazo de até 3 (três) dias úteis contados do primeiro dia subsequente à data da divulgação do resultado do credenciamento, ficando, nesse período, franqueadas vistas ao processo junto à Comissão Permanente de Licitação, sito à Rua das Gralhas, Lote 113, Gleba 01, Parque da Cidade – Centro/Maricá RJ.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

- 12.1.1. O recurso será protocolado junto à Comissão Permanente de Licitação, no endereço constante do supracitado subitem 12.1 ou por meio do endereço eletrônico cpl.ept.marica@gmail.com.
- 12.1.2. O recurso será protocolado junto à Comissão Permanente de Licitação, ficando estabelecido o prazo de até 3 (três) dias úteis para reconsidera-lo ou faze-lo subir devidamente informado à Presidência desta Autarquia, que terá até 3 (três) dias úteis para análise e decisão.
- 12.1.3. O recurso limitar-se-á a questões de habilitação, considerando, exclusivamente, a documentação apresentada no ato do Credenciamento, não sendo considerado documento anexado em fase de recurso.
- 12.1.4. Somente o próprio interessado ou seu representante legalmente habilitado poderão interpor os recursos.

### **13 – DO TERMO DE CONVÊNIO**

- 13.1 As Entidades declaradas credenciadas, na forma deste edital, poderão firmar termo de convênio com a AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTE (EPT) nos termos da minuta que integra o presente edital **(Anexo III)**, como condição para a contratação do benefício de plano de saúde.
- 13.2 **A Instituição ou Empresa credenciada e convocada deverá comparecer para celebrar o termo no prazo máximo de 10 (Dez) dias úteis, contados do recebimento da comunicação para tal, através de correio eletrônico ou notificação pessoal, para assinar o termo de credenciamento junto a Autarquia.**
- 13.3 A não assinatura do termo poderá ser entendida como recusa injustificada, que ensejará seu imediato cancelamento.
- 13.4 O Autarquia Empresa Pública de Transportes efetuará a publicação dos contratos decorrentes deste credenciamento no Jornal Oficial do MUNICÍPIO (JOM).
- 13.5 **Os termos celebrados em decorrência do Chamamento Público terão vigência inicial de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogados, desde que mantidas as condições da contratação inicial, por iguais e sucessivos períodos, limitados a 60 (sessenta) meses, conforme disposições contidas no art. 57, inciso II da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.**



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

13.6 O termo de convênio deverá propiciar condições especiais de contratação aos servidores públicos autárquicos e seus dependentes, com redução dos valores praticados pela Entidade, bem como demais benefícios.

13.7 A celebração do termo de convênio deverá ser precedida da comprovação das condições de habilitação e qualificação exigidas, nos termos da legislação municipal que regulamenta a celebração de termos de convênio e da Lei Federal n.º 13.019/2014.

13.8 O Gerenciamento e gestão do credenciamento será realizado pela Coordenadoria de Contratos desta Autarquia.

**13.9 A FISCALIZAÇÃO** será exercida pela Autarquia, que criará comissão a ser constituída por ato publicado em meio oficial de comunicação, assegurada a participação de 3 (três) servidores, sendo preferencialmente efetivos.

13.10 O Contratado (Convenente) deverá manter-se, durante toda execução do Contrato (Termo de Convênio), em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, bem como todas as condições de habilitação e qualificações exigidas.

#### **14 – DAS CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

14.1. Na contratação de planos de saúde, firmada por servidores junto às entidades credenciadas na forma deste edital, deverão ser observadas as normas editadas pela ANS, bem como as disposições pertinentes do Código Civil, Código de Defesa do Consumidor e legislação correlata.

**14.2. A contratação do plano de saúde constitui operação firmada exclusivamente entre a entidade credenciada e o beneficiário, cabendo unicamente a essas partes zelarem pelo seu cumprimento.**

**14.3. Cada servidor ficará responsável, direta e individualmente, pelo contrato que assinar com a entidade que escolher e pelos atos que expressamente autorizar ou consentir. Por sua vez, a entidade por ele contratada responderá pelo cumprimento da legislação e por qualquer dano ou prejuízo reclamado pelo beneficiário.**

**14.4. A EPT não responde, em nenhuma hipótese, pelos débitos contratados por seus servidores, nem pelas condições oferecidas pela entidade restringindo sua responsabilidade à mera averbação dos valores autorizados pelo beneficiário e ao repasse à mesma em relação às operações livremente convencionadas.**



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

14.5. A entidade será responsável exclusiva e integralmente pela contratação e pela utilização de pessoal para sua execução, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a EPT.

14.6. A entidade deverá cumprir as obrigações previstas no termo de convênio, cuja minuta faz parte integrante deste edital, **como Anexo III.**

14.7. No caso de descumprimento das condições de credenciamento ou de infração às cláusulas do termo de convênio, a EPT poderá promover o descredenciamento da entidade, não permitindo novos contratos, porém respeitando os já firmados até que se finalizem as parcelas vincendas ou se proceda à quitação antecipada, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas na legislação federal e municipal incidente.

14.8. Nos casos em que não se processar o pagamento por força de afastamento ou qualquer situação funcional que acarrete a exclusão do servidor da folha, fica a EPT eximida de qualquer responsabilidade quanto a não efetuação do desconto.

## 15 – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA, PAGAMENTO E REAJUSTE

15.1 Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes da Autarquia Empresa Pública de Transportes, a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor, cabendo à Autarquia somente realizar o desconto em folha de pagamento dos seus funcionários, por meio de autorização assinada pelos mesmos, e eventual repasse dos valores devidos à OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE.

15.2. O pagamento das mensalidades do plano, na modalidade pré-pagamento, será realizado preferencialmente mediante consignação em folha de pagamento, após autorização expressa do consignado.

15.3. Para escorreito atendimento da modalidade supramencionada, qual seja, desconto consignado, os servidores e administradoras de plano credenciadas deverão observar as disposições constantes no Decreto Municipal nº 128, de 06 de março de 2018.

15.4. Nos casos em que a margem consignável do servidor já estiver comprometida e não for possível a inclusão de nova consignação, o pagamento da mensalidade do plano será realizado



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

através de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário, por meio de autorização assinada pelo mesmo.

15.5. Quando o beneficiário titular solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde a que estiver vinculado, será exigida, nesta hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou participação.

15.6. É VEDADO o pagamento pelos beneficiários dos Planos de assistência à saúde o pagamento de qualquer sobretaxa em relação aos valores apresentados pela administradora dos benefícios em sua Proposta ou o cometimento a terceiros (Ex. associação de servidores) da atribuição de proceder ao credenciamento e/ou intermediação do pagamento dos serviços prestados.

15.7. Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e a EPT, por intermédio de sua unidade técnica de gerenciamento de Contrato.

15.8. O reajuste dos valores contratados atenderá ao disposto no Item 18 do Termo de Referência e seus subitens, anexo a este Edital.

## **16 – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

### **16.1 OBRIGAÇÕES DA AUTARQUIA**

- a) colocar à disposição da Administradora de Benefícios informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;
- b) permitir à Administradora de Benefícios a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;
- c) permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios o acesso às dependências da sede da Autarquia Empresa Pública de Transportes – EPT, em Maricá/RJ, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;
- d) acompanhar e fiscalizar a execução dos Termos de Acordos, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento;



e) acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes perante as Administradoras.

