

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 006/2020

Processo GEDOC nº 20.14.0001.0007008/2019-72

O **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MATO GROSSO, por intermédio da PROCURADORIA GERAL DE JUSTIÇA, inscrita no CNPJ nº 14.921.092/0001-57**, torna público para conhecimento dos interessados que realizará **CREDENCIAMENTO**, com fundamento no art. 25, *caput*, da Lei nº 8.666/93, para Pessoa (s) Jurídica (s) devidamente autorizada(s) pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para atuar como Administradora(s) de Benefícios objetivando disponibilizar plano(s) coletivo(s) empresarial (is) de assistência à saúde suplementar de, no mínimo, 01 (uma) operadora de planos de assistência médica, visando a prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados no País, com padrão de enfermagem e apartamento individual, 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 e assistência odontológica de, no mínimo, 01 (uma) operadora de assistência odontológica, aos servidores (efetivos e comissionados), membros ativos, inativos e dependentes vinculados ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

1. DO OBJETO

1.1. Credenciamento de Pessoa (s) Jurídica (s) devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para atuar como Administradora(s) de Benefícios objetivando disponibilizar plano (s) coletivo (s) empresarial (is) de assistência à saúde suplementar de, no mínimo, 01 (uma) operadora de planos de assistência médica, visando a prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados no País, com padrão de enfermagem e apartamento individual, 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 e assistência odontológica de, no mínimo, 01 (uma) operadora de assistência odontológica, aos servidores (efetivos e comissionados), Membros ativos, inativos e dependentes vinculados ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

2. DA VIGÊNCIA



2.1. O prazo de vigência do Credenciamento será de 12 (doze) meses, a contar da data da publicação do seu edital.

2.2. O prazo de vigência do Termo de Acordo será de 12 (doze) meses, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por mútuo acordo entre as partes, mediante termo aditivo, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, nos termos do artigo 57, inciso II, da Lei nº 8.666/93.

3. DOS PLANOS A SEREM OFERTADOS

3.1. Especificação dos LOTES:

3.1.1. LOTE 01: Credenciamento da (s) Administradora (s) de Benefícios deverá (ão) disponibilizar planos de assistência médica através da (s) operadora (s) conveniados a ela, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no país, com 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 aos servidores do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, e seus respectivos dependentes, nos seguintes planos:

a) Enfermaria: cobertura para Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia - compreendendo todos os procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com acomodação em enfermaria nas abrangências: regional e/ou estadual e/ou nacional, e

b) Apartamento: cobertura para Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia - compreendendo todos os procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com acomodação em quarto privativo (com banheiro privativo, ar-condicionado e direito a acompanhante) nas abrangências: regional e/ou estadual e/ou nacional.

3.1.2. LOTE 02: Credenciamento da (s) Administradora (s) de Benefícios com a finalidade de disponibilizar plano (s) de assistência odontológica de, no mínimo, 01 (uma) operadora de Plano (s) Odontológico (s), na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizada pela ANS, objetivando a prestação de assistência odontológica de acordo com as coberturas previstas no

Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com abrangência regional e/ou estadual e/ou nacional aos servidores do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, e seus dependentes.

3.2. Além dos planos acima citados, a(s) administradora(s) de benefícios poderá(ão) apresentar plano(s) opcional(is), com abrangência, segmentação, rede superior ao exigido no Termo de Referência – Anexo I.

4. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

4.1. Poderão participar do processo de Credenciamento a(s) Administradora(s) de Benefícios que atenderem plenamente a todas as exigências constantes neste Edital e no respectivo Termo de Referência e demais anexos, inclusive quanto à documentação e aos requisitos de habilitação e disponibilizem no mínimo 01 (uma) operadora de planos de assistência médica e 01 (uma) operadora que assegure assistência odontológica, devidamente autorizadas pela ANS;

4.1.1. As operadoras disponibilizadas pela (s) administradora (s) de benefícios não podem pertencer ao mesmo grupo econômico, ou no caso de cooperativas, ao mesmo sistema cooperativo, ou estarem em situação de direção fiscal decretada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, independentemente do quantitativo disponibilizado;

4.2. Não será admitida a participação de empresas em situações elencadas abaixo, para atuar como Administradoras de Benefícios:

4.2.1. Que estejam em processo de falência, em recuperação judicial ou extrajudicial, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;

4.2.1.1. Poderão participar as empresas em processo de recuperação judicial, **mediante** apresentação do competente plano de recuperação devidamente aprovado e homologado pelo juízo (fase prevista no artigo 58 da Lei nº 11.101/05);

4.2.2. Que estejam com o direito de licitar e contratar com a Administração Pública, suspenso ou que por esta tenham sido declaradas inidôneas;

4.2.3. Que estejam sob pena de interdição de direitos previstos na Lei nº. 9.605/98;

4.2.4. Estrangeiras que não funcionem no País;

4.2.5. Que não tenham ramo de atividade pertinente ou compatível ao objeto do presente Credenciamento, inscrito no contrato social;

4.2.6. Pessoa Jurídica que dentre seus dirigentes, sócios, acionistas, responsáveis técnicos ou legais figurem como funcionário, servidor efetivo ou ocupante de cargo comissionado no Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

5. DA HABILITAÇÃO

5.1. A documentação poderá ser apresentada em original, por qualquer processo de cópia autenticada em Cartório de Notas e Registros ou por membro da CPL, ou, ainda, por publicação em órgão de imprensa oficial.

5.2. O(A) Presidente da CPL reserva-se ao direito de solicitar o original de qualquer documento, sempre que tiver dúvida e julgar necessário.

5.3. Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitações de documentos em substituição aos documentos requeridos no presente Edital, no Termo de Referência e seus Anexos e nem documentos cujas datas estejam rasuradas.

5.4. O Ministério Público do Estado de Mato Grosso poderá utilizar os sites oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões para comprovação da regularidade do licitante.

5.5. O Envelope "**documentos de habilitação**" deverá conter os documentos preferencialmente em ordem, com suas páginas numeradas sequencialmente, a seguir relacionados os quais dizem respeito a:

5.5.1. DA HABILITAÇÃO JURÍDICA

5.5.1.1. Registro comercial, no caso de empresa individual, ou 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.

5.1.1.2. O documento acima referido deverá estar acompanhado de todas as alterações ou da consolidação respectiva;

5.1.1.3. Cédula de Identidade ou outro documento de identificação dos representantes da empresa (sócio/proprietários).

5.1.1.3.1. Os documentos apresentados no Credenciamento servirão para a Habilitação Jurídica, caso não apresentados, deverá estar no envelope de documentos de habilitação, sob pena INABILITAÇÃO.

5.5.2. DA REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA

5.5.2.1. Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);

5.5.2.2. Inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual e/ou Municipal - Boletim de Cadastro Mobiliário relativa ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

5.5.2.3 Certidão de regularidade de débito com as Fazendas: a. Federal: Certidão Unificada Negativa ou Certidão Unificada Positiva com efeito negativo de Tributos Federais e Previdenciários, conforme Portaria 358 de 5 de setembro de 2014. Ainda será aceito, a apresentação das mesmas separadamente, desde que válidas; b. Estadual: Certidão Negativa de débitos ou positiva com efeito de negativa Estadual (CND) no caso de Mato grosso especifica para participar de licitações, expedida pela Agência Fazendária da Secretaria de Estado de Fazenda do respectivo domicílio tributário; c. Municipal: Certidão Negativa de Débito Municipal ou positiva com efeito de negativa, expedida pela Prefeitura do respectivo domicílio tributário;

5.5.2.4. Certidão de Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);

5.5.2.5. Certidão de Regularidade Fiscal de Débitos Trabalhistas (CNDT) em cumprimento a Lei n. 12.440/2011 art. 29, inciso V, a mesma pode ser retirada no site: www.tst.jus.br/certidao.

