

CONTRATO Nº 045/2016

CONTRATAÇÃO DE OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE

Que entre si celebram de um lado o contratante **o Município de Ibicaré - SC, através do Fundo Municipal de Assistência - PLAMA**, Pessoa Jurídica de Direito Público, CNPJ Nº 82.939.448/0001-30, estabelecida à Rua D. Pedro II, 133, representada pelo Prefeito senhor **ARI FERRARI**, CPF Nº. 345.200.409-06, brasileiro, casado e o Gestor do Fundo, Senhor **ÉLCIO MELERE**, CPF Nº 045.672.099-58, brasileiro, casado, residentes neste Município, de ora em diante denominado simplesmente de **CONTRATANTE** e de outro lado a **AGEMED SAÚDE S.A.**, Pessoa Jurídica, inscrita no CNPJ/MF sob. Nº 02.933.220/0001-01, com sede na Rua Dr. Plácido Olímpio de Oliveira, 693, Bucarein, Joinville-SC, CEP 89.202-450, neste ato representado pelo diretor presidente Sr. **PEDRO GONÇALO DE ASSIS JUNIOR**, inscrito no CPF sob nº 094.777.219-72, brasileiro, maior, de ora em diante denominada Contratada, pactuam o presente contrato, em conformidade com as cláusulas abaixo:

DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Este contrato tem origem no Processo Licitatório n. 3/2016, Pregão Presencial nº 3/2016, conforme Lei nº 10.520/2002, com aplicação subsidiária da Lei n. 8666/1993.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Contratação de operadora de plano de saúde, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde, bem como seu plano, com cobertura Completa Ambulatorial (consultas e exames) / Hospitalar, obstétricos, a serem efetuados em rede própria ou credenciada da CONTRATADA.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO REGIME DE EXECUÇÃO

O atendimento deverá ser efetuado de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no rol de procedimentos da Resolução ANS/RN nº 82 de 29 de setembro de 2004.

Quanto a Qualificação Técnica a Operadora deve apresentar as seguintes condições:

- Relação de no mínimo 50 (cinquenta) médicos credenciados e/ou cooperados que prestam atendimento ao plano de Saúde na região abrangente do município de Ibicaré-SC e seus respectivos registros no CRM (Conselho Regional de Medicina);
- Comprovação de registro junto a Agência Nacional de Saúde, bem como de seu plano;
- Declaração de que o plano tem abrangência em todo território nacional brasileiro, de Urgência e Emergência.
- Declaração de no mínimo 02 (dois) hospitais credenciados no máximo a 30 km do município de Ibicaré.
- Escritório ou representante comercial no máximo a 30 km do município de Ibicaré.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

As despesas decorrentes do presente Contrato para o ano de 2016, correrão por conta dos recursos orçamentários:

Órgão PLANO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA
Atividade Manutenção das atividades do Plano Municipal de Assistência
Mod Aplic Aplicações Diretas
Conta: 12.1201.08.244.0034.2073.33900000

CLÁUSULA QUARTA - DAS CONDIÇÕES DE INCLUSÃO DOS USUÁRIOS

I – Usuário Titular é a pessoa que apresenta vínculo com o Contratante. O usuário dependente é aquele incluído pelo usuário titular, assim considerados:

- a) Cônjuge;
- b) Companheiro (a);
- c) filhos naturais e/ou adotivos, igual ou menor de 24 anos e;
- d) os filhos comprovadamente incapazes

II – Será assegurado:

- a) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;
- b) Inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção;

III – O Contratante deverá fornecer à Operadora, quando da solicitação de inclusão de usuários/dependentes, todos os documentos e comprovantes legais hábeis a atestar tanto a condição de usuário titular quanto a de usuário dependente, dentre eles, mas não se limitando a: certidão de casamento, certidão de nascimento, cópia do RG, cópia do CPF, comprovante do vínculo empregatício (associativo ou sindical), comprovante de residência, assim como todos os demais dados exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

IV – A inobservância dos itens acima e o não fornecimento pela Contratante das documentações necessárias à inclusão do usuário/dependente e/ou a comprovação de sua condição perante a Contratante, acarretará consequentemente a NÃO inclusão do mesmo junto a Operadora e/ou a sua exclusão contratual por falta de dados. Em ambas as situações, a Operadora estará isenta das obrigações assistenciais objeto deste contrato, cabendo à Contratante as responsabilidades decorrentes, inclusive de ordem financeira.