## **16.2. SÃO OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:**

- a) apresentar aos Beneficiários da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, no mínimo 01 (uma) operadora dos serviços de assistência médica-hospitalar **Nacional, Regional e/ou Estadual** que atenda todas as modalidades (opções) previstas nos subitens 14.1.1 a 14.1.3 do Termo de Referência, devidamente registrada na ANS;
- b) fiscalizar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto à(s) operadora(s) contratada(s), os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere a alteração da rede credenciada;
- c) realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT;
- d) orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas na legislação de Saúde Suplementar e as do Termo de Convênio;
- e) exigir dos beneficiários documento que comprove seu vínculo junto a Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;
- f) efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;
- g) assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidarem esforços para a substituição da operadora contratada, impedindo a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- h) efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- i) efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

- j) visando à prestação de contas da alínea “I”, as Administradoras de benefícios deverão apresentar, mensalmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante as operadoras de planos de saúde;
- k) informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora;
- l) elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;
- m) executar, quando solicitado pela Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, ações de saúde preventiva, bem como de qualidade de vida dos servidores e de seus dependentes, sem ônus financeiro para a EPT;
- n) intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos em conjunto com a Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT;
- o) disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- p) comunicar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda, quando atingirem a idade limite de 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro) anos para estudantes;
- q) A administradora de benefícios credenciada deverá proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRN, observando o que dispõe a Resolução Normativa 255/2011 da ANS;
- r) A administradora de benefícios credenciada deverá comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;
- s) emitir, mensalmente, relatórios gerenciais, com os seguintes dados:
  - I. Perfil biométrico e epidemiológico da carteira;
  - II. Perfil etário;
  - III. Despesa per capita por: faixa etária, plano e sexo;
  - IV. Percentual de sinistralidade da carteira;
  - V. Indicadores sobre a utilização constando:
    - a) Consultas por beneficiário por ano;
    - b) Valor médio da consulta;
    - c) Percentual de freqüência das 10 (dez) maiores especialidades em relação ao total de consultas (maiores incidências).
  - VI. Diagnose, compreendendo:



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

- a) Exames por beneficiários por ano;
- b) Exames por consulta por ano;
- c) Valor médio dos exames de baixo e de alto custo;
- d) Percentual de freqüência das 10 (dez) maiores patologias que geraram terapias em relação ao total.

VII. Terapias, compreendendo:

- a) Valor médio;
- b) Percentual de freqüência das 10 (dez) maiores patologias que geraram terapias em relação ao total;
- c) Percentual de freqüência das 10 (dez) maiores terapias em relação ao total (maiores incidências);

VIII. Internações clínicas, cirúrgicas, partos e UTI:

- a) Tempo médio de dias de internação;
- b) Percentual de internados em relação ao total da população por ano;
- c) Valor médio da Internação;
- d) Percentual de freqüência das 10 (dez) maiores patologias que geraram internações em relação ao total de internações (maiores incidências).

IX. Prestadores:

- a) curva ABC de prestadores x utilização;
- b) 50 (cinqüenta) maiores prestadores de serviços;
- c) Percentual de utilização por tipo de prestador (hospital, clínica, laboratório, etc);

X. Casos Crônicos:

- a) Identificação de casos crônicos;
- b) Efetivação de Monitoramento através da utilização;
- c) Descrição das Patologias;
- d) Valor médio mensal por assistido;
- e) Relatório técnico de acompanhamento.

XI. Grupo de Risco

- a) Identificação de beneficiários de risco;
- b) Monitoramento;
- c) Patologias;
- d) Relatório técnico de acompanhamento.



### 16.3 SÃO OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS

16.3.1. Caberá à(s) Operadora(s) contratada(s) pela(s) Administradora(s) de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo e Contrato, cumprir os dispositivos da Lei Federal nº 9.656/98 e Resolução 196/09 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e seus demais normativos:

- a) oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 (vinte e quatro) horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;
- b) O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.
- c) Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de planos de saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras de planos de saúde contratada pela Administradora de Benefício, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;
- d) Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de planos de saúde contratada pela Administradora de Benefício os seguintes documentos:
  - I. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
  - II. Recibos de pagamento dos honorários médicos;
  - III. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
  - IV. Laudo anatomo-patológico da lesão, quando for o caso.
- e) zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados;



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

- f) não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência;
- g) fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- h) fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos);
- i) manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios;
- j) fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários, de acordo com a alínea “Q” do item 16.2;
- k) assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infecto-contagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações;
- l) deverá possuir a facilidade “disque 24 (vinte e quatro) horas”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários;
- m) zelar pela manutenção dos Prontuários dos beneficiários dos planos de saúde, de modo que permita o acompanhamento, controle e a supervisão dos serviços.

## 17 – DAS PENALIDADES

17.1. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Convênio, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

17.1.1. Advertência por escrito;

17.1.2. Multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados à(s) operadora(s), do Plano de Saúde, por ventura, inadimplente (s), indicada(s) pela



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;

17.1.3. Multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculado à(s) operadora(s) do Plano de Saúde indicada (s) pela Administradora de Benefícios credenciada, no caso de inexecução total dos serviços;

17.1.4. Suspensão temporária do Termo de Convênio, por prazo não superior de 1 (um) ano, justificada pela Comissão de Fiscalização;

17.2. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante à autoridade que aplicou a penalidade.

17.3. As sanções previstas nos subitens 17.1.1 e 17.1.2 poderão ser aplicados concomitantemente com as dos subitens 17.1.4 e 17.2, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência.

17.3.1. A multa compensatória poderá ser cumulada como suspensão temporária e declaração de inidoneidade, não sendo possível cumular a multa compensatória com suspensão temporária e declaração de inidoneidade, não sendo possível cumular com a multa moratória.

17.4. Aplica-se, no que couber, as disposições previstas nas Leis Federais nº 8.666, de 21 de junho de 1993 (Lei de Licitações e Contratos Administrativos) e 10.520, de 17 de julho de 2002 (Lei do Pregão), e dá outras providências.

## 18 – DO DESCREDENCIAMENTO

18.1. A inexecução total ou parcial deste Termo de Credenciamento ensejará o descredenciamento da Administradora de Benefícios com as consequências avençadas e as previstas em lei ou regulamento.

### 18.2. Constituem motivo para descredenciamento:

I - O não cumprimento de cláusulas, especificações ou prazos.

II - O cumprimento irregular de cláusulas, especificações e prazos.

III - O atraso injustificado no início da execução das obrigações compromissadas neste Instrumento, inclusive as firmadas entre a CREDENCIANTE e a CREDENCIADA.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

- IV - A paralisação do serviço, sem justa causa e prévia comunicação à CREDENCIANTE.
- V - A subcontratação total ou parcial do seu objeto, a associação da CREDENCIADA com outrem, a cessão ou transferência, total ou parcial, bem como a fusão, cisão ou incorporação, não admitidas neste Instrumento, salvo prévia autorização.
- VI - O desatendimento das determinações regulares emanadas da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como as de seus superiores.
- VII - O cometimento reiterado de faltas na sua execução, anotadas na forma do §1º do art. 67 da Lei n.º 8.666/93.
- VIII - A decretação de falência ou a instauração de insolvência civil.
- IX - A dissolução da CREDENCIADA.
- X - A alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da CREDENCIADA, que prejudique a execução deste Instrumento.
- XI - Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pela máxima autoridade da esfera administrativa a que está subordinado a CREDENCIANTE e exaradas no processo administrativo a que se refere este Instrumento.
- XII - A ocorrência de caso fortuito ou de força maior, regularmente comprovada, impeditiva da execução deste Instrumento.
- XIII - A contratação de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito anos e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos, conforme determina o Inciso XVIII do art. 78 da Lei nº 8.666/93.
- XIV - os casos de descredenciamento serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

**18.3. O descredenciamento poderá ser:**

- I - Determinado por ato unilateral e escrito da CREDENCIANTE, nos casos enumerados nos incisos “I” a “XII” do subitem anterior.
- II - Amigável, por Acordo entre as partes, reduzida a termo no processo administrativo, desde que haja conveniência para a CREDENCIANTE.
- III - Judicial, nos termos da legislação.
- 18.4. O descredenciamento administrativo ou amigável deverá ser precedido de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

18.5. Quando o descredenciamento ocorrer com base no inciso XI do subitem 18.2, sem que haja culpa da CREDENCIADA, será este resarcido dos prejuízos regularmente comprovados que houver sofrido, tendo ainda direito aos pagamentos devidos pela execução do Termo de Credenciamento até a data da rescisão.

18.6. O descredenciamento por descumprimento das cláusulas contratuais poderá acarretar indenizações, bem como a retenção dos créditos decorrentes deste Instrumento, até o limite dos prejuízos causados à CREDENCIANTE e/ou ÓRGÃO BENEFICIÁRIO, além das sanções previstas neste Instrumento.

18.7. O Termo de Acordo poderá ser cancelado ou descontinuado pela CREDENCIANTE, mediante prévio aviso de no mínimo 30 (trinta) dias, sem que caiba o direito a qualquer indenização à CREDENCIADA.

18.8. O descredenciamento dar-se-á mediante a publicação do respectivo ato no Jornal Oficial do Município (JOM).

## 19 – DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1. É facultada à Comissão, em qualquer fase do certame, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo de credenciamento.