5.5.2.6. Certidão de Regularidade de Dívida Ativa de competência da Procuradoria-Geral do Estado do respectivo domicílio tributário da empresa.

5.5.2.6.1. Ressalvam-se os casos de unificação de certidão por força de legislação estadual, quando será aceita a certidão unificada.

5.5.2.7. Certidão de Regularidade de Dívida Ativa de competência da Procuradoria Municipal do respectivo domicílio tributário da empresa.

5.5.2.7.1. Ressalvam-se os casos de unificação de certidão por força de legislação municipal, quando será aceita a certidão unificada.

5.5.2.8. As datas de validades aceitas nas certidões serão as datas consignadas nos documentos, ou na omissão de validade, considera-se 90 (noventa) dias da data de emissão.

5.5.3. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

5.5.3.1. Certidão Negativa de falência e/ou recuperação judicial ou extrajudicial, expedida pelo distribuidor da sede da licitante, observadas as disposições da Lei nº 11.101/2005.

5.5.3.1.1. Quando a certidão não estiver com indicação de prazo de validade, nestes casos, será considerado o prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data da expedição da mesma.

5.5.3.1.2. Para as praças onde houver mais de um cartório distribuidor, deverão ser apresentadas tantas certidões de falência quantos forem os cartórios, cada uma emitida por um distribuidor.

5.5.3.2. Balanço patrimonial e/ou demais demonstrações contábeis do último exercício social da empresa licitante, já exigíveis e apresentados na forma da Lei, devidamente registrado na Junta Comercial ou Cartório, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados pelos índices oficiais quando encerrados há mais de 03 (três) meses da data de apresentação da proposta.

5.5.3.2.1. Por “Balanço Patrimonial apresentado na forma da Lei”, considere-se o seguinte:

5.5.3.2.1.1. No caso das sociedades por ações, deverá ser apresentado o balanço patrimonial publicado em órgão de imprensa oficial ou conforme dispuser a Lei Federal nº 6.404/76;

5.5.3.2.1.2. No caso das demais sociedades comerciais, deverá ser apresentado o balanço patrimonial transcrito no “Livro Diário” da empresa, devidamente assinado pelo contador responsável e pelo representante legal, e acompanhado de seus respectivos termos de abertura e encerramento, igualmente assinados pelo contador e pelo representante legal da empresa, devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou Cartório de Títulos e Documentos; ou por Sistema Público de Escrituração Digital – Sped.

5.5.3.2. A comprovação da boa situação financeira da empresa licitante será demonstrada pela obtenção dos índices de Liquidez Corrente (LC), Liquidez Geral (LG) e Grau de Endividamento (GE), resultante da aplicação da fórmula estabelecida abaixo:

LC = Ativo Circulante

Passivo Circulante LG = Ativo Circulante + Realizável a Longo Prazo Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo GE = Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo Ativo Total

5.5.3.3. A comprovação da boa situação financeira da empresa licitante será baseada na comprovação de patrimônio líquido, no valor mínimo de 10% (dez por cento) do valor estimado da contratação, quando qualquer dos índices Liquidez Geral, Liquidez Corrente e Solvência Geral, for igual ou inferior a 1;

5.5.3.4. As microempresas e as empresas de pequeno porte, que preencham as condições estabelecidas no art. 34 da Lei n.º 11.488/07, estão dispensadas do balanço patrimonial apenas para fins fiscais. Assim, para a presente licitação, é OBRIGATÓRIA a apresentação desta peça, dispensando-se apenas a publicação e a sua transcrição no livro diário;

5.5.3.5. Serão considerados aceitos, na forma da lei, o Balanço Patrimonial e Demonstração de Resultado apresentados em uma das seguintes formas:

5.5.3.5.1. Publicados em Diário Oficial;

5.5.3.5.2. Publicados em Jornal;

5.5.3.5.3. Por cópia ou fotocópia registrada ou autenticada na Junta Comercial da sede ou domicílio da licitante;

5.5.3.6. As empresas recém-constituídas, cujo Balanço Patrimonial ainda não seja exigível, deverão apresentar o Balanço de Abertura registrado na junta comercial, contendo carimbo e assinatura do representante legal da empresa e do contador.

5.5.3.7. As empresas que estiveram inativas no ano anterior deverão apresentar cópia da declaração de inatividade entregue à Receita Federal, apresentando o último balanço patrimonial que antecede à condição de inatividade.

5.5.4. DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

5.5.4.1. Apresentar atestado de capacidade técnica em original, cópia autenticada em cartório ou cópia autenticada pela CPL apresentando o documento original, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, em nome e a favor da empresa licitante, que comprove(m) o fornecimento de assistência a saúde e/ou odontológica para, no mínimo, 10% (dez por cento) do quantitativo de beneficiários previsto neste Edital e seus anexos.

5.5.4.1.1. Caso o atestado seja emitido por pessoa jurídica de direito privado, deverá obrigatoriamente ser apresentado com firma reconhecida em cartório.

5.5.4.2. Os atestados de capacidade técnica/responsabilidade técnica poderão ser apresentados em nome e com CNPJ da matriz e/ou da (s) filial (ais) da licitante.

5.5.4.2.1. A responsabilidade é da empresa licitante pela autenticidade da documentação solicitada no item acima, sob pena de infringência aos artigos 297 a 301 do Código Penal.

5.5.4.3. É facultado à CPL ou à autoridade superior de promover diligências, conforme disposto no art. 43, § 3º, Lei nº. 8.666/93.

5.5.4.4. Será admitido o somatório de atestados quando se referirem à execução de serviços similares e compatíveis desde que prestado simultaneamente.

5.5.4.5. Apresentar prova de registro na Agência Nacional de Saúde - ANS da (s) Administradora (s) de Benefícios e da (s) operadora (s) a ela vinculada (s), mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro.

5.5.4.6. Apresentar prova de registro na Agência Nacional de Saúde - ANS do (s) plano (s) ofertado (s) com abrangência: regional e/ou estadual e/ou nacional, bem como, da segmentação assistencial oferecida, nos termos do art. 6º da Resolução Normativa nº 428/2017, mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro.

5.5.4.7. Apresentar certidão expedida pela Agência Nacional de Saúde - ANS de que a (s) Administradora (s) atende (m) às exigências de ativos garantidores, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009, relativa ao 2º trimestre de 2019, exigível na forma da lei.

5.5.4.6. Termo de contrato ou congênere celebrado entre a Administradora de Benefícios e a operadora de plano de saúde, em que estejam claramente definidas as responsabilidades e se comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com a Administração Superior do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, destacando-se a impossibilidade de repasse de qualquer inadimplência dos beneficiários ao MPMT.

5.5.5. DOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

5.5.5.1. Declaração de que não possui em seu quadro de pessoal, empregados com menos de 18 (dezoito) anos, em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e menores de dezesesseis anos, em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal.

5.5.5.2. Declaração de inexistência de fato impeditivo em papel timbrado da licitante, firmada pelo responsável legal, com indicação do nome, cargo e atestando, sob as penalidades cabíveis a inexistência de fato impeditivo à sua habilitação.

5.5.5.3. Declaração de que não possui em seu quadro de pessoal, como sócio, gerente ou diretor, membro ou servidor (este quando ocupante de cargo de direção, chefia e assessoramento) do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, e seu cônjuge, companheiro ou parente até o terceiro grau, inclusive, a fim de se observar a norma contida no art. 3º c/c os arts. 1º e 2º, todos da Resolução nº 37/2009 do CNMP.

5.5.5.4. Declaração do licitante, devidamente assinada pelo seu responsável, de que recebeu todos os documentos, que tomou conhecimento de todas as informações e das condições dos locais para cumprimento das obrigações objeto desta licitação, e, ainda, de aceitação das exigências do Edital.