V – Fica estabelecido que, após a primeira fatura será permitida a inclusão de novos usuários, salvo se forem recém-admitidos, recém-casados e/ou recém-nascidos/adotados. Para estes casos em particular, a inclusão não poderá ocorrer em prazo superior a 30 (trinta) dias do evento (admissão, casamento e/ou nascimento).

Parágrafo Primeiro: O prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica contratante será contado a partir do 1º dia subsequente ao vencimento do contrato de experiência com prazo determinado.

Parágrafo Segundo: Os usuários titulares e dependentes que formalizarem o seu pedido de ingresso no plano fora dos prazos acima previstos, independentemente do número de participantes, cumprem os períodos normais de carências estabelecidas neste contrato, exceto os dependentes recém-casados, recém-nascidos e filhos adotivos inscritos.

CLÁUSULA QUINTA – DOS VALORES

Os valores de contribuição dos usuários do Plano de Saúde serão de acordo com a tabela a seguir:

Item	Qtd	Un	Descrição	Valor
01	01	Vidas	0 a 18 anos	36,75
			19 a 23 anos	43,64
			24 a 28 anos	56,67
			29 a 33 anos	69,20
			34 a 38 anos	76,12
			39 a 43 anos	79,93
			44 a 48 anos	90,02
			49 a 53 anos	97,22
			54 a 58 anos	135,13
			59 a 999 anos	220,48
		Consulta	Consulta	95,00
		Exames	Limite máximo a cobrar por exames	95,00
		Hospital	Internamento hospitalar	0,00
		Procedimentos	Procedimentos cirúrgicos de pequeno porte com coparticipação de até	500,00
Procedimentos	Procedimentos cirúrgicos de médio porte com coparticipação de até	1.000,00		
Procedimentos	Procedimentos cirúrgicos de grande porte com coparticipação de até	2.000,00		
Cartão de Identificação	Cartão de identificação por usuário	20,00		

CLÁUSULA SEXTA – DO REAJUSTE

Não haverá reajuste, nem atualização de valores, exceto na ocorrência de fato que justifique a aplicação da alínea “d”, do inciso II, do artigo 65, da Lei n. 8.666/ 1993.

Os preços somente serão revisados mediante ocorrência de fato que justifique a aplicação do artigo, inciso e alínea supracitado da Lei n. 8.666/1993, com o objetivo de restabelecer o equilíbrio econômico-financeiro, devidamente comprovado e aceito pelo Contratante.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA EM CASO DE REEMBOLSO

I – A Operadora assegurará, nos limites das obrigações contratuais, o reembolso das despesas efetuadas pela Contratante/Usuário com assistência à saúde, em caso comprovado de urgência/emergência, quando não for possível a utilização da rede credenciada da Operadora, de acordo com os critérios e valores a seguir definidos:

a) Despesas Hospitalares:

- Independente do valor pactuado entre a Contratante/Usuário e o prestador não credenciado, para

efeito de reembolso serão considerados como valor de cada serviço aqueles previstos na Tabela de serviços hospitalares do ADMINISTRADOR DO PLANO DE SAÚDE.

b) Materiais e Medicamentos:

- Independente do valor pactuado entre a Contratante/Usuário e o prestador não credenciado, para efeito de reembolso serão considerados os valores previstos como preço ao consumidor no Brasíndice vigente na data final do atendimento (alta do usuário). Os materiais e medicamentos não constantes no Brasíndice serão reembolsados com base na Tabela de Preços de órteses, próteses e materiais especiais do ADMINISTRADOR DO PLANO DE SAÚDE.

c) Honorários Médicos:

Serão reembolsados a título de honorários médicos os valores previstos na Tabela de valores para reembolso de procedimentos médicos e hospitalares do ADMINISTRADOR DO PLANO DE SAÚDE.

II – Documentação para Reembolso

Para obtenção do reembolso, o solicitante deverá enviar à Operadora os seguintes documentos originais:

a) Relatório do médico assistente contendo diagnóstico, tratamento efetuado, exames pré e pós-operatórios e data do atendimento;

b) Recibos individuais e originais dos honorários médicos devidamente quitados. Quando se tratar de pessoa jurídica, nota fiscal original e quitada. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados:

Nome completo do paciente, incluindo CPF e RG;

Procedimento e data de sua realização;

Atuação do médico (cirurgião, clínico, auxiliar, anestesista e outros);

Valor dos honorários cobrados e valor dos descontos se houver;

Nome, número do Conselho Regional e CPF do médico;

Assinatura do responsável pela emissão do documento com nome legível e CPF.

c) Conta hospitalar discriminada, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, exames e taxas, nome do paciente, data do início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação, apresentando indispensavelmente a nota fiscal devidamente quitada.

d) Somente serão considerados válidos documentos originais apresentados pelo solicitante à Operadora.