19.2. As empresas credenciadas deverão fazer o acompanhamento, realizando ajustes necessários à adequação do objeto.

19.3. Será descredenciada, a qualquer tempo, a empresa que não mantiver, durante a vigência do termo de convênio, as mesmas condições de habilitação que possibilitaram o seu credenciamento, ou, ainda, aquela cujo termo de convênio venha a ser rescindido, nas hipóteses previstas no respectivo instrumento.

19.4. A qualquer tempo, antes da apresentação do envelope único, poderá a Comissão, se necessário, modificar o Edital, hipótese em que deverá efetuar a divulgação de novo aviso no Jornal Oficial de Maricá, com restituição de todos os prazos exigidos em lei.

19.5. A empresa credenciada deverá obrigatoriamente, de acordo com o art. 7º da Lei Federal n.º 8.666/93, cumprir o determinado no Termo de Referência.

19.6. As informações e esclarecimentos necessários ao perfeito conhecimento do objeto deste chamamento serão prestados pela CPL, localizada na Rua das Gralhas, Lote 113, Gleba 01, Parque da Cidade – Centro/Maricá RJ ou pelo e-mail: [cpl.ept.marica@gmail.com](mailto:cpl.ept.marica@gmail.com).



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

19.7. Fica eleito o foro do Município de Maricá para dirimir quaisquer questões ou controvérsias oriundas da execução deste chamamento público, com renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

19.8. São partes integrantes deste Edital:

- a) ANEXO I – Modelo de Declarações.
- b) ANEXO II – Termo de referência.
- c) ANEXO III – Minuta de Termo de Convênio.

Maricá / RJ, 14 de maio de 2021

**Jhone Medeiros de Oliveira**  
Presidente CPL/EPT  
Mat 11.00049

**Allexandro Matos Paixão**  
Membro – Mat 11.00122

**Lucas Mattos Silva**  
Membro – Mat 11.00095



**ANEXO I: DECLARAÇÕES**

**MODELO DE CARTA DE CREDENCIAMENTO PARA ENTIDADES REGISTRADAS JUNTO À ANS.**

**A EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES - EPT/CPL**

Rua das Gralhas, n.º 0, Lote 113, Gleba 01, Parque da Cidade, Maricá/RJ.

**REF.: CHAMAMENTO PÚBLICO Nº \_\_\_\_\_/2021**

Prezados Senhores:

Pelo presente documento, outorgamos ao Sr.....(nome, qualificação e endereço), portador da carteira de identidade n.º ....., expedida pelo (a) ....., inscrito no CIC sob o n.º ..... , poderes para representar esta Sociedade empresária .....( razão social e endereço da licitante ), inscrita sob o CNPJ/MF n.º ..... e Inscrição Estadual nº ..... no chamamento público referido em epígrafe, podendo praticar todos os atos necessários e indispensáveis ao bom e fiel desempenho deste mandato, inclusive, prestar esclarecimentos, formular propostas verbais, nos casos previstos nos arts. 44 e 45 da Lei Complementar n.º 123/2006, receber notificações e manifestar-se quanto a sua desistência de interpor recursos e de participar do certame.

Atenciosamente,

---

(Assinatura)

---

(Nome e cargo do outorgante)

**Observação:**

*A Carta de Credenciamento deverá ser apresentada em papel timbrado da entidade e estar assinada por um representante legal que tenha poderes para constituir mandatário.*

*A Carta de Credenciamento e o documento que comprova a representatividade legal do outorgante deverão ser entregues pelo credenciado, ao Presidente da Comissão Especial, juntamente com os envelopes de Documentação.*



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

**MODELO DE DECLARAÇÃO PARA FINS DO DISPOSTO NO INCISO V DO  
ARTIGO 27 DA LEI FEDERAL N.º 8.666/93.**

Ref.: (identificação do chamamento)

\_\_\_\_\_, inscrito no CNPJ/MF sob o n.º \_\_\_\_\_, por  
intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da  
Carteira de Identidade n.º \_\_\_\_\_ e do CPF/MF n.º \_\_\_\_\_,  
DECLARA, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei Federal n.º 8.666, de 21 de junho  
de 1993, acrescido pela Lei Federal n.º 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor  
de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e (assinalar com “x”, conforme o  
caso):

- não emprega menor de dezesseis anos.  
 emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz () .

Local, em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(representante legal)

**OBSERVAÇÕES:**

- 1 – Esta Declaração deverá ser confeccionada em papel timbrado da empresa e assinada pelo seu  
representante legal ou mandatário.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

**MODELO DE DECLARAÇÃO PARA FINS DO DISPOSTO NOS INCISOS I, II e III  
DO ARTIGO 9º DA LEI FEDERAL N.º 8.666/93**

Ref.: (identificação do chamamento)

A \_\_\_\_\_ (entidade), inscrita no CNPJ/MF sob o n.º \_\_\_\_\_, bem como seu representante legal, o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade n.º \_\_\_\_\_ e do CPF/MF n.º \_\_\_\_\_, DECLARAM não ser:

I - o autor do Termo de Referência, seja pessoa física ou jurídica;

II – no caso de empresa, isoladamente ou em consórcio, responsável pela elaboração do Termo de Referência;

III - no caso da empresa, isoladamente ou em consórcio, ser a autora do projeto, dirigente, gerente, acionista ou detentor de mais de 5% (cinco por cento) do capital com direito a voto ou controlador, responsável técnico ou subcontratado;

IV - servidor ou dirigente de órgão ou entidade contratante ou responsável pelo chamamento.

Local, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
\_\_\_\_\_  
(representante legal)

**OBSERVAÇÕES:**

1 – Esta Declaração deverá ser confeccionada em papel timbrado da empresa e assinada pelo seu representante legal ou mandatário.



## MODELO DE DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS

Ref.: (identificação do chamamento)

\_\_\_\_\_ (nome da entidade), inscrita no CNPJ/MF sob n.º \_\_\_\_\_, sediada \_\_\_\_\_ (endereço completo), declara, sob as penas da lei, que até a presente data inexistem fatos supervenientes, para sua habilitação no presente processo de chamamento, assim como está ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Declara, ainda que: a) não se encontra suspenso no seu direito de participar de licitações ou de contratar com o Município de Maricá; b) não se encontra sujeito a declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com o Poder Público, em quaisquer das esferas da Federação; c) não é, e não possui dentre seus sócios, titular de mandato eletivo; d) não se encontra, nos termos da legislação em vigor ou do edital do presente chamamento, sujeito a qualquer outro fato ou circunstância que possa impedir a sua regular habilitação no presente, ou a eventual contratação que deste procedimento possa decorrer.

Local e data

---

assinatura do representante legal

Observações:

1 – Esta Declaração deverá ser confeccionada em papel timbrado da entidade e assinada pelo seu representante legal ou mandatário.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUE RECEBEU TODOS OS DOCUMENTOS E  
INFORMAÇÕES NECESSÁRIOS PARA PARTICIPAR DO CHAMAMENTO.**

Ref.: (identificação do chamamento)

\_\_\_\_\_ (nome da entidade), inscrita no CNPJ/MF sob o n.º \_\_\_\_\_, sediada \_\_\_\_\_ (endereço completo), declara, sob as penas da lei, que recebeu todos os documentos necessários para participar do chamamento e de que tomou conhecimento de todas as informações e condições locais para o cumprimento das obrigações objeto deste.

Local e data

---

Assinatura do representante legal

Observações:

1 – Esta Declaração deverá ser confeccionada em papel timbrado da entidade e assinada pelo seu representante legal ou mandatário.



### **ANEXO II - TERMO DE REFERÊNCIA**

#### **I - DO OBJETO E DA JUSTIFICATIVA DO CREDENCIAMENTO**

1.1. Credenciamento de empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios visando à disponibilização de planos de saúde de abrangência Estadual e, facultativamente, em nível nacional para prestação de assistência médica ambulatorial, emergencial e/ou hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados no Estado do Rio de Janeiro e, facultativamente, no Brasil, com padrão de quarto individual, enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a ser prestada aos servidores ativos e inativos da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, ocupantes de cargos efetivos, temporários e cargos comissionados, e seus respectivos dependentes, para cobertura, em território Estadual e, facultativamente, nacional, de atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Resolução 196/09 e demais Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros (as) profissionais/instituições.

