

TERMO DE REFERÊNCIA**1) OBJETO**

Contratação de operadora, com registro na ANS, de plano/seguro de assistência médica coletivo empresarial, com segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetria, compreendendo os serviços clínicos e cirúrgicos, ambulatoriais, laboratoriais, internação clínica, cirúrgica e obstétrica, por meio de médicos, hospitais, laboratórios e outros serviços auxiliares de diagnósticos e terapia, com co-participação máxima de 50%, na modalidade de formação de preço e mensalidade com valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal.

Abrangência: Plano Nacional

Beneficiários: diretores e empregados da InvestSC, bem como seus dependentes legais.

Normas aplicáveis: Lei Federal 13.303/2016, Lei Federal nº 9.656/98, RN ANS nº 557/2022 e demais resoluções governamentais.

Prazo: 12 meses, podendo ser prorrogado por até 60 meses.

2) ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO**2.1 Titulares e Dependentes por faixa etária**

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

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

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

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

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

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

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

- a) no plano hospitalar: as despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista, para crianças e adolescentes menores de 18 anos, idosos a partir de 60 anos de idade e pessoas com deficiência;
- b) no plano hospitalar com obstetrícia: as despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange dez dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

3) QUANTIDADE E UNIDADE DE MEDIDA

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

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

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

3.4 A InvestSC manterá atualizada junto à Contratada a relação dos usuários titulares e

dependentes, seus nomes e outros dados necessários, por meio da proposta de inclusão e exclusão, sendo responsabilidade da InvestSC a informação dos dependentes por titular, ficando assegurado a Contratada o direito de solicitar a devida comprovação sempre que julgar necessário.

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

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

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

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

4) JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

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

5) PROPOSTA

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

5.2 A apresentação da proposta deve seguir o modelo constante no Anexo II.

6) MODO DE DISPUTA E CRITÉRIO DE JULGAMENTO

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

6.2 A formação do preço se deu mediante consulta formal ao mercado.

7) REQUISITOS DE HABILITAÇÃO

7.1 Habilitação jurídica:

a) registro comercial, no caso de empresa individual;

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

7.2 Regularidade fiscal:

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

7.3 Qualificação técnica:

- a) O Licitante deverá apresentar certificado emitido pelo Conselho Regional de Medicina – CRM, comprovando sua inscrição naquele órgão como operadora de plano de saúde;
- b) O Licitante deverá apresentar comprovação de aptidão de desempenho de atividade pertinente ao objeto deste termo de referência, por meio de Atestado de Capacidade Técnica, fornecido por pessoas jurídicas de direito público ou privado, de notória idoneidade;
- c) O atestado deverá conter a identificação do signatário, ser apresentado em papel timbrando da empresa ou órgão declarante, claramente identificada a razão social e o CNPJ do licitante;
- d) Comprovante de registro e autorização expedido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de que o licitante atua como operadora de plano de saúde na condição de ativo. A comprovação da condição de ativo será mediante apresentação do número do registro, junto à ANS, de um plano de saúde por ele gerido;
- e) Documentos que comprovem possuir na rede credenciada de atendimento:
 - e.1) Mínimo de 1.200 (mil e duzentos) médicos credenciados na Grande Florianópolis;
 - e.2) Mínimo de 120 (cento e vinte) clínicas credenciadas na Grande Florianópolis;
 - e.3) Mínimo de 40 (quarenta) laboratórios credenciados na Grande Florianópolis;
 - e.4) Mínimo de 12 (doze) hospitais/maternidade na Grande Florianópolis.

7.4 Qualificação econômico-financeira:

- a) balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social ou da recuperação judicial ou extrajudicial;
- b) certidão negativa de feitos sobre falência, expedida pelo distribuidor da sede do licitante.

8) A FORMAÇÃO DO PREÇO E AS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

8.1 A formação de preço e mensalidade se dará com valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga à Contratada antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

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

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

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

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

9) CRITÉRIOS DE REAJUSTE

9.1 Os preços contratados não poderão sofrer reajustes em periodicidade inferior a doze meses, ressalvados os reajustes por mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei nº 9.656, de 1998.