5.5.5.4.1. Em nenhuma hipótese a licitante poderá alegar desconhecimento, incompreensão, dúvidas ou esquecimento de qualquer detalhe relativo a execução do objeto, responsabilizando-se por qualquer ônus decorrentes desses fatos.

5.5.5.5. A validade dos documentos apresentados será aquela constante de cada documento ou estabelecida em Lei. Nos casos omissos, o Presidente da CPL considerará como prazo de validade aceitável o de 90 (noventa) dias, contados da data de sua emissão.

5.5.5.6. Todo e qualquer documento apresentado em língua estrangeira deverá estar acompanhado da respectiva tradução para o idioma pátrio, feita por tradutor público juramentado.

5.5.5.7. Se a documentação de habilitação não estiver completa e correta ou contrariar qualquer dispositivo deste Edital e seus respectivos anexos, o(a) Presidente da CPL considerará o proponente não habilitado para o credenciamento.

5.5.5.8. Verificado o atendimento das condições de habilitação dos proponentes, serão estes declarados aptos ao credenciamento.

5.5.5.9. A existência de restrição relativamente à regularidade fiscal não impede que a licitante qualificada como microempresa ou empresa de pequeno porte seja credenciada, desde que atenda a todas as demais exigências deste Edital.

5.5.5.10. Constatada a existência de alguma restrição no que tange à regularidade fiscal, a licitante qualificada como microempresa ou empresa de pequeno porte será convocada para, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, após a declaração de apta ao credenciamento, comprovar a regularização. O prazo poderá ser prorrogado por igual período, a critério da Administração, quando requerida pelo licitante, mediante apresentação de justificativa.

5.5.5.10.1. A não regularização fiscal no prazo previsto no item anterior acarretará a sua inabilitação para credenciamento.

5.5.5.11. O(A) Presidente da Comissão Permanente de Licitação verificará, ainda, a existência de sanção que impeça a participação no certame ou a futura assinatura do Termo de Acordo, mediante a consulta aos seguintes cadastros:

5.5.5.11.1. Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas – CEIS, mantido pela Controladoria-Geral da União (www.portaldatransparencia.gov.br/ceis);

5.5.5.11.2. Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça (www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php).

5.5.5.11.3. Lista de Inidôneos, mantida pelo Tribunal de Contas da União – TCU.

6. DA PROPOSTA DE PREÇOS E DO REAJUSTE

6.1. Os valores das mensalidades serão definidos por tipo de plano de saúde e pelas seguintes faixas etárias (determinadas pela Agência Nacional de Saúde – ANS):

Faixa etária	Observações
1ª) 0 a 18 anos 2ª) 19 a 23 anos 3ª) 24 a 28 anos 4ª) 29 a 33 anos 5ª) 34 a 38 anos 6ª) 39 a 43 anos 7ª) 44 a 48 anos 8ª) 49 a 53 anos	A Resolução Normativa (RN nº 63), publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). A Resolução determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima.

9ª) 54 a 58 anos	
10ª) 59 anos ou mais	

6.1.1. O credenciado deverá apresentar juntamente com a proposta, documento comprobatório de que os valores apresentados revelam-se aquém do praticado pelo mesmo no mercado.

6.2. O reajuste anual do(s) plano(s) de saúde respeitará o disposto na Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, através dos seguintes critérios:

6.2.1. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.

6.2.2. É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos com 30 (trinta) ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.

6.2.3. Para os efeitos a quantidade de beneficiários em um contrato deverá ser apurada anualmente no mês de seu aniversário, ressalvada a hipótese prevista no Art. 6º § 1º da Resolução Normativa nº 309, de 24/10/2012.

6.2.4. Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a (s) administradora (s) de benefícios na condição de estipulante, para a apuração da quantidade de beneficiários, a operadora deverá levar em conta todos os beneficiários vinculados ao contrato com a (s) administradora (s).

6.2.5. O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

6.2.6. O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedado qualquer tipo de variação.

6.2.7. O percentual de reajuste somente será aplicado aos contratos agregados ao agrupamento considerando a data do seu último aniversário ou, na hipótese de inexistência dessa data, se foram agregados ao agrupamento no momento de sua assinatura.

6.3. Respeitadas as disposições da legislação em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários do quadro de servidores do Ministério Público poderão ser objeto de reajuste, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora e da (s) Administradora (s), bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

6.4. Qualquer reajuste a ser aplicado no (s) contrato (s) de plano (s) de saúde e/ou odontológica pela (s) Administradora (s) de Benefícios, deverão ser devidamente justificada e demonstrada a necessidade da aplicação do reajuste, sendo que só poderá executá-lo mediante anuência da Administração Superior do Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

6.4.1. Apresentação de base de cálculo de reajuste deverá ser encaminhada com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias anteriores à data estimada para sua aplicação.

6.5. É vedada a cobrança de qualquer sobretaxa em relação à tabela adotada e/ou o cometimento a terceiros (associação de servidores, p.ex.) da atribuição de proceder ao credenciamento e/ou intermediação do pagamento dos serviços prestados.

6.6. É vedada a exigência para que o usuário assine fatura ou guia de atendimento em branco.

7. DA ENTREGA DOS ENVELOPES CONTENDO A DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

7.1. A entrega dos envelopes contendo a documentação de habilitação poderá ocorrer a partir da data de publicação do presente Edital, no local indicado abaixo:

a) Sede da Procuradoria-Geral de Justiça do Estado de Mato Grosso, situada na Rua 04, Quadra 11, nº 237, Centro Político e Administrativo, Cuiabá/MT, CEP 78.049-921.

7.2. Os envelopes também poderão ser entregues na Gerência de Licitações – Departamento de Aquisições (DAQ), no endereço constante da alínea “a” acima.

7.4. Todas as referências de tempo neste Edital observarão obrigatoriamente o **horário local**.

7.5. Os documentos deverão ser entregues em cópias autenticadas e/ou original, em envelope opaco, fechado e lacrado, com identificação da empresa/instituição, contendo em suas partes externas e frontais, em caracteres destacados, as seguintes informações:

DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO – PLANO DE SAÚDE

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº ____/____

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

7.6. O credenciamento será permitido a qualquer momento, de qualquer interessado, desde que atenda aos requisitos fixados neste Edital, e se apresente dentro do interregno de sua vigência, qual seja, 12 (doze) meses.

7.7. 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.

7.8. A apresentação da documentação implica no aceite do interessado em participar do processo de credenciamento junto à Procuradoria-Geral de Justiça 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 documento diverso do exigido no presente Edital.

8. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO

8.1. Qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos ou impugnar este Edital, no prazo de 15 (quinze) dias após a sua publicação, exclusivamente por meio eletrônico, no endereço licitacoes@mpmt.mp.br.

8.2. Caberá ao (à) Presidente da Comissão Permanente de Licitação, decidir sobre a petição de impugnação no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da data da entrega do requerimento, respeitando a ampla defesa e o contraditório.

9. ANÁLISE E JULGAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

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

9.2. Serão declarados inabilitados os interessados que:

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

9.2.2. Deixarem de apresentar qualquer documentação exigida neste Edital e seus anexos ou a apresentarem em desconformidade com o exigido.

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 no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso e no Diário Oficial Eletrônico do Ministério Público do Estado de Mato Grosso;

10.2. Transcorrido o prazo recursal e não havendo contestação, as propostas das empresas declaradas aptas ao credenciamento serão submetidas à HOMOLOGAÇÃO pela Subprocuradora-Geral de Justiça Administrativa.

11. DOS RECURSOS

11.1. Os interessados poderão recorrer do resultado publicado, apresentando suas razões devidamente fundamentadas e por escrito, no prazo de até 03 (três) dias úteis contados do primeiro dia subsequente à data da divulgação prevista no item 10.1, ficando, nesse período, autorizado vistas ao seu processo junto à Comissão Permanente de Licitação, situada na Procuradoria-Geral de Justiça, na Rua 04, Quadra 11, nº 237, Centro Político e Administrativo, Cuiabá/MT, CEP 78.049-921.