1.2. O credenciamento pretendido se justifica na medida em que o benefício visa proporcionar maior segurança médico-assistencial e tranquilidade aos servidores ativos e inativos da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, ocupantes de cargos efetivos, temporários e cargos comissionados, condição já prevista na Lei Complementar n.º 001 de 09 de maio de 1990, que dispõe sobre o estatuto dos funcionários públicos civis municipais, em seu Capítulo III, art. 254 que diz: *“À assistência à saúde do funcionário e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica e farmacêutica, prestada diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o funcionário, ou mediante convênio, na forma estabelecida em regulamento”.*

#### **II - DA CONCEITUAÇÃO**

Para fins deste documento, considera-se:

**2.1. USUÁRIOS** - Os inscritos no Programa de Assistência à Saúde na condição de beneficiários titulares e seus respectivos dependentes.

**2.2. BENEFICIÁRIO TITULAR** – Servidores ativos e inativos da Autarquia Empresa Pública de Transportes -EPT, ocupantes de cargos efetivos, cargos comissionados e temporários.

**2.3. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** - Os familiares dos servidores, na forma regulamentada neste Termo de Referência, conforme descritos no item 3.2.



**2.4. MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR** - O valor a ser estabelecido, pago à escolha do servidor, indicada no ato da adesão do beneficiário, referente à participação de todos os membros e servidores ativos e inativos da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, ocupantes de cargos efetivos, temporários e cargos comissionados.

**2.5. REDE CREDENCIADA** - Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Programa de Assistência à Saúde pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

**2.6. ABRANGÊNCIA DA REDE** – Localidades em que as operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, deverão oferecer todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, podendo ser de abrangência Estadual e, facultativamente, em nível Nacional.

**2.7. ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** – Empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como Administradora dos benefícios de planos de saúde ofertados pelas operadoras, com a qual a Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT celebrará Convênio para a disponibilização de serviços de Assistência Médico-Hospitalar, onde ofertará no mínimo 01 (uma) operadora dos serviços de plano de saúde de abrangência Estadual e, facultativamente, nacional, que atenda pelo menos as modalidades (opções) previstas nos subitens 14.1.1 e 14.2.2 deste Termo de Referência e, facultativamente, o subitem 14.1.3.

**2.8. OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE** – Empresa responsável pela prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

**2.9. TIPO DE PLANO** – Administradora deverá oferecer planos de saúde na modalidade sem co-participação para todo e qualquer procedimento (eventos de consultas, exames e internações), os quais não necessitem de autorização prévia.

2.9.1. PLANO BÁSICO – Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria.

2.9.2. PLANO ESPECIAL – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual.

2.9.3. PLANO OPCIONAL – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, com rede e/ou abrangência superior.

**2.10. COBERTURA AMBULATORIAL** – Nesta cobertura está garantida a prestação de serviços de saúde que compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais até a internação. Os atendimentos de



emergência estão limitados até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento. A realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar fica sob responsabilidade do beneficiário, mesmo sendo feito na mesma unidade de prestação de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas.

**2.11. COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRICIA** – Além do regime de internação hospitalar, também está incluída a assistência ao parto. É garantida, ainda, a cobertura assistencial ao recém-nascido filho natural ou adotivo do contratante, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

**2.12. UTI MÓVEL** – Compreende a prestação de assistência de Pronto Socorro Móvel de Emergência Médica, para todos os tipos de planos, de maneira opcional, na forma disciplinada neste Termo de Referência.

**2.13. REMOÇÃO** - Deslocamento dos usuários para o atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Termo de Referência de acordo com a Resolução Normativa da ANS n.º 259/2011 para garantir os prazos máximos de atendimento.

### **III - DOS BENEFICIÁRIOS**

3.1. São considerados beneficiários titulares:

3.1.1. Os servidores ativos e inativos da Autarquia Empresa Pública de Transportes – EPT, ocupantes de cargos efetivos, temporários e cargos comissionados.

3.2. São considerados beneficiários dependentes:

3.2.1. Cônjugue ou companheiro (a) em união estável;

3.2.2. O companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos aos mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

3.2.4. Os filhos, independente de idade;

3.2.5. O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial;

3.3. A Administradora de Benefícios admitirá a adesão dos dependentes descritos no item 3.2, em plano de assistência à saúde, com o servidor ativo ou inativo, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

3.3.1. Será(ão) formalizado(s) Termo(s) específicos para contemplar os dependentes, com os mesmos serviços, rede credenciada e prazos exigidos por este Termo de Referência, admitindo-se valores diferenciados.

3.4. Somente o servidor ativo e inativo da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, ocupantes de cargos efetivos, temporários e cargos comissionados, poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes.



#### IV – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E CUSTEIO DO VALOR DO CONVÊNIO

4.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes da Autarquia Empresa Pública de Transportes, a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor, cabendo à Autarquia somente realizar o desconto em folha de pagamento dos seus funcionários, por meio de autorização assinada pelos mesmos, e eventual repasse dos valores devidos à OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE.

4.2. O pagamento das mensalidades do plano, na modalidade pré-pagamento, será realizado preferencialmente mediante consignação em folha de pagamento, após autorização expressa do consignado.

4.3. Para escorreito atendimento da modalidade supramencionada, qual seja, desconto consignado, os servidores e administradoras de planos credenciadas deverão observar as disposições constantes no Decreto Municipal nº 128, de 06 de março de 2018.

4.4. Nos casos em que a margem consignável do servidor já estiver comprometida e não for possível a inclusão de nova consignação, o pagamento da mensalidade do plano será realizado através de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário, por meio de autorização assinada pelo mesmo.

4.5. Quando o beneficiário titular solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde a que estiver vinculado, será exigida, nesta hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou participação.

4.6. É VEDADO o pagamento pelos beneficiários dos Planos de assistência à saúde o pagamento de qualquer sobretaxa em relação aos valores apresentados pela administradora dos benefícios em sua Proposta ou o cometimento a terceiros (Ex. associação de servidores) da atribuição de proceder ao credenciamento e/ou intermediação do pagamento dos serviços prestados.

4.7. Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e a EPT, por intermédio de sua unidade técnica de gerenciamento de Contrato.

4.8. O reajuste dos valores contratados atenderá ao disposto no Item 18 do Termo de Referência e seus subitens, anexo a este Edital.

#### V - DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

5.1. A inclusão dos servidores ativos e inativos da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, ocupantes de cargos efetivos, temporários e cargos comissionados e seus respectivos dependentes, no Programa de Assistência à Saúde, far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa junto à Coordenadoria de Gestão de Pessoas e Recursos Humanos da EPT.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

5.2. É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este Termo de Referência.

5.3. Os servidores ativos e inativos da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, ocupantes de cargos efetivos, temporários e cargos comissionados, disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da formalização do Convênio com a Administradora de Benefícios, para solicitarem as suas inclusões e dos seus dependentes, se for o caso, no Programa de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.1.5.

5.4. Os servidores ativos e inativos da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, ocupantes de cargos efetivos, temporários e cargos comissionados, após a data a que se refere o subitem 5.3., disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrarem em exercício, para solicitarem a sua inclusão e dos seus dependentes, se for o caso, no Programa de Assistência à Saúde, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.1.5.

5.5. Os beneficiários dependentes que não aderirem nos prazos estipulado nos itens 5.3. e 5.4., cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.1.5., observado que o ônus da inclusão é de responsabilidade total do titular.

5.6. Os demais beneficiários do titular falecido durante a vigência do contrato poderão permanecer no Programa de Assistência à Saúde, desde que façam a opção por permanecer na titularidade do plano junto a Coordenadoria de Gestão de Pessoas/EPT, após a publicação do ato de concessão do Benefício Previdenciário, e terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a opção. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.1.5.

5.7. Os servidores ativos da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, incluídos no Programa de Assistência à Saúde, não serão excluídos ao passarem à inatividade, salvo se solicitarem expressamente a sua exclusão, o que implicará exclusão também dos seus dependentes.

5.8. Os dependentes que adquirirem essa condição após a inclusão dos membros e servidores ativos e inativos da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, ocupantes de cargos efetivos, temporários e cargos comissionados, no Programa de Assistência à Saúde (por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 - doze - anos guarda ou reconhecimento de paternidade) terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, após o fato gerador, para serem incluídos no Programa de Assistência à Saúde, sob pena do cumprimento da carência prevista no subitem 7.1.5.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

5.9. Fica sujeito à carência prevista no subitem 7.1.5 a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo servidor ativo e inativo da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, ocupantes de cargo efetivo, temporário e cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Municipal ou por perda da condição de dependente.