9.2 O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice eleito, que será apurado no período de doze meses consecutivos, bem como o tempo de antecedência, em meses, da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerado o mês de assinatura do contrato.

10) CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO DOS SERVIÇOS

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

10.1.1 Os atendimentos ficarão limitados aos profissionais cooperados e contratados pela operadora, assim como aos estabelecimentos que integram a rede assistencial própria ou contratada pela operadora, conforme lista disponibilizada pela Contratada, sem prejuízo das hipóteses de reembolso expressamente previstas no Contrato

10.2 Garantir o acesso e o atendimento dos beneficiários aos serviços e procedimentos

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

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

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

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

10.6 Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação nos casos de internação hospitalar, em atendimentos realizados nos hospitais, clínicas e laboratórios integrantes da rede básica (própria ou contratada) do planç, por médicos cooperados e profissionais de saúde contratados, todos devidamente habilitados pelo respectivo Conselho de Classe.

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

10.8 A cobertura para os procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar.

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

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

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

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

10.13 Nos procedimentos obstétricos, deverá ser estendida a cobertura assistencial ao recém-nato, filho natural do usuário do plano ou seguro, como dependente, isento do cumprimento

de períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção.

10.14 A Contratada disponibilizará o serviço ou procedimento com coparticipação em consultas, exames e procedimentos ambulatoriais, nos termos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do atendimento, conforme Tabela de Referência de Coparticipação da Contratada.

10.14.1 Os valores de coparticipação serão limitados ao teto de R\$ 310,00 (trezentos e dez reais) por serviço/procedimento.

10.14.2 As internações hospitalares, excetuadas as internações psiquiátricas, serão cobertas integralmente pela Contratada, sem a incidência de coparticipação.

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

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

10.16 O contrato deverá especificar as condições de atendimento do beneficiário junto à rede de prestadores, contemplando as condições de habilitação, as formas de acesso aos serviços dos diversos tipos e aqueles procedimentos que requerem autorização prévia.

10.17 Nos procedimentos que exigem autorização prévia, a Contratada deverá informar a rotina para a sua obtenção e que a resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento será dada, no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência (art. 4º, IV, da Resolução CONSU nº 8/98).

10.18 A Contratada deverá assegurar que os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais possam ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora (art. 12, I, alínea “b” da Lei nº 9.656/98 e art. 2º, VI, da Resolução CONSU nº 8/98).

10.19 A Contratada deverá informar os meios de divulgação da rede de prestadores de serviços (impresso, telefônico ou eletrônico).

10.20 A Contratada deverá disponibilizar contato telefônico 24h por dia, 7 (sete) dias por semana, com pessoal habilitado a informar e orientar os beneficiários;

10.21 A Contratada deverá assegurar que eventual alteração na rede hospitalar observará o disposto no artigo 17 e parágrafos, da Lei nº 9.656, de 1998, com a comunicação prévia nos casos de substituição de rede hospitalar ou autorização da ANS nos casos de redimensionamento por redução de rede hospitalar.

10.22 A Contratada deverá indicar, quando houver, termos específicos relacionados à

cobertura de determinado procedimento ou evento em saúde.

10.23 A Contratada deverá assegurar que junta médica definirá os impasses em casos de divergências médicas ou odontológicas, na forma da Resolução Normativa nº 424, de 2017.

10.24 O plano médico hospitalar deve atender situações de urgência e emergência, na forma do artigo 35-C da Lei nº 9.656, de 1998, de acordo com a segmentação contratada, e garantir a remoção, quando necessária por indicação médica, para outra unidade da Contratada ou para o SUS, quando não há cobertura para a continuidade do tratamento.

10.24.1 Situações de emergência são aquelas que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

10.24.2 Situação de urgência, são aquelas resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

10.25 O plano ambulatorial deve garantir a cobertura nas urgências e emergências por, no mínimo, doze horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação (art. 2º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU nº 13/98);

10.26 A Contratada deve garantir a remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente;

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

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

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

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

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

10.32 A Contratada deverá garantir atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência

for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação;

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

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

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

10.36 A Contratada deverá garantir que o valor do reembolso nas urgências e emergências não seja inferior ao valor praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano (art. 12, VI, da Lei nº 9.656/98).