11.1.1. O recurso limitar-se-á a questões de habilitação, considerando, exclusivamente, a documentação apresentada no ato da inscrição, não sendo aceito/considerado documento anexado em fase de recurso;

11.1.2. O recurso será protocolado junto à Comissão Permanente de Licitação, ficando estabelecido o prazo de até 3 (três) dias úteis para reconsiderá-lo ou fazê-lo subir devidamente informado à autoridade superior, que terá até 03 (três) dias úteis para análise e decisão;

11.1.3. Somente o próprio interessado ou seu representante legalmente habilitado poderão interpor os recursos;

12. DO CHAMAMENTO DOS CREDENCIADOS HABILITADOS PARA ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO

12.1. Para o fiel cumprimento das obrigações assumidas será firmado Termo de Acordo com as Administradoras de Benefícios aptas, com vigência de 12 meses, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por mútuo acordo entre as partes, mediante termo aditivo, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses;

12.2. A Procuradoria-Geral de Justiça convocará as Administradoras de Benefícios aptas ao credenciamento, para assinar o Termo de Acordo, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da notificação, sob pena de decadência;

12.2.1 O prazo estabelecido no subitem 12.2 para assinatura do Termo de Acordo poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, quando solicitado pela Administradora de Benefícios durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado e aceito pela Administração.

13. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO PAGAMENTO

13.1. Inexiste a indicação e destaque de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, a ser repassado diretamente para a (s) Administradora(s) de Benefícios credenciada (s), considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência médica e/ou odontológica é de **responsabilidade exclusiva do servidor**, que optar por aderir a qualquer (quaisquer) do (s) plano (s) disponibilizado (s) pela (s) operadora (s) conveniada (s) a (s) administradora (s) credenciada (s).

13.2. A participação nos custos dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, boleto bancário ou autorização de débito em conta-corrente indicada no ato de adesão do beneficiário.

13.3. Não caberá qualquer ônus ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso, tendo em vista que a responsabilidade pelo pagamento cabe tão somente ao beneficiário do (s) plano (s), optante pela adesão.

13.4. Não haverá qualquer pagamento do Ministério Público do Estado de Mato Grosso à (s) Administradora (s) de Benefícios, ficando a (s) Administradora (s) de Benefícios responsável pela cobrança aos beneficiários do valor da mensalidade do plano de saúde e/ou plano odontológico escolhido (s), que se dará mediante consignação em folha de pagamento, boleto bancário ou autorização de débito em conta-corrente indicada no ato de adesão do beneficiário.

14. DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS AOS BENEFICIÁRIOS

14.1. A Procuradoria-Geral de Justiça realizará o acompanhamento da execução dos serviços prestados aos beneficiários, bem como fará o monitoramento do atendimento, por meio de relatórios gerenciais que deverão ser apresentados conforme exigências constantes no Termo de Referência, devendo as ocorrências ser registradas em relatórios anexados ao processo do(s) credenciado(s).

14.2. Caberá ao fiscal do Termo de Acordo as seguintes atribuições:

14.2.1. Orientar: estabelecer diretrizes, dar e receber informações sobre a execução do Termo de Acordo;

14.2.2. Fiscalizar: verificar o material utilizado e a forma de execução do objeto do Termo de Acordo, confirmando o cumprimento das obrigações;

14.2.3. Interditar: paralisar a execução do Termo de Acordo por estar em desconformidade com o pactuado;

14.2.4. Intervir: assumir a execução do Termo de Acordo;

14.2.5. Informar: a Administração o cometimento de falhas e irregularidades detectadas pela (s) Credenciada (s) que implique comprometimento da aquisição e/ou aplicação de penalidades previstas; e noticiar os casos de afastamento em virtude de férias, licenças ou outros motivos, para que o substituto (suplente) possa assumir a gestão do Termo de Acordo, evitando prejuízos, interrupções e suspensão das atividades de fiscalização.

14.2.6. Ter total conhecimento do Termo de Acordo e suas cláusulas;

14.2.7. Solicitar a seus superiores, em tempo hábil para adoção das medidas convenientes, decisões e providências que ultrapassem a sua competência;

14.2.8. Zelar pelo bom relacionamento com a (s) credenciada (s), mantendo um comportamento ético, probo e cortês;

14.2.9. Anotar todas as ocorrências relacionadas com a execução do Termo de Acordo, informando ao fiscal do Termo de Acordo aquelas que dependam de providências, com vistas à regularização das faltas ou defeitos observados;

14.2.10. Acompanhar e controlar, quando for o caso, as entregas e o estoque de materiais de reposição, destinados à execução do objeto contratado, principalmente quanto à sua quantidade e qualidade;

14.2.11. Formalizar, sempre, os entendimentos com a (s) Credenciada (s) ou seu Preposto, adotando todas as medidas que permitam compatibilizar as obrigações bilaterais;

14.2.12. Avaliar constantemente a qualidade da execução contratual, propondo, sempre que cabíveis medidas que visem reduzir gastos e racionalizar os serviços;

14.2.13. Observar rigorosamente os princípios legais e éticos em todos os atos inerentes às suas atribuições, agindo com transparência no desempenho das suas atividades.

14.3. A fiscalização do futuro Termo de Acordo ficará a cargo de servidor designado pela Administração.

15. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCREDENCIAMENTO

15.1. Aquele que, convocado dentro do prazo de validade de sua proposta, não assinar o Termo de Acordo, deixar de entregar ou apresentar documentação falsa exigida para o certame, ensejar o retardamento da execução de seu objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do Termo de Acordo, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal; garantido o direito à ampla defesa, ficará impedido de licitar e de contratar com esta Administração, pelo prazo de até 2 (dois) anos, sem prejuízo das multas previstas neste Edital, no Termo de Referência e das demais cominações legais.

15.2. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, a (s) Administradora (s) de Benefícios, assegurado o contraditório e a ampla defesa, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

a) advertência por escrito, no caso de irregularidades de pequena monta;

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

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

d) suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a Administração pelo prazo não superior a 02 (dois) anos;

e) declaração de inidoneidade para licitar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes de punição, até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, reabilitação esta que será concedida sempre que a Credenciada ressarcir à Credenciante pelos prejuízos e, depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base nas letras “a”, “b”, “c” e “d”;

f) rescisão automática do Termo de Acordo, sem prejuízo de ações civis e criminais.

15.3. As sanções previstas nas alíneas “a” e “b” poderão ser aplicadas concomitantemente com a alínea “c”, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;

15.4. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas neste Edital, no Termo de Referência, no Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação aos Beneficiários e ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso, apuradas em processo administrativo.

15.5. As multas previstas neste item não eximem a credenciada da reparação de eventuais perdas e danos ou prejuízos que seu ato punível venha causar à Credenciante.

15.6. Se a (s) Credenciada (s) não proceder ao recolhimento da multa no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação por parte do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, o valor será encaminhado para inscrição em Dívida Ativa e execução pela Procuradoria-Geral do Estado. Do ato que aplicar penalidade caberá recurso, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da ciência da notificação, podendo a Administração reconsiderar sua decisão ou nesse prazo

encaminhá-la devidamente informada para a apreciação e decisão superior, dentro do mesmo prazo.

15.7. As penalidades pecuniárias a que se referem as cláusulas anteriores poderão ser cobradas administrativamente ou judicialmente, aplicando-se subsidiariamente as normas previstas na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

16. DA REVOGAÇÃO DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA E DA DENÚNCIA

16.1. O presente Edital de Credenciamento poderá ser revogado por razões de interesse público, decorrentes de fatos supervenientes, devidamente comprovados, pertinentes e suficientes para justificar sua revogação.