5.10. Em nenhuma hipótese poderá qualquer usuário manter mais de um plano de saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social do Município.

5.11. É garantida a manutenção no Plano de Saúde dos servidores ativos e inativos da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, ocupantes de cargos efetivos, temporários e cargos comissionados, que tenham sido exonerados/demitidos sem justa causa, cessados o exercício na Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, nas condições estabelecidas na legislação em vigor e no Contrato. O beneficiário terá, então, 30 dias para informar se deseja ou não ficar no plano.

5.12. A solicitação de inscrição de beneficiário no Programa de assistência à saúde deverá atender o cronograma abaixo, sendo essas datas consideradas para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência:

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	VIGÊNCIA
1º ao 15º dia	1º dia do mês subsequente
16º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente

5.13. A solicitação de exclusão de beneficiário no Programa de Assistência à Saúde tem efeito imediato a partir da data de ciência pela operadora, conforme prevê o art. 7º, § 3º da Resolução Normativa nº 412/2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

5.14. Caberá a Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos servidores ativos e inativos da EPT, ocupantes de cargos efetivos, temporários e cargos comissionados, e a relação dos dependentes com o servidor ativo ou inativo, descritos no item 3.2, quando solicitados pela Administradora de Benefícios.

## VI - DO DESLIGAMENTO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

6.1. A exclusão dos servidores ativos e inativos da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, ocupantes de cargos efetivos, temporários e cargos comissionados e seus respectivos dependentes, no Programa de Assistência à Saúde, far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa, junto à Coordenadoria de Gestão de Pessoas e Recursos Humanos da EPT.



6.2. A Administradora de Benefícios poderá promover a rescisão unilateral do Contrato do servidor ativo e inativo da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, ocupantes de cargos efetivos, temporários e cargos comissionados, que, por fraude ou inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o servidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

6.3. É de responsabilidade dos servidores ativos e inativos da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, ocupantes de cargos efetivos, temporários e cargos comissionados, solicitar, formalmente, à Coordenadoria de Gestão de Pessoas/EPT, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

6.4. A Coordenadoria de gestão de Pessoas/EPT deverá comunicar à Operadora de Saúde a perda do vínculo do servidor, competindo a esta o recolhimento de sua carteira de identificação, de seus dependentes e demais vinculados, se houver.

6.5. A exclusão do titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

## **VII - DA CARÊNCIA**

7.1. Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios do Programa de Assistência à Saúde:

7.1.1. Os usuários inscritos na forma regulamentada no item V;

7.1.2. Em situações de urgência ou emergência, desde que ocorram a partir do início de vigência de cobertura assistencial;

7.1.3. Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II da Lei Federal n.º 9.656, de 03 de junho de 1998.

7.1.4 Consultas médicas;

7.1.5. Para os pedidos de inclusão efetuados após o prazo estabelecido no item V, deverão ser cumpridas as carências determinadas pela ANS.

## **VIII - DA PORTABILIDADE**

8.1. A portabilidade se dará de acordo com a norma de vigência perante a ANS nos moldes da Resolução Normativa 438/18.

## **IX - DOS BENEFÍCIOS**

9.1. As operadoras de planos de saúde contratada pela Administradora de Benefício cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS (Resolução n.º 428/2017).



9.2. A Cobertura Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

- I - cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o *caput* deste artigo;
- III - cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados nos Anexos e nos artigos desta Resolução Normativa;
- IV - cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nos Anexos da Resolução Normativa do Rol de Procedimentos da ANS;
- V - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos da Resolução Normativa do Rol de Procedimentos da ANS, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
- VI - cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos da Resolução Normativa do Rol de Procedimentos da ANS, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;
- VII - cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I da citada Resolução, para segmentação ambulatorial;
- VIII - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;
- IX - cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- X - cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- XI - cobertura de 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 (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) 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;



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

XII – cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:

- a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei Federal n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
- b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.

XIII - cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Anexo I da Resolução para a segmentação ambulatorial;

XIV - cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I da Resolução Normativa;

XV - cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

XVI - cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos da Resolução com Rol de Procedimentos da ANS.

9.3. Para fins de aplicação do artigo 10 da Lei Federal n.º 9.656/1998 é permitida, para a segmentação ambulatorial, a exclusão de:

- I - procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- II - quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e
- III - embolizações.

9.4. Tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU n.º 11/1998 e normas complementares, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, abrangendo:

9.4.1. atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão), e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

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

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



9.5. A Cobertura Hospitalar com obstetrícia compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste subitem, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;

II quando houver previsão de mecanismos financeiros de regulação disposto em contrato para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo a coparticipação nas hipóteses de internações psiquiátricas somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato:

a) somente haverá fator moderador quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação contínuos ou não, nos 12 (doze) meses de vigência; e,

b) a co-participação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% (cinquenta por cento) do valor contratado.

III - cobertura de hospital-dia (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 proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II da Resolução ANS;

IV - cobertura de transplantes listados nos Anexos da Resolução Normativa da ANS, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 – vinte e quatro - horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 – vinte e quatro - horas e 48 – quarenta e oito - horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 – quarenta e oito - horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

V - cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

VI - cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos da Resolução da ANS

VII - cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, nos seguintes casos:

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

b) idosos a partir do 60 anos de idade; e



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

c) pessoas portadoras de deficiências.

VIII - cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilofaciais listados nos Anexos da Resolução com Rol de Procedimentos da ANS, para a segmentação hospitalar, conforme disposto no artigo 4º da referida Resolução Normativa, incluindo a solicitação de exames complementares e o 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;

IX - cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

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

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso XI do artigo 20 desta Resolução e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral; (Redação dada pelo RN n.º 349, de 09 de maio de 2014)

c) procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I desta Resolução para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos Anexos desta Resolução Normativa;

g) embolizações listadas nos Anexos desta Resolução Normativa;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos da Resolução Normativa com Rol de Procedimentos da ANS; e

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos da referida Resolução ANS, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

§ 1º Para fins do disposto no inciso deste artigo, deve ser observado o seguinte:

I - cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos contidos nos Anexos da Resolução Normativa com Rol de Procedimentos da ANS;

II - o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

III - em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora; e

IV- o profissional requisitante pode recusar até três nomes indicados por parte da operadora para composição da junta médica.

§ 2º Para fins do disposto no inciso IX deste subitem, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

I - em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

II - os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

9.6 A Cobertura Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no art. 23 da Resolução n.º 428/2017 da ANS, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) pré-parto;

b) parto; e,

c) pós-parto imediato por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contra-indicação do médico ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente;

II - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

III - opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

9.6.1 Para fins de cobertura do parto normal listado nos Anexos, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, de acordo com o artigo 4º da Resolução com Rol de Procedimentos da ANS.

#### 9.7. Nos atendimentos psiquiátricos:

9.7.1. Nos tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU n.º 11/1998 e normas complementares incluídas os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, compreendendo:

a) o custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

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

c) atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas;

d) e todos os demais casos previstos na Resolução CONSU nº 11, de novembro de 1998;

e) o custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com co-participação do Beneficiário Titular de 30% (trinta por cento);

f) o custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com co-participação do Beneficiário Titular de 30% (trinta por cento);

g) a cobertura de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, sendo estendida a 180 (cento e oitenta) dias, por ano, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na CID-10.

## X - DAS EXCLUSÕES

10.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei Federal nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei. São excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de:

- 10.1.1. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 10.1.2. atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- 10.1.3. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- 10.1.4. cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- 10.1.5. inseminação artificial;
- 10.1.6. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 10.1.7. tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- 10.1.8. transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
- 10.1.9. fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;



- 10.1.10. fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;
- 10.1.11. tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 10.1.12. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 10.1.13. aplicação de vacinas preventivas;
- 10.1.14. necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 10.1.15. aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- 10.1.16. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 10.1.17. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e
- 10.1.18. consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- 10.1.19 fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar.

## **XI - DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

11.1. Nos atendimentos de Emergência e Urgência nos seguintes casos:

- 11.1.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo da gestação.
- 11.1.2. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

11.1.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

- 11.1.4. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação;
- 11.1.4.1. Caberá as operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando à continuidade do atendimento.