10.36.1 O caráter de urgência e emergência apto a assegurar o reembolso previsto nos itens **10.35 e 10.36** está sujeito à análise e confirmação pela Contratada.

10.36.2 Os documentos hábeis a viabilizar o reembolso são os previstos em contrato e deverão ser apresentados à Contratada em até 1 (um) ano após a realização da despesa a ser ressarcida.

10.36.3 O reembolso será realizado em até trinta dias contados da entrega dos documentos.

10.37 O reembolso de despesas só será realizado:

a) no atendimento de urgência e emergência, limitado ao preço do serviço médico e hospitalar praticado pelo respectivo produto, quando não for possível a utilização da rede do plano, desde que cumpridos os prazos de carência, cobertura parcial temporária, área de abrangência, segmentação e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente; e

b) em caso de dificuldade de realizar um serviço ou procedimento devido à indisponibilidade ou indisponibilidade de prestadores na rede do plano de saúde, desde que comprove o contato com a Contratada através de seus canais de atendimento, que analisará a pertinência da liberação do procedimento fora da rede credenciada,

10.38 Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Contratada, desse ônus.

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

10.40 Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, a Contratada deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

10.41 Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no **item 10.39**, a Contratada estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

11) EXCLUSÃO DE COBERTURA

11.1. Estão excluídas da cobertura as situações previstas nos incisos do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998, observada a regulamentação em vigor e respeitada a cobertura assistencial obrigatória prevista nos artigos 10, 10-A e 12, da Lei nº 9.656, de 1998, de acordo com a segmentação assistencial, área geográfica de abrangência e área de atuação do produto.

11.2 A exclusão de cobertura referida no item 11.1 deve ser redigida em linguagem clara e acessível e de forma destacada, observadas as regulamentações em vigor.

12) DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

12.1. Doença ou lesão preexistente é aquela de que o beneficiário é sabedor no momento da contratação ou adesão ao plano.

12.2 O beneficiário deverá preencher declaração de saúde, no momento da contratação ou adesão ao plano

12.3 Caso a Contratada opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá oferecer Cobertura Parcial Temporária (CPT). O oferecimento de CPT neste caso é obrigatório, sendo facultado o oferecimento de agravo como opção à CPT.

12.3.1 Cobertura Parcial Temporária caracteriza-se pela suspensão, por um período ininterrupto de até vinte e quatro meses, contados a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas.

12.4 Caso venha a ser identificado indício de fraude, referente à omissão de conhecimento de Doenças e Lesões Preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a Contratada deverá comunicar imediatamente ao beneficiário e poderá oferecer as opções de CPT, agravo ou abrir processo administrativo para julgamento da alegação de omissão de informação na declaração de saúde.

12.4.1 Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

12.5 É vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela Contratada, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

12.6 Nos contratos de planos coletivos empresariais, a Contratada deverá, ainda, especificar que não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária ou Agravado, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

13) DISPOSIÇÕES SOBRE OS PARTICIPANTES

13.1 Os atuais empregados e diretores da InvestSC, bem como os seus dependentes, serão inscritos sem carências, desde que incluídos na data da assinatura do instrumento contratual ou se a sua inscrição ocorrer em até 30 (trinta) dias da data de sua admissão na InvestSC, ou ainda, após atendidas as condições que os habilitaram a tornarem-se dependentes. A InvestSC comunicará à Contratada toda admissão de empregado, bem como de novos dependentes, para sua inclusão nos serviços de assistência médica.

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

13.3. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato coletivo e aqueles a este já vinculados.

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

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

13.5 As carências máximas previstas serão de:

- a) um período máximo de 300 dias para partos a termos; e,
- b) um período máximo de 180 dias para os demais casos;
- c) prazo máximo de 24 horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

13.5.1 Não haverá carências nos contratos com trinta participantes ou mais para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

13.5.2 Nos contratos de planos coletivos, havendo carência, a contagem para cada beneficiário se dará a partir de seu ingresso.