16.2. O credenciado poderá denunciar o ajuste, a qualquer tempo, devendo, no entanto, notificar a Administração com antecedência mínima de **90 (noventa) dias**.

16.3. Qualquer usuário poderá denunciar irregularidades verificadas na prestação dos serviços e/ou no faturamento.

17. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

17.1. Nenhuma indenização será devida aos participantes pela elaboração e/ou apresentação de documentação relativa ao presente Edital de Credenciamento, ou ainda, por qualquer outro motivo alegado em relação a este processo de credenciamento.

17.2. A inobservância, em qualquer fase do processo de credenciamento, por parte do interessado, dos prazos estabelecidos em notificações pessoais ou gerais, será caracterizada como desistência, implicando sua exclusão do certame.

17.3. A inexistência de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, será causa de eliminação do interessado do processo de credenciamento, anulando-se sua inscrição, bem como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal.

17.4. É de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações e os resultados divulgados no Diário Oficial do Estado e no Diário Oficial Eletrônico do Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

17.5. Os casos omissos serão dirimidos pela Comissão Permanente de Licitação, através do endereço eletrônico licitacoes@mpmt.mp.br

17.6. Integram o presente Edital, dele fazendo parte integrante, o Termo de Referência e seus respectivos Anexos.

17.7. É facultada à Comissão Permanente de Licitação ou à autoridade competente, em qualquer fase do credenciamento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar do mesmo desde a realização da sessão pública.

17.8. O credenciamento será permitido a qualquer momento, de qualquer interessado, desde que atenda aos requisitos fixados no regulamento, e se apresente dentro do interregno de sua vigência, qual seja, 12 (doze) meses.

17.9. Eventual alteração no Rol de Procedimentos publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS terá sua cobertura assegurada pelo Plano de Saúde e/ou Odontológico definido neste Edital e Termo de Referência, independentemente de aditamento contratual.

17.10. Serão automaticamente excluídos do Contrato, juntamente com seus dependentes, mediante comunicação imediata e por escrito da Administração Superior do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, comprovadamente entregue à (s) empresa (s) Administradora (s) de Benefícios, o beneficiário titular que, por qualquer motivo, deixar de atender as condições exigidas inicialmente na inscrição.

17.11. A tolerância de qualquer uma das partes, em relação a eventuais infrações da outra, não importará em modificação contratual, novação ou renúncia a direito, devendo ser considerada mera liberalidade da citada parte.

17.12. Para dirimir qualquer controvérsia decorrente da realização do presente credenciamento e que não possa ser resolvida administrativamente, serão processadas e julgadas pelo foro da Comarca de Cuiabá/MT, com exclusão de qualquer outro.

Cuiabá/MT, 07 de fevereiro de 2020.

CLAIRE VOGEL DUTRA

Presidente da Comissão Permanente de Licitações
CPL/MPMT

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO DETALHAMENTO DO OBJETO

1.1 Este termo de referência tem por objeto o Credenciamento de Pessoa (s) Jurídica (s) devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para atuar como Administradora(s) de Benefícios objetivando disponibilizar plano (s) coletivo (s) empresarial (is) de assistência à saúde suplementar de, no mínimo, 01 (uma) operadora de planos de assistência médica, visando a prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados no País, com padrão de enfermagem e apartamento individual, 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 e assistência odontológica de, no mínimo, 01 (uma) operadora de assistência odontológica, aos servidores (efetivos e comissionados), Membros ativos, inativos e dependentes vinculado ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

2. DA JUSTIFICATIVA

As Administradoras de Benefícios são empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por operadoras de planos de saúde; não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos e mantém a condição de estipulante e intermediadora nos serviços de assistência à saúde, conforme preceitua a Resolução Normativa nº 196 de 14 de julho de 2009 da ANS.

Diante o exposto, e buscando maior eficiência e qualidade dos serviços oferecidos aos beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, entende-se ser plausível a contratação, mediante Chamamento Público para credenciamento de administradora (s) de benefícios, desenvolvendo o papel de intermediária no relacionamento entre o usuário e a (s) operadora (s) de planos de saúde.

O fato do Ministério Público do Estado de Mato Grosso possibilitar o credenciamento de mais de 01 (uma) Administradora de Benefícios, contribuirá para a oferta de variados planos de saúde, ficando à escolha do servidor a melhor opção custo/benefício, proporcionando

segurança e tranquilidade ao público alvo objeto desta contratação e especialmente sobre a qualidade de vida dos servidores que usufruam dos planos disponibilizados.

3. DA CONCEITUAÇÃO

3.1. Usuários: aderidos ao(s) plano(s) assistencial (is) médico (s) e/ou odontológico (s) na condição de beneficiários titulares e dependentes.

3.2. Beneficiário Titular: pessoa física que optar pela adesão ao (s) plano (s) assistencial (is) e firmar contrato com a (s) Administradora (s) / Operadoras (s) de Benefícios credenciada (s), sendo o único responsável pelas obrigações assumidas, inclusive com relação ao (s) dependente (s) incluído (s).

3.3. Beneficiários Dependentes: pessoa física que mantém alguma dependência em relação ao beneficiário titular, incluída ao (s) plano (s) assistencial (is), para usufruir dos serviços contratados.

3.4. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): é uma autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo Território Nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a Saúde Suplementar. Responsável legal pela cobertura máxima contratada, estabelecida no Rol de Procedimentos.

3.5. Administradora de Benefício: Pessoa Jurídica a propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para Pessoas Jurídicas contratantes de Planos Privados de Assistência à Saúde Coletivos.

3.6. Operadora de Planos: é responsável pelo plano de saúde e/ou odontológica e os serviços prestados por ele junto à ANS e aos beneficiários.

3.7. Área de abrangência: área abrangida pelo contrato firmado para prestação dos serviços, onde a contratada tem obrigação de prestar cobertura de assistência à saúde e/ou odontológica constantes no rol de procedimentos estabelecido pela ANS.

3.8. Atendimento ambulatorial: é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

3.9. Atendimento eletivo: termo usado para designar os atendimentos médicos que são programados, ou seja, não são considerados de urgência e emergência.

3.10. Carência: é o prazo ininterrupto durante o qual os usuários não têm direito às coberturas contratadas, contado a partir do início de vigência do contrato.

3.11. Cobertura: são todos os procedimentos de assistência médico e/ou odontológico abrangido (s) de acordo com o (s) plano (s) aderido (s) pelo usuário.

3.12. Cobertura Parcial Temporária (CPT): aquela que admite, por período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de contratação ou inclusão ao plano privado

de assistência a saúde, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos diretamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

3.13. Coparticipação: é o montante, definido nas cláusulas gerais de admissão e no corpo do contrato, em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, o qual o beneficiário titular se obriga a pagar à contratada.

3.14. Declaração de saúde: documento de preenchimento obrigatório pelo beneficiário titular ou seu representante legal, na qual deverá constar a verdadeira condição médica do mesmo, sob as penas da lei.

3.15. Doença ou lesão preexistente: aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

3.16. Eletivo: é o termo usado para designar procedimentos médicos que podem ser programados, não considerados de urgência e emergência.

3.17. Urgência: evento médico decorrente de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

3.18. Emergência: é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, assim especificado pelo médico assistente cooperado.

3.19. Evento: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem, ou causa, ato involuntário à saúde ou à integridade física do usuário, em decorrência de acidente ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura.

3.20. Internação hospitalar: é um evento em que o beneficiário se mantém instalado em hospital por no mínimo 24 (vinte quatro) horas - por indicação do médico assistente cooperado, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

3.21. Rede credenciada: são serviços contratados ou credenciados colocados à disposição do usuário pela(s) operadora(s), para atendimento médico-hospitalar e/ou odontológico e serviços de auxílio ao diagnóstico.