11.2. Excepcionalmente, o beneficiário poderá contratar plano que contenha cláusula de extensão da cobertura assistencial, por prazo determinado, limitado a 30 (trinta) dias, no caso de urgência e emergência quando em serviço fora da área de abrangência ou no exterior.



## XII – DO REEMBOLSO

- 12.1. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território Estadual e, facultativamente, nacional, ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, sempre que:
- 12.1.1. O serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;
- 12.1.2. Se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;
- 12.1.3. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.
- 12.1.4. Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento, conforme previsto na Resolução Normativa 259/11 da ANS.
- 12.1.5. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício os seguintes documentos:
- 12.1.6. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- 12.1.7. Recibos de pagamento dos honorários médicos;
- 12.1.8. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
- 12.1.9. Laudo anatomo-patológico da lesão, quando for o caso.
- 12.1.10. Para fins de reembolso, o servidor, ativo ou inativo, deverão apresentar a documentação adequada no prazo máximo de doze meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

## XIII – DA REMOÇÃO

- 13.1. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

13.2. Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 (vinte e quatro) horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

13.2.1. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus;

13.2.2. As operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão disponibilizar ambulância terrestre e aérea – quando contratada - com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

13.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 11.2, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

#### **XIV – DAS ACOMODAÇÕES (TIPOS DE PLANOS)**

14.1. Nas acomodações será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede credenciada pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, dependendo do tipo de plano aderido, independente da terminologia usada pelas instituições hospitalares, conforme a seguir:

14.1.1. **PLANO BÁSICO** – Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria.

14.1.2. **PLANO ESPECIAL** – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual.

14.1.3. **PLANO OPCIONAL** – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, com rede e/ou abrangência superior.

14.2. Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

14.3. Os planos deverão ser oferecidos na **modalidade sem a co-participação** em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

14.4. A Administradora de benefícios poderá ofertar planos superiores ao previsto no subitem 14.1 deste Termo de Referência.

#### **XV – DA UTI MÓVEL (PRONTO SOCORRO MÓVEL)**

15.1. Atendimento imediato para os casos de quadros clínicos agudos que impliquem risco de morte. As características e condições da assistência incluem a presença, no local onde o



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

paciente se encontre, de uma equipe liderada por um médico especialista, e pessoal técnico auxiliar, com todos os equipamentos e medicamentos necessários para tratar as emergências e suas possíveis complicações. O tratamento se prolongará até a estabilização do paciente e, caso seja indicado, proceder-se-á a remoção deste até um centro de tratamento definitivo, estruturado, para evitar o risco vital.

**15.1.1 A mencionada cobertura poderá ser contratada de forma adicional no contrato de plano de saúde e cobrada a parte como adicional pela operadora do plano de saúde.**

15.2. São considerados quadros clínicos de emergência:

- a) cardiovasculares - parada cardíaco-respiratória, infarto agudo do miocárdio, angina "pectoris", edema agudo de pulmão, arritmias e acidente vascular cerebral;
- b) respiratórios - insuficiência respiratória aguda, crise asmática;
- c) neurológicos - síncope, convulsão, coma;
- d) comas metabólicos;
- e) politraumatismos graves;
- f) afogamentos;
- g) choques elétricos;
- h) intoxicações graves;
- i) anafilaxia; e
- j) toda outra situação que comprometa severamente um ou mais sistemas vitais.

15.3. A solicitação do atendimento deverá ser requerida através de central telefônica que atenderá às solicitações de serviços sem interrupções durante as 24 (vinte e quatro) horas, em todos os dias.

## XVI – REDE CREDENCIADA

16.1. A Administradora de Benefícios deverá manter, nas dependências da Sede da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, em Maricá/RJ, posto de apoio para atendimento aos servidores, nos primeiros 30 dias de vigência do Termo de Convênio, no período de implantação, e após esse período os beneficiários poderão ser atendidos pelos demais canais de atendimento disponibilizados pela Administradora (Tele atendimento, Web e App).

16.2. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios deverão oferecer a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar, que atendam a todos as coberturas descritas no rol de procedimentos da ANS.

16.3. Manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta.



## XVII – OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

### 17.1. São obrigações da Administradora de Benefícios:

- a) Apresentar aos Beneficiários da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, no mínimo 01 (uma) operadora dos serviços de assistência médica-hospitalar em nível Estadual e, facultativamente, Nacional, que atenda pelo menos as modalidades (opções) previstas nos subitens 14.1.1 e 14.1.2 deste Termo de Referência e, facultativamente, o subitem 14.1.3, devidamente registrada na ANS;
- b) fiscalizar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto à(s) operadora(s) contratada(s), os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere a alteração da rede credenciada;
- c) realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT;
- d) orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas na legislação de Saúde Suplementar e as do Termo de Convênio;
- e) exigir dos beneficiários documento que comprove seu vínculo junto a Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;
- f) efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;
- g) assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidarem esforços para a substituição da operadora contratada, impedindo a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- h) efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- i) efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;
- j) visando à prestação de contas da alínea "I", as Administradoras de benefícios deverão apresentar, mensalmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante as operadoras de planos de saúde;
- k) informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora;
- l) elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;
- m) executar, quando solicitado pela Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT, ações de saúde preventiva, bem como de qualidade de vida dos servidores e de seus dependentes, sem ônus financeiro para a EPT;



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

- n) intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos em conjunto com a Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT;
- o) disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- p) comunicar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda, quando atingirem a idade limite de 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro) anos para estudantes;
- q) A administradora de benefícios credenciada deverá proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRN, observando o que dispõe a Resolução Normativa 255/2011 da ANS;
- r) A administradora de benefícios credenciada deverá comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;
- s) emitir, mensalmente, relatórios gerenciais, com os seguintes dados:
- I. Perfil biométrico e epidemiológico da carteira;
  - II. Perfil etário;
  - III. Despesa per capita por: faixa etária, plano e sexo;
  - IV. Percentual de sinistralidade da carteira;
  - V. Indicadores sobre a utilização constando:
    - a) Consultas por beneficiário por ano;
    - b) Valor médio da consulta;
    - c) Percentual de freqüência das 10 (dez) maiores especialidades em relação ao total de consultas (maiores incidências).  - VI. Diagnose, compreendendo:
    - a) Exames por beneficiários por ano;
    - b) Exames por consulta por ano;
    - c) Valor médio dos exames de baixo e de alto custo;
    - d) Percentual de freqüência das 10 (dez) maiores patologias que geraram terapias em relação ao total.  - VII. Terapias, compreendendo:
    - a) Valor médio;
    - b) Percentual de freqüência das 10 (dez) maiores patologias que geraram terapias em relação ao total;
    - c) Percentual de freqüência das 10 (dez) maiores terapias em relação ao total (maiores incidências);  - VIII. Internações clínicas, cirúrgicas, partos e UTI:
    - a) Tempo médio de dias de internação;
    - b) Percentual de internados em relação ao total da população por ano;
    - c) Valor médio da Internação;
    - d) Percentual de freqüência das 10 (dez) maiores patologias que geraram internações em relação ao total de internações (maiores incidências).  - IX. Prestadores:
    - a) curva ABC de prestadores x utilização;
    - b) 50 (cinquenta) maiores prestadores de serviços;
    - c) Percentual de utilização por tipo de prestador (hospital, clínica, laboratório, etc);



X. Casos Crônicos:

- a) Identificação de casos crônicos;
- b) Efetivação de Monitoramento através da utilização;
- c) Descrição das Patologias;
- d) Valor médio mensal por assistido;
- e) Relatório técnico de acompanhamento.

XI. Grupo de Risco

- a) Identificação de beneficiários de risco;
- b) Monitoramento;
- c) Patologias;
- d) Relatório técnico de acompanhamento.

## **17.2. São obrigações das Operadoras**

17.2.1. Caberá à(s) Operadora(s) contratada(s) pela(s) Administradora(s) de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo e Contrato, cumprir os dispositivos da Lei Federal n.º 9.656/98 e Resolução 196/09 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e seus demais normativos:

- a) oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 (vinte e quatro) horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;
- b) O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.
- c) Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de planos de saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras de planos de saúde contratada pela Administradora de Benefício, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;
- d) Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de planos de saúde contratada pela Administradora de Benefício os seguintes documentos:
  - I. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
  - II. Recibos de pagamento dos honorários médicos;
  - III. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
  - IV. Laudo anatomo-patológico da lesão, quando for o caso.
- e) zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados;
- f) não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência;



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

- g) fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
  - h) fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos);
  - i) manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios;
  - j) fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários, de acordo com a alínea “Q” do item 17.1.;
  - k) assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infecto-contagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações;
  - l) deverá possuir a facilidade “*disque 24 (vinte e quatro) horas*”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários;
- m) zelar pela manutenção dos Prontuários dos beneficiários dos planos de saúde, de modo que permita o acompanhamento, controle e a supervisão dos serviços.