13.5.3 Ao filho adotivo menor de doze anos é assegurada a inscrição com aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário adotante (art. 12, VII, da Lei nº 9.656/98);

13.5.4 Ao recém-nascido, filho adotivo ou natural, é assegurada a inscrição como dependente, com isenção de carência (art. 12, III, "b", da Lei nº 9.656/98), sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão preexistente-DLP ou aplicação de cobertura parcial temporária - CPT ou Agravado - no caso de contrato de plano hospitalar com cobertura obstétrica.

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

13.7 Caberá tão somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

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

- a) por fraude;
- b) por perda dos vínculos do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- c) a pedido do beneficiário.

13.9 A exclusão, a pedido do beneficiário, tem efeito imediato a partir da data de ciência da Contratada, nos termos da Resolução Normativa 561/2022. Art. 7, §3º.

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

13.11 A Contratada garantirá os direitos de permanência no plano aos demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuirão para o plano, conforme disposto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, observada a Resolução Normativa nº 488, de 2022, observado:

13.11.1 O prazo máximo de trinta dias para o exercício da opção assegurada, contado a partir da comunicação inequívoca do empregador ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho (art. 10 da RN Nº 488/2022);

13.11.2. O período de manutenção da condição de beneficiário observará, conforme o caso, às disposições do art. 30, § 1º, da Lei nº 9.656, de 1998 c/c parágrafo único do art. 4º da Resolução Normativa nº 488/2022, e o art. 31, caput e § 1º da Lei nº 9.656, de 1998 c/c art. 5º, caput e parágrafo único da Resolução Normativa nº 488/2022;

13.11.3 É assegurada a extensão do benefício ao grupo familiar do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa, ou aposentado, inscrito quando da vigência do contrato de

trabalho (art. 30, § 2º, e art. 31, § 2º da Lei nº 9.656, de 1998), ressaltando que a manutenção da condição de beneficiário pode ser mantida individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (art. 7º, § 1º da RN nº 488/2022);

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

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

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

13.12 O direito de permanência no plano aos demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuírem para o plano deixará de existir:

a) com o decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos arts. 4º e 5º da Resolução Normativa nº 488, de 2022;

b) com a admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional, que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (art. 30, §5º e art. 31, § 2º da Lei nº 9.656/98 c/c inciso III do art. 2º e o inciso II e §1º do art. 26, todos da RN nº 488/2022); ou

c) com o cancelamento, pelo empregador, do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do art. 26 da RN nº 488/2022).

13.13 Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário, observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998, cumulado com artigo 5º da RN nº 488, de 2022.

13.14. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade de carências para plano em outra operadora.

13.15. Não é considerada contribuição os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica (art. 30, §6º da Lei nº 9.656/98 c/c inciso I do art. 2º da RN nº 488/2022).

13.16 A Contratada deve assegurar ao universo de beneficiários a disponibilidade de plano privado de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, no caso de cancelamento, pelo empregador, do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

14) VIGÊNCIA

14.1 O início da contratação e da prestação dos serviços ocorrerá a partir da assinatura do contrato, que terá vigência de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 5 (cinco) anos, nos termos do art.71, da Lei 13.303/2016.

15) DA NATUREZA DO CONTRATO E REGIME DE ADESÃO

15.1 O ajuste a ser firmado entre esta Administração e a licitante vencedora possui natureza de Contrato de Adesão, conforme as diretrizes estabelecidas pela Lei nº 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor) e as normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

15.2 A adoção do regime de adesão justifica-se pelos seguintes motivos:

Padronização Setorial: Os planos de assistência à saúde são produtos com cláusulas gerais e condições de operação previamente aprovadas e registradas junto à ANS, garantindo a uniformidade do serviço e a segurança atuarial da operadora.

Complexidade Atuarial: O equilíbrio econômico-financeiro do contrato baseia-se em cálculos de risco coletivo e notas técnicas de registro de produtos, cujas condições estruturais não admitem alterações casuísticas que possam comprometer a mutualidade do sistema.