III – O reembolso será realizado no prazo de 30 (trinta) dias contados da data da aceitação da documentação apresentada pelo solicitante, através de depósito em conta bancária fornecida pelo solicitante ou outra forma ajustada entre as partes, sob pena de multa de 10% do valor das despesas.

CLÁUSULA OITAVA – DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

a) os Usuários titulares/dependentes estarão sujeitos ao cumprimento dos seguintes períodos de Carência:

Exames Complementares - 180 dias Procedimentos Ambulatoriais Especiais - 180 dias Atendimento Psiquiátrico Ambulatorial - 180 dias Internamento Clínico/Cirúrgico - 180 dias Internamento Psiquiátrico - 180 dias Partos - 300 dias.

b) no plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual a 30 (trinta), a operadora não exigirá o prazo de carência, estando liberada de imediato a utilização de todos os serviços.

c) a Operadora deverá considerar, para fins de contagem e aplicação dos prazos de carência, a data de vencimento do primeiro boleto que considerar a inclusão do beneficiário, na forma do contrato e do pedido realizado pela Contratante, desde que seja devidamente quitado.

CLÁUSULA NONA – DA VIGÊNCIA E CONDIÇÃO DE RENOVAÇÃO CONTRATUAL

O período inicial de vigência do plano assistencial da Contratante é de 12 (doze) meses, contados a partir do dia 29 de junho de 2016, podendo ser prorrogado por igual período ou até 60 (sessenta meses) mediante a concordância de ambas as partes. Conforme Artigo 57, Inciso II da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA– DAS CONDIÇÕES

A contratada se obriga a manter durante a vigência contratual, as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação que lhe deu origem, sob pena de motivo justo para rescisão e aplicação de penalidades.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO

Em conformidade com o dispositivo contido no artigo 67, da Lei 8.666/93, caberá a um representante do CONTRATANTE a fiscalização de execução deste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – NA INEXECUÇÃO E DA RESCISÃO CONTRATUAL

Regerá esta cláusula, no que couber, o estatuído pela Lei 8.666/93, artigos 77 e 80, acordos e regulamentos específicos, na eventualidade da inexecução total ou parcial do objeto contratado.

O inadimplemento por parte da CONTRATANTE, implicará na suspensão dos fornecimentos, até o cumprimento pecuniário pendente.

Em não havendo interesse na continuidade deste contrato, poderão as partes rescindir o presente instrumento a qualquer tempo, desde que notifiquem a outra expressamente com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, contados da data do recebimento da notificação, sem obrigações indenizatórias por qualquer das partes

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA– DAS PENALIDADES

Em caso de inadimplência total ou parcial, ficam estabelecidas as sanções administrativas descritas nos artigos 86 a 88, da Lei 8.666/1.993, bem como a aplicação de multa, no índice de 10% do valor contratado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA VINCULAÇÃO AO EDITAL

Este Contrato está vinculado ao Pregão Presencial n. 3/2016, para todos os efeitos legais e jurídicos, aqueles consignados na Lei Federal n. 8.666/1993, especialmente nas dúvidas, contradições

e omissões, Lei n. 10.520, de 17 de julho de 2002 e Decreto Municipal n. 008 de 13 de março de 2006.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Este Contrato é intransferível, não podendo a CONTRATADA, de forma alguma, sem anuência do contratante, sub-rogar seus direitos e obrigações a terceiros.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Joaçaba, para dirimir dúvidas ou questões oriundas do presente Contrato, com renúncia expressa aos demais, sem prejuízo do inciso X do artigo 29 da Constituição Federal, com a redação introduzida pela Emenda Constitucional n.º 19/98.

E por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente instrumento contratual, por si e seus sucessores, em 03 (três) vias iguais e rubricadas para todos os fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Ibicaré – SC, 23 de junho de 2016.

MUNICÍPIO DE IBICARÉ

ARI FERRARI
Prefeito
Contratante

AGEMED SAÚDE S.A.

PEDRO GONÇALO DE ASSIS JUNIOR
Diretor Presidente
Contratada

FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA -PLAMA

ÉLCIO MELERE
Gestor
Município de Ibicaré
Contratante

TESTEMUNHAS:

Visto

DAGOBERTO PRIMO
Advogado/Procurador
OAB/SC – 10.011

.....
Nome: Sérgio dos Santos
CPF: 746.112.919-87

.....
Nome: João Nelson Antes
CPF : 423.412.139-87