**17.3. São obrigações da Autarquia Empresa Pública de Transportes - EPT:**

- a) colocar à disposição da Administradora de Benefícios informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;
- b) permitir à Administradora de Benefícios a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;
- c) permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios o acesso às dependências da sede da Autarquia Empresa Pública de Transportes – EPT, em Maricá/RJ, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;
- d) acompanhar e fiscalizar a execução dos Termos de Acordos, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento;
- e) acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes perante as Administradoras.



## XVIII – DO REAJUSTE DOS VALORES CONTRATADOS

18.1. O reajuste anual dos valores contratados, será da seguinte forma:

18.1.1. Se ocorrer acima de 75% (setenta e cinco) de sinistralidade (inclusive), o reajuste será a soma da variação acumulada em 12 meses do IPCA, acrescida do Reajuste Técnico (RT), observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora, bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 75% (setenta e cinco por cento).

18.1.2. Os valores das contribuições mensais em valor serão reajustados anualmente, em conformidade com a situação que se enquadre no disposto no subitem 18.1.1;

18.1.4. Em caso de aplicação de reajuste por índice, será utilizado o índice de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA) acumulado nos últimos 12 (doze) meses, ou, na falta deste, outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da meda no período, sendo o reajuste financeiro do contrato;

18.1.6. Caso seja aplicado o Reajuste Técnico aos valores do contrato, a apuração será conforme fórmula abaixo:

$$RT = \frac{S_{\text{período}}}{S_{\text{meta}}}$$

De modo que:

- a) RT: Reajuste Técnico;
- b) S meta: corresponde a sinistralidade meta de 75% (setenta e cinco);
- c) S período: corresponde a sinistralidade do período (mínimo de 12 meses), obtida pela divisão dos valores dos eventos sobre as contraprestações do período.

18.1.7. Caso o resultado da aferição do Reajuste Técnico seja negativo, o contrato será reajustado somente pelo índice financeiro. O mesmo se aplica caso o Reajuste Financeiro seja negativo, somente será considerado o Reajuste Técnico. Em caso de ambos negativos, não caberá reajustes dos valores. Qualquer reajuste aplicado deverá ser comunicado à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

18.1.8. Os efeitos financeiros do pedido de reajuste serão oficializados mediante termo aditivo ou instrumento equivalente, nos termos da legislação aplicável ao objeto.

18.1.9. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste.

18.1.10. Caso o índice estabelecido para reajustamento do preço seja extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, as partes desde já concordam que em substituição, seja adotado o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.

18.1.11. Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice para reajustamento do preço.

18.2. O valor pactuado poderá ser revisto mediante solicitação da CONTRATADA, com vistas a manutenção do equilíbrio contratual, na forma do artigo 65, inciso II, da alínea “d” da Lei 8.666 / 93, e observado o subitem subsequente.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

18.3. As eventuais solicitações deverão fazer-se acompanhar de comprovação de superveniência do fato imprevisível ou previsível, porém de consequências incalculáveis, bem como da demonstração analítica de seu impacto nos custos do Contrato.

## **XIX – DISPOSIÇÕES GERAIS**

19.1. Serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infecto-contagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas complicações.

19.2. Os serviços de pronto-socorro devem dar atendimento médico de urgência e emergência, durante 24 (vinte e quatro) horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internação e exames complementares de diagnóstico.

19.3 Promover a remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro, conforme prevê o artigo 12, inciso II, alínea “e”, da Lei 9.656/98.

19.4. A Administradora de Benefícios deverá possuir, na data de assinatura do Termo de Convênio, da facilidade disque 24 (vinte e quatro) horas, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

19.5. As exclusões de usuários do Programa de Assistência à Saúde serão, tempestivamente, comunicadas à empresa prestadora dos serviços, pela Coordenadoria de Gestão de Pessoas/EPT, observado o constante do item VI do Termo de Referência. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da Administradora de Benefícios.

19.6. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios reservam-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei Federal nº 9.656, de 1998.

19.7. Não caberá às operadoras de Plano de Saúde contratadas pela Administradora de Benefícios nenhuma responsabilidade por atos culposos, dolosos ou acidentais que acarretem dano à saúde do servidor ou de seus dependentes, provocado por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do servidor.

19.8. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionadas na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo às operadoras efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

19.9. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios do Programa de Assistência à Saúde.

19.10. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios poderão exigir autorização prévia para a realização de procedimentos, conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

19.11. Nos casos em que as operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios estabelecer autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

19.12. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de quarenta e oito horas contadas da formalização do processo.

19.13. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da operadora, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

19.14. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

19.15. Na hipótese de ocorrer à substituição de entidade hospitalar por vontade das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

19.16. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

19.17. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 05 (cinco) anos de idade.

19.18. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios não se responsabilizarão pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

19.19. Os casos omissos serão dirimidos pela Presidência da EPT, em conjunto com a Administradora de Benefícios.

Maricá / RJ, 05 de maio de 2021.

**VINICIUS PINTO DA MOTTA**  
Diretor Administrativo e Financeiro EPT  
Matrícula 10.00164



## ANEXO A DO TERMO DE REFERÊNCIA

Tabela contendo a distribuição das faixas etárias dos servidores efetivos e comissionados e seus respectivos dependentes, com base em informativos do imposto de renda, podendo sofrer alterações:

FAIXA ETÁRIA	BENEFICIÁRIOS				
	TITULARES		DEPENDENTES		TOTAL
	HOMENS	MULHERES	HOMENS	MULHERES	
0 a 18 anos	0	0	48	44	92
19 a 23 anos	2	1	14	16	33
24 a 28 anos	7	0	1	12	20
29 a 33 anos	19	4	0	7	30
34 a 38 anos	23	5	0	8	36
39 a 43 anos	28	9	1	13	51
44 a 48 anos	29	5	1	7	42
49 a 53 anos	14	3	2	5	24
54 a 58 anos	7	3	0	4	14
59 anos ou +	6	3	0	2	11
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>135</b>	<b>33</b>	<b>67</b>	<b>118</b>	<b>353</b>



## ANEXO B DO TERMO DE REFERÊNCIA

Tabela contendo a distribuição de vidas por Município, podendo sofrer alterações:

DISTRIBUIÇÃO DE VIDAS POR MUNICÍPIO			
MUNICÍPIO	TITULARES	DEPENDENTES	TOTAL
ARARUAMA	3,00	4,00	7,00
BELFORD ROXO	2,00	3,00	5,00
DUQUE DE CAXIAS	6,00	6,00	12,00
ITABORAI	12,00	14,00	26,00
JAPERI	1,00	2,00	3,00
MACAÉ	1,00	1,00	2,00
MAGE	2,00	0,00	2,00
MARICA	66,00	45,00	111,00
MESQUITA	2,00	2,00	4,00
NILOPOLIS	1,00	0,00	1,00
NITERÓI	18,00	16,00	34,00
NOVA IGUAÇU	1,00	2,00	3,00
RIO DE JANEIRO	21,00	17,00	38,00
RIO BONITO	3,00	7,00	10,00
RIO DAS OSTRAS	1,00	1,00	2,00
SÃO GONÇALO	19,00	28,00	47,00
SÃO PEDRO DA ALDEIA	1,00	2,00	3,00
SAQUAREMA	3,00	6,00	9,00
TANGUÁ	3,00	6,00	9,00
<b>TOTAL</b>	<b>166,00</b>	<b>162,00</b>	<b>328,00</b>

Fonte EPT em 20/04/2021 - Sujeito à alterações



***ANEXO III - MINUTA DE TERMO DE CONVÊNIO N.º \_\_\_\_\_***

**MINUTA DE CONVÊNIO QUE ENTRE SI  
CELEBRAM A AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA  
DE TRANSPORTES - EPT E**

A AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES - EPT, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Rua \_\_\_\_\_, Maricá, CNPJ nº \_\_\_\_\_, doravante denominado **EPT**, representado neste ato pelo Ilmo. Sr. Presidente \_\_\_\_\_ (qualificar) doravante denominada **1<sup>a</sup> CONVENENTE** e \_\_\_\_\_ situada na \_\_\_\_\_, e inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, Inscrição Estadual \_\_\_\_\_, doravante denominada **2<sup>a</sup> CONVENENTE**, representada neste ato por \_\_\_\_\_(IDENTIFICAR REPRESENTANTE E QUALIFICAR) resolvem celebrar o presente **CONVÊNIO** \_\_\_\_\_, conforme autorizada no **processo administrativo nº \_\_\_\_\_, com fulcro no art. 25, caput, da Lei nº 8.666/93**, aplicando-se a este Termo as normas gerais da Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993, do Decreto Municipal 158/2018, Decreto Municipal nº 128/2018 bem como as cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

O presente Convênio tem por objeto estabelecer condições gerais e demais critérios a serem observados na concessão de Plano de Saúde, com pagamento mediante consignação em folha de pagamento, aos servidores da EPT.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DOS PLANOS DE SAÚDE**

O CONVENENTE, desde que respeitadas as suas programações, normas operacionais e análise, concederá Plano de Saúde aos servidores da AUTARQUIA, com pagamento mediante consignação em folha de pagamento.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO.** As operações contratadas ao amparo deste Convênio poderão ser repactuadas lavrando-se na ocasião Termo Aditivo ao Convênio.

**PARÁGRAFO SEGUNDO.** Para realização das operações de Plano de Saúde, objeto deste Convênio os servidores deverão dispor de margem consignável em vigor e confirmadas pelo Setor de Recursos Humanos da EPT.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

**PARÁGRAFO TERCEIRO.** Os contratos de Plano de Saúde aos servidores da AUTARQUIA, após devidamente formalizados e deferidos pelo CONVENENTE, passam a existir autonomamente, sempre respeitando os termos deste Convênio e do Decreto Regulamentador no âmbito do Município de Maricá e da EPT.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES**

As operações formalizadas pelo CONVENENTE com os servidores da EPT, obedecerão às seguintes condições:

- I) Taxas a partir de \_\_\_\_%;
- II) Prazos de pagamentos de até \_\_\_\_ , sujeitos a alterações;
- III) A liberação dos valores dependerá de documento confirmatório da margem consignável, expedido pelo Setor de Recursos Humanos da EPT.

### **CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

A EPT compromete-se à:

- I) Adotar no que lhe competir, as providências necessárias para viabilizar a formalização das operações entre a CONVENENTE e os servidores;
- II) Prestar aos servidores e ao CONVENENTE, mediante solicitação, por escrito, o valor de sua margem consignável, autorizando o desconto mensal da parcela solicitada;
- III) Confirmar ao CONVENENTE, no prazo máximo de \_\_\_\_ dias, contados da data da solicitação, salvo se o servidor ou CONVENENTE venham a retirar o documento de solicitação da margem consignável do Setor competente da EPT, a possibilidade de realizar os descontos em folha de pagamento dos servidores, para que os recursos possam ser liberados, observando-se o disposto no parágrafo segundo da Cláusula Segunda deste Convênio;
- IV) Efetuar descontos em folha de pagamento dos valores autorizados pelos servidores, observado o limite máximo permitido pela legislação em vigor e repassar os valores mediante crédito na Conta do CONVENENTE, nas datas estabelecidas para vencimento das parcelas;
- V) Informar mensalmente, ao CONVENENTE, por escrito, os valores consignados, devidamente identificados, até 05 (cinco) dias após o pagamento dos servidores.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

**PARÁGRAFO PRIMEIRO.** A folha de pagamento da EPT fechará no dia \_\_\_ de cada mês e a data de pagamento será até o \_\_\_ dia útil após o dia \_\_\_ de cada mês.

**PARÁGRAFO SEGUNDO.** A Consignação em folha de pagamento não implica em responsabilidade da EPT, por dívidas ou compromissos pecuniários assumidos por seus servidores.

O CONVENENTE compromete-se a:

I - atender e orientar os servidores da EPT quanto aos procedimentos a serem adotados para a obtenção do Plano de Saúde concedidos ao amparo deste Convênio;

II – informar à EPT, por escrito, as propostas de Plano de Saúde, apresentadas pelos servidores diretamente ao CONVENENTE, conforme o caso, para confirmação da reserva de margem consignável;

III – fornecer à EPT arquivo contendo a identificação de cada contrato, beneficiário, prazo da operação e valores das prestações a serem descontadas;

IV – prestar à EPT e ao servidor beneficiário, as informações necessárias

V – adotar, no que lhe competir, as providências necessárias para viabilizar a formalização das operações, ao amparo deste Convênio, com os servidores da EPT, observadas suas programações orçamentárias, normas operacionais;

VI – disponibilizar aos servidores da EPT informações relativas às respectivas operações por eles contratadas ao amparo deste Convênio.

### **CLÁUSULA QUINTA – DA RENÚNCIA E DA RESCISÃO**

A inexecução total ou parcial do ajustado poderá ensejar sua Rescisão pela EPT, pelos motivos, na forma e com as consequências previstas nos artigos 77 a 80 da Lei n.º 8.666/93, salvo se houver motivo justificado aceito pelo mesmo.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO.** Este Convênio poderá, ainda, ser denunciado a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante comunicação por escrito com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ficando suspensas novas contratações de operações a partir de sua denúncia.

**PARÁGRAFO SEGUNDO.** A extinção deste Convênio não implicará na exoneração da EPT no que se trata as obrigações contraídas durante sua vigência, em especial, a retenção mensal dos valores das parcelas dos Planos de Saúde de seus servidores, com o respectivo repasse mensal ao CONVENENTE, nas respectivas datas de vencimento até o término dos contratos de Plano de Saúde celebrados na vigência deste Convênio.



## CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA

O presente Convênio terá vigência por 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua assinatura.

## CLÁUSULA SÉTIMA – DA FISCALIZAÇÃO

Na forma do que dispõe o artigo 67 da Lei n.º 8.666/93, fica designado Setor de Recursos Humanos da EPT para acompanhar e fiscalizar a execução do presente, bem como, colher os documentos necessários à concessão do Plano de Saúde, ao amparo deste Convênio, responsabilizando-se pela veracidade das informações acerca das margens consignáveis, dados, arquivos ou documentos dos servidores enviados ao CONVENENTE.

## CLÁUSULA OITAVA - DA PUBLICAÇÃO

A publicação do extrato deste CONVÊNIO e de seus aditamentos no Jornal Oficial de Maricá, que é condição indispensável para sua eficácia, será providenciada pelo EPT, às suas expensas, até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo máximo de vinte dias daquela data contendo os seguintes elementos:

- a)espécie, número, e valor do instrumento;
- b) denominação, domicílio e inscrição no Cadastro Geral de Contribuintes;
- c) resumo do objeto;
- d) Prazo de vigência e data da assinatura.

## CLÁUSULA NONA - DAS CONDIÇÕES GERAIS

Pactuam, ainda, as seguintes condições:

- a) todas as comunicações relativas a este Convênio serão consideradas como regularmente efetuadas, se entregues por protocolo ou remetidas por correspondência, telegrama, fax ou telex, devidamente comprovadas por conta, no endereço das partes;
- b) as alterações de endereços e de número de telefone, telex e fax de quaisquer dos Partícipes devem ser imediatamente comunicadas por escrito;
- c) as reuniões entre os representantes credenciados pelos partícipes, bem como quaisquer ocorrências que possam ter implicações neste Convênio, serão aceitas somente se registradas em ata ou relatórios circunstanciados.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ  
AUTARQUIA EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTES

## CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO

Os partícipes elegem o Foro da Comarca de Maricá, para dirimir quaisquer dúvidas ou questões oriundas do presente Instrumento, que não possam ser resolvidas administrativamente.

E, por estarem plenamente de acordo, os partícipes firmam o presente Instrumento, na presença das testemunhas abaixo indicadas, em duas vias de igual teor e forma, obrigando-se ao fiel cumprimento de suas disposições.

Maricá, de \_\_\_\_\_ de 2021.

---

**AUTARQUIA**

---

**CONVENENTE**

### TESTEMUNHAS:

**A)**

**B)**