3.22. Prótese: entende-se como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

3.23. Órtese: entende-se como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

3.24. Doenças crônicas: aquelas que exijam tratamento ou acompanhamento médico por período superior a 06 (seis) meses.

3.25. Plano de origem: é o plano privado de assistência à saúde contratado pelo beneficiário no período imediatamente anterior à portabilidade de carências;

3.26. Plano de destino: é o plano privado de assistência à saúde a ser contratado pelo beneficiário por ocasião da portabilidade de carências.

3.27. Portabilidade de carências: é a contratação de um plano privado de assistência à saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, com registro de produto na ANS, em operadoras, concomitantemente à rescisão do contrato referente a um plano privado de assistência à saúde, individual ou familiar ou coletivo por adesão, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9656, de 1998, em tipo compatível, observado o prazo de permanência, na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária.

3.28. Portabilidade especial de carências: é a contratação de um plano privado de assistência à saúde, individual ou familiar ou coletivo por adesão, com registro de produto na ANS na mesma ou em outra operadora, em tipo compatível, nas situações especiais na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem.

3.29. Agrupamento de contratos: medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles.

3.30. Contrato agregado ao agrupamento: contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, menos de 30 beneficiários ou a quantidade estabelecida pela operadora, observada a regra prevista na Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012.

3.31. Período de apuração da quantidade de beneficiários: período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que são identificados os contratos que serão agregados ao agrupamento de acordo com a quantidade de beneficiários, que deve ser apurada previamente em data certa.

3.32. Período de cálculo do reajuste: período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que o reajuste do agrupamento de contratos é calculado, devendo ser posterior ao fim do período de apuração da quantidade de beneficiários e anterior à data da divulgação do percentual de reajuste contida no artigo 8º da Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012.

3.33. Período de aplicação do reajuste: período compreendido entre maio e abril em que é aplicado o reajuste calculado aos contratos agregados ao agrupamento.

3.34. Sinistralidade: razão entre a despesa assistencial e receita de contraprestações.

4. DOS BENEFICIÁRIOS

4.1. Beneficiários Titulares: servidores (efetivos e comissionados), Membros ativos, inativos e dependentes vinculados ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

4.2. Beneficiários Dependentes: denominam-se dependentes:

- a) o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;
- b) o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- d) os filhos e enteados, solteiros, até 21(vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- e) os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e
- f) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "d" e "e".

4.3. A existência do dependente constante das alíneas "a" ou "b" do subitem 4.2 desobriga a assistência à saúde do dependente constante da alínea "c" daquele subitem.

4.4. O pai ou padrasto, a mãe ou madrastra, dependentes economicamente do servidor ativo e inativo, conforme declaração anual de Imposto de Renda, que constem no seu assentamento funcional, poderão ser inscritos no plano de saúde contratado, desde que o valor do custeio seja assumido pelo próprio beneficiário titular, observados os mesmos valores com ele contratados.

4.5. A Administradora de Benefícios poderá admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, com o membro ou servidor ativo ou inativo, desde que assumam integralmente o respectivo custeio

4.6. É assegurada a inclusão:

4.6.1. do recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor ativo ou inativo, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento;

4.6.2. do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, ativo ou inativo, adotante.

5. DOS PLANOS A SEREM OFERTADOS

5.1. Especificação dos LOTES:

5.1.1. LOTE 01: Credenciamento da (s) Administradora (s) de Benefícios deverá (ão) disponibilizar planos de assistência médica através da (s) operadora (s) conveniados a ela, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterapia, psicológica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no país, com 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 aos servidores do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, e seus respectivos dependentes, nos seguintes planos:

a) Enfermaria: cobertura para Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia - compreendendo todos os procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com acomodação em enfermaria nas abrangências: regional e/ou estadual e/ou nacional, e

b) Apartamento: cobertura para Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia - compreendendo todos os procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com acomodação em quarto privativo (com banheiro privativo, ar condicionado e direito a acompanhante) nas abrangências: regional e/ou estadual e/ou nacional.

5.1.2. LOTE 02: Credenciamento da (s) Administradora (s) de Benefícios com a finalidade de disponibilizar plano (s) de assistência odontológica de, no mínimo, 01 (uma) operadora de Plano (s) Odontológico (s), na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizada pela ANS, objetivando a prestação de assistência odontológica de acordo com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com abrangência regional e/ou estadual e/ou nacional aos servidores do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, e seus dependentes.

5.2. Além dos planos acima citados, a (s) administradora (s) de benefícios poderá (ão) apresentar plano (s) opcional (is), com abrangência, segmentação, rede superior ao exigido neste Termo de Referência.

6. DA DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

6.1. Os serviços objeto do presente Termo de Referência deverão possuir as seguintes condições básicas:

- a) Cobertura total do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, Anexo da Resolução Normativa (RN) nº 428, de 07 de novembro de 2017 e suas alterações, sendo este uma referência básica para cobertura assistencial mínima obrigatória.
- b) Os serviços deverão estar em conformidade com a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e suas alterações; Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e preceitos do Código do Consumidor (Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 e alterações posteriores).

6.2. Poderá ser excluída do plano assistencial, os seguintes tratamentos:

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- c) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- d) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- e) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- f) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos nos incisos X e XI do art. 21, e ressalvado o disposto no art. 14 da Resolução Normativa n.º 428, de 07 de novembro de 2017;
- g) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;
- h) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- i) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- j) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e

k) Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

6.3. Da Urgência e Emergência

6.3.1. Considera-se como atendimento urgência e emergência na segmentação ambulatorial, o atendimento limitada até as primeiras 12 (doze) horas, sem necessidade de prévia liberação.

6.3.2. É assegurado o atendimento de urgência e emergência para internação (segmentação hospitalar), após as 24 (vinte e quatro) horas, contadas da adesão do beneficiário ao (s) plano (s), inclusive se decorrentes de complicações de gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções dos beneficiários, incluindo eventual necessidade de remoção.

6.3.3. A (s) operadora (s) deverá (ão) garantir a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os usuários portadores de contrato de plano ambulatorial.

6.4. Da Remoção

6.4.1. A remoção de beneficiários que possuam planos privados de assistência à saúde que já tenham cumprido o período de carência, é obrigatória, a partir da ciência da operadora de planos privados de assistência à saúde, conforme estabelecido na Resolução Normativa nº 347, de 2 de abril de 2014, quando ocorrer:

a) de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

b) de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

c) de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;

d) de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto nos Arts. 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011; e

e) de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

6.4.1.1. A remoção de beneficiários somente poderá ser realizada mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, e após a autorização do médico assistente.

6.4.2. A remoção de beneficiários que possuam planos privados de assistência à saúde com segmentação hospitalar, que já tenham cumprido o período de carência não será obrigatória nas seguintes hipóteses:

a) de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores previstos nos Arts. 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa nº 259, de 2011; ou

b) de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano privado de assistência à saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora.

6.4.3. Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 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:

6.4.3.1. 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;

6.4.3.2. As operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão disponibilizar ambulância terrestre 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;

6.4.3.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 6.4.1, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

6.4.4. Os contratos de planos privados de assistência à saúde podem conter cláusulas mais amplas do que as estabelecidas no Item 6.4.1., abrangendo, inclusive, as hipóteses contidas no Item 6.4.2.

6.4.4.1. As cláusulas mais amplas a que se refere o caput podem também estar previstas em termo ou instrumento, apartado do contrato de planos privados de assistência à saúde, que preveja cobertura adicional referente à remoção.

6.5. DAS INTERNAÇÕES:

6.5.1. Os serviços de internação hospitalar compreenderão o seguinte:

- a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;
- b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
- f) cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos: a) crianças e adolescentes menores de 18 anos; b) idosos a partir dos 60 anos de idade; e c) pessoas com deficiência;
- g) cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar;

h) 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;

i) - 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 peritonial - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso X do art. 21 e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;

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

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

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

g) embolizações listadas nos Anexos desta RN;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

6.5.1.1. Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e nas alíneas “c”, “d”, “e” e “g” do Item 6.5.1.

6.5.1.2. Nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, esta deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.

6.5.2. As internações eletivas ou programadas prescindem de autorização prévia da operadora do plano, que avaliará as causas do pedido de hospitalização, devendo a solicitação de internação estar acompanhada de laudo do médico assistente em que conste diagnóstico ou hipótese de diagnóstico, tipo de tratamento e período provável de internação.

6.6. DAS CONSULTAS MÉDICAS E EXAMES:

6.6.1. Aos beneficiários do (s) plano (s) aderidos, serão ofertadas consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

6.6.2. Os assuntos relativos às consultas e procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento médico serão cumpridos conforme disposto no art. 21 da Resolução Normativa nº 428/2017.

6.7. Da Assistência Obstétrica:

6.7.1. Os serviços de obstetrícia ofertados nos planos de saúde, compreenderão as fases: do pré-natal, da assistência ao parto e do puerpério, observando-se as seguintes exigências:

6.7.1.1. 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 horas, salvo contra-indicação do médico ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente;

6.7.1.2. 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

6.7.1.3. 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.

6.8. DO PLANO ODONTOLÓGICO:

6.8.1. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo I da Resolução Normativa nº 428, de 7 de novembro de 2017, para a segmentação odontológica.

6.8.1.1. Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar e plano-referência.

6.8.1.2. Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Anexo I para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos.

6.8.1.3. É obrigatória a cobertura dos atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas específicas vigentes sobre o tema.

7. DA INCLUSÃO E REINCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS NOS PLANOS DE SAÚDE E ODONTOLÓGICO

7.1. A inclusão e reinclusão dos servidores especificados neste Termo de Referência, e seus dependentes, far-se-á a pedido do interessado em aderir ao plano de saúde e/ou

odontológica, mediante assinatura em documento próprio e apresentação de documentação pertinente.

7.2. Os dependentes indicados pelo beneficiário titular serão incluídos no mesmo plano e operadora escolhidos pelo beneficiário.

7.3. É voluntária a inclusão/reinclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde e/ou odontológica de que trata este Termo de Referência.

7.4. A solicitação de inscrição/exclusão de beneficiários no Plano de Assistência à Saúde e de Assistência Odontológica deverá atender ao cronograma da (s) administradora (s)/operadora (s) que deverá ser apresentado pela (s) Administradora (s), no momento da implantação do Termo de Acordo.

7.5. Os Beneficiários, no ato de sua adesão, deverão preencher o formulário “Declaração de Saúde”, com a finalidade de ser avaliada a necessidade de ser estabelecida cláusula de Cobertura Parcial Temporária (CPT), para os casos de doença ou lesão preexistente, na forma determinada pela Lei Federal nº 9.656/98 e sua atualização.

7.6. Os servidores disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da contratação da (s) Administradora (s) de Benefícios, para solicitarem a sua inclusão e do (s) seu (s) dependente (s), se for o caso, no (s) plano (s) de saúde e/ou odontológica ofertado (s), ficando isento (s) de carência para usufruírem os serviços contratados. Após este prazo, os servidores que firmarem contrato com a (s) Administradora (s), cumprirão as carências estabelecidas no subitem 11.2.

7.7. Ao aposentado que aderir o (s) plano (s) ofertados pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando de permanência em trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

7.7.1. Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no Item 9.7. é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

7.8. A inclusão, com exceção das inclusões ocorridas no mês de assinatura do Termo de Acordo, far-se-á a pedido do titular mediante manifestação expressa deste junto à(s) Administradora (s) de Benefícios respeitado o seguinte cronograma:

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	VIGÊNCIA DA COBERTURA ASSISTENCIAL
1º ao 20º dia	A partir do primeiro dia do mês subsequente
21º ao 30º dia	A partir do primeiro dia do 2º mês subsequente

8. DA EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS NOS PLANOS DE SAÚDE E ODONTOLÓGICO

8.1. A exclusão do Beneficiário Titular implica na exclusão automática dos Beneficiários Dependentes. A referida exclusão poderá se dar pelos seguintes motivos:

- a) Pela perda da condição de dependência;
- b) A pedido do Beneficiário Titular;
- c) Por fraude ou inadimplência do Beneficiário Titular;
- d) Em caso de rescisão do Termo de Acordo e,
- e) Fim do prazo do Termo de Acordo sem que tenha acontecido a renovação.

8.2. Ao Beneficiário que aderir a qualquer um dos planos ofertados e em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão do contrato de trabalho ou exoneração, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

8.2.1. Será estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, após a comunicação formal da (s) Administradora (s) de Benefícios, para que o beneficiário se manifeste sobre a continuidade ou desistência do (s) plano (s) de saúde e/ou odontológico contratado (s).

8.2.2. O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o item 10.2 será de um terço do tempo de permanência no (s) plano (s) contratado (s), com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

8.3. As respectivas carteiras de identificação para a utilização dos planos previstos neste Termo de Referência deverão ser devolvidas à (s) Administradora (s) de Benefícios, no ato de sua exclusão, respondendo o Beneficiário Titular por todos os valores, custos e despesas decorrentes da utilização indevida de carteira não devolvida e/ou vencida;

8.4. Caberá ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso comunicar no prazo não superior a 05 (cinco) dias do ato que se deu o desligamento de vínculo empregatício por exoneração, demissão ou caso de morte para que a (s) Administradora (s) de Benefícios possa (m) proceder o trâmite para verificação da continuidade ou não com o (s) planos (s) assistencial (is) juntamente com o beneficiário titular ou dependente (s).

8.5. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura devem também constar no contrato celebrado entre o beneficiário e a (s) Administradora (s) de Benefícios.

8.6. A solicitação de exclusão de beneficiário no (s) plano(s) contratado (s) deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas ser consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial:

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	VIGÊNCIA DA COBERTURA ASSISTENCIAL
1º ao 20º dia	A partir do primeiro dia do mês subsequente

21º ao 30º dia

A partir do primeiro dia do 2º mês subsequente

9. DOS PRAZOS DE CARÊNCIA E ATENDIMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE

9.1. Os servidores e seus dependentes disporão do prazo de 60 (sessenta) dias, contados da assinatura do Termo de Acordo com a (s) Administradora (s) de Benefícios, para aderirem ao (s) plano (s) de saúde, ficando isentos de qualquer carência para usufruírem os serviços contratados.

9.2. Após escoado o prazo de que trata o subitem 9.1., somente serão admitidas novas inclusões, sem qualquer carência, em casos de admissão funcional, nascimento, casamento (cônjuge) ou adoção, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias do evento;

9.3. Em caso de novas adesões decorridas após o prazo estabelecido no subitem 9.1 e 9.2, e na ocorrência de reingresso de beneficiários ao(s) plano(s) de saúde, estes deverão cumprir o prazo máximo de carência, conforme estabelecido abaixo:

Situação	Carência
Caso de urgência e emergência	24 (vinte e quatro) horas
Consultas médicas e exames clínicos e patológicos	30 (trinta) dias
Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional	300 (trezentos) dias
Doenças e lesões preexistentes	24 (vinte e quatro) meses
Demais exames e tratamentos	180 (cento e oitenta) dias
Internações hospitalares	180 (cento e oitenta) dias

9.4. O prazo de atendimento após transcorrido a carência tratada no subitem anterior, será respeitada pelas operadoras de saúde conforme abaixo:

- a)** consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;
- b)** consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;
- c)** consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- d)** consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
- e)** consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- f)** consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;
- g)** consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;
- h)** consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;

- i) serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;
- j) demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
- k) procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
- l) atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis; n) atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e
- m) urgência e emergência: imediato.

9.4.1. Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

9.4.2. O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.

9.4.3. Os procedimentos elencados neste Item são aqueles constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS da Resolução Normativa nº 428, de 7 de novembro de 2017.

9.5. Fica sujeita aos prazos de carência a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo beneficiário, ou por perda da condição de dependente.

10. DO REEMBOLSO

10.1. Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º da Resolução Normativa nº 268, de 1º de setembro de 2014, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.

10.1.1. Para todos os produtos que prevejam a opção de acesso a livre escolha de prestadores, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente.

10.1.2. Nos produtos onde haja previsão de acesso a livre escolha de prestadores, quando o procedimento solicitado pelo beneficiário não estiver disposto na cláusula de reembolso ou quando não houver previsão contratual de tabela de reembolso, deverá ser observada a regra disposta no Item 12.1.

10.1.3. Nos contratos com previsão de cláusula de coparticipação, este valor poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.

10.1.4. Nas hipóteses em que existe responsabilidade da operadora em transportar o beneficiário, caso este seja obrigado a arcar com as despesas de transporte, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente.

11. DA COPARTICIPAÇÃO

11.1. O beneficiário pagará pelo uso dos serviços contratados no percentual definido pela tabela de referência da (s) operadora (s), vigente à data do evento.

11.2. A participação nos custos dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, boleto bancário ou autorização de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário.

11.2.1. Em caso de desligamento ou exoneração do servidor, a cobrança deverá ser realizada por boleto bancário.

12. DA PORTABILIDADE - Da Portabilidade de Carências:

12.1. O beneficiário de plano de contratação coletiva por adesão fica dispensado do cumprimento de novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária na contratação de novo plano de contratação individual ou familiar ou coletivo por adesão, na mesma ou em outra operadora de plano de assistência à saúde, desde que sejam atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:

12.1.1. Estar adimplente junto à operadora do plano de origem, mediante a apresentação dos comprovantes de recebimento de salário dos três últimos meses, ou a comprovação de pagamento dos três últimos boletos vencidos, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do atendimento deste requisito;

12.1.2. Possuir prazo de permanência:

- a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária;
- b) Nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem.

12.1.3. O plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem;

12.1.4. A faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão; e

12.1.5. O plano de destino não estar com registro em situação "ativo com comercialização suspensa", ou "cancelado".

12.2. A portabilidade de carências deve ser requerida pelo beneficiário no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente, ressalvado o disposto abaixo:

12.2.1. Caso se constate que o plano de origem não constava das bases de dados do aplicativo da ANS, o beneficiário terá os seguintes prazos, para exercício do direito à portabilidade de carências, desde que observados os seus requisitos:

a) quando a solicitação for protocolada na ANS até o primeiro mês posterior ao do aniversário do contrato: 120 (cento e vinte) dias contados da expedição do ofício de resposta da ANS.

b) quando a solicitação for protocolada na ANS no segundo ou no terceiro mês posterior ao do aniversário do contrato: 60 (sessenta) dias contados da expedição do ofício de resposta da ANS.

12.3. Não poderá haver cobrança de custas adicionais em virtude do exercício do direito previsto na Resolução Normativa nº 438 de 03 de dezembro de 2018 e suas alterações, seja pela operadora de plano de origem ou pela operadora de plano de destino.

12.4. Não poderá haver discriminação de preços de planos em virtude da utilização da regra de portabilidade de carências. Da Portabilidade Especial de Carências:

12.5. As condições e prazos previstos para a portabilidade especial de carências estão constantes na Resolução Normativa nº 438 de 03 de dezembro de 2018, e suas alterações, nas situações elencadas abaixo:

12.5.1. No curso de processo administrativo referente ao regime especial de Direção Fiscal ou Direção Técnica, ou nos casos de cancelamento compulsório do registro de operadora ou de Liquidação Extrajudicial sem regime especial prévio, após o insucesso da transferência compulsória de carteira, a Diretoria Colegiada pode, a seu critério, expedir Resolução Operacional fixando prazo de até 60 (sessenta) dias, prorrogáveis, para que os beneficiários da carteira da operadora a ser liquidada exerçam a portabilidade especial de carências para plano de saúde de outra operadora.

12.5.2. Em caso de morte do titular do contrato, o beneficiário vinculado a plano privado de assistência à saúde poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde em operadoras, no prazo de 60 (sessenta) dias do falecimento.

12.5.3. 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 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão.

12.5.4. Ressalvadas as hipóteses previstas nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, os beneficiários enquadrados no § 1º do art. 3º, no inciso VII do art. 5º e no § 1º do art. 9º, todos da Resolução Normativa nº 195, de 2009, que tiverem seu vínculo com o beneficiário titular do plano privado de assistência à saúde extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, poderão exercer a portabilidade especial de carências, no prazo de 60 (sessenta) dias a contar do término do vínculo de dependência.

13. DOS PREÇOS

13.1. Os valores das mensalidades serão definidos por tipo de plano de saúde e pelas seguintes faixas etárias (determinadas pela Agência Nacional de Saúde – ANS):

Faixa etária	Observações
1ª) 0 a 18 anos	A Resolução Normativa (RN nº 63), publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18).
2ª) 19 a 23 anos	
3ª) 24 a 28 anos	
4ª) 29 a 33 anos	
5ª) 34 a 38 anos	
6ª) 39 a 43 anos	A Resolução determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima.
7ª) 44 a 48 anos	
8ª) 49 a 53 anos	
9ª) 54 a 58 anos	
10ª) 59 anos ou mais	

14. DO REAJUSTE ANUAL

14.1. O reajuste anual do(s) plano(s) de saúde respeitará o disposto na Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, através dos seguintes critérios:

14.1.1. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.

14.1.2. É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos com 30 (trinta) ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.

14.1.3. Para os efeitos a quantidade de beneficiários em um contrato deverá ser apurada anualmente no mês de seu aniversário, ressalvada a hipótese prevista no Art. 6º § 1º da Resolução Normativa nº 309, de 24/10/2012.

14.1.4. Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a (s) administradora (s) de benefícios na condição de estipulante, para a apuração da quantidade de beneficiários, a operadora deverá levar em conta todos os beneficiários vinculados ao contrato com a (s) administradora (s).

14.1.5. O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

14.1.6. O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedado qualquer tipo de variação.

14.1.7. O percentual de reajuste somente será aplicado aos contratos agregados ao agrupamento considerando a data do seu último aniversário ou, na hipótese de inexistência dessa data, se foram agregados ao agrupamento no momento de sua assinatura.

14.2. Respeitadas as disposições da legislação em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários do quadro de servidores do Ministério Público poderão ser objeto de reajuste, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora e da (s) Administradora (s), bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

14.3. Qualquer reajuste a ser aplicado no (s) contrato (s) de plano (s) de saúde e/ou odontológica pela (s) Administradora (s) de Benefícios, deverão ser devidamente justificada e demonstrada a necessidade da aplicação do reajuste, sendo que só poderá executá-lo mediante anuência da Administração Superior do Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

14.3.1. Apresentação de base de cálculo de reajuste deverá ser encaminhada com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias anteriores à data estimada para sua aplicação.

15. DO RECURSO E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

15.1. Inexiste a indicação e destaque de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, a ser repassado diretamente para a (s) Administradora(s) de Benefícios credenciada (s), considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência médica e/ou odontológica é de **responsabilidade exclusiva do servidor**, que optar por aderir a qualquer do (s) plano (s) disponibilizado (s) pela (s) operadora (s) conveniada (s) a (s) administradora (s) credenciada (s).

15.2. A participação nos custos dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, boleto bancário ou autorização de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário.

15.3. Não caberá qualquer ônus ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso, tendo em vista que a responsabilidade pelo pagamento cabe tão somente ao beneficiário do (s) plano (s), optante pela adesão.

16. DA DESCRIÇÃO DA CONTRATAÇÃO

Descrição da