Celeridade e Eficiência: Dada a natureza técnica e regulada do setor, o uso de cláusulas preestabelecidas pela contratada agiliza a prestação do serviço, focando a negociação pública nos elementos variáveis, como o preço (mensalidade/per capita) e a rede credenciada.

15.3 Não obstante a natureza de adesão, as condições previstas neste Termo de Referência e no Edital prevalecerão sobre as cláusulas do contrato padrão da operadora em caso de conflito, respeitadas as normas cogentes da ANS.

15.4 Eventuais adaptações necessárias para conformidade com a Lei nº 13.303/2016 (ou, conforme o caso) serão formalizadas por meio de cláusulas específicas ou termos aditivos, sem descaracterizar a estrutura básica do plano registrado.

16) CLÁUSULAS CONTRATUAIS E SANÇÕES

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

- a) **advertência;**
- b) **multa moratória de 0,33%** por dia de atraso, na entrega do objeto, calculado sobre o valor correspondente à parte inadimplente (ou seja, somente sobre a parte não entregue/executada em atraso), até o limite de **9,9%** sobre o valor da parcela não executada ou do saldo remanescente do contrato;
- c) **suspensão temporária** de licitar e contratar com a INVESTSC, por **até 2 (dois) anos**.

16.2 A rescisão imotivada do contrato requerida antes de 12 (doze) meses de vigência sujeita

a parte que der causa à rescisão ao pagamento de multa equivalente a 20% (vinte por cento) incidente sobre o somatório das parcelas vincendas, limitadas ao prazo de vigência contratual.

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

17) INDICAÇÃO DA FONTE DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

Fonte de recursos próprios.

18) LOCAL E DADOS DE ENTREGA OU EXECUÇÃO

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

19) GESTOR E FISCAL DO CONTRATO

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

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

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

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

20) PROCEDIMENTOS DE GERENCIAMENTO E FISCALIZAÇÃO

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

Na qualidade de co-controladora, a Contratante assegura a segurança jurídica e conformidade

com os artigos 5º, VI e VII da LGPD, bem como com as diretrizes do Guia Orientativo da ANPD.

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

21) CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO/PRAZO DE ENTREGA

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

2) Prazo para entrega: no dia subsequente a última assinatura do contrato, devendo ser rigorosamente cumprido, sob pena de aplicação das penalidades previstas no Regulamento Interno de Licitações e Contratos da InvestSC e neste Termo de Referência.

21) LOCAL E DATA

Florianópolis, 11 de fevereiro de 2026.

22) RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO TERMO DE REFERÊNCIA

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

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

23) RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO DO TERMO DE REFERÊNCIA

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

Cristina Schwinden
Matrícula 000414-6
Diretor de Gestão e Finanças
(assinatura eletrônica)

ANEXO I

Titulares e Dependentes por faixa etária

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

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

ANEXO II

Modelo Proposta Comercial

<i>Faixa Etária</i>	<i>% Reajuste</i>	<i>Valores (R\$)</i>
<i>0 - 18</i>		
<i>19 - 23</i>		
<i>24 - 28</i>		
<i>29 - 33</i>		
<i>34 - 38</i>		
<i>39 - 43</i>		
<i>44 - 48</i>		
<i>49 - 53</i>		
<i>54 - 58</i>		
<i>59 ou +</i>		



Assinaturas do documento



Código para verificação: **07B1PU4L**

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

✓ **GISELE DE FARIA** (CPF: 003.XXX.469-XX) em 11/02/2026 às 16:25:41
Emitido por: "SGP-e", emitido em 28/02/2019 - 16:16:28 e válido até 28/02/2119 - 16:16:28.
(Assinatura do sistema)

✓ **CRISTINA SCHWINDEN** (CPF: 065.XXX.539-XX) em 24/02/2026 às 13:29:03
Emitido por: "SGP-e", emitido em 27/10/2025 - 18:34:15 e válido até 27/10/2125 - 18:34:15.
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/SU5WRVNUU0NfNDA4NjFfMDAwMDAxNjlfMTY5XzlwMjZfMDdCMVBVNEw=> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **INVESTSC 00000169/2026** e o código **07B1PU4L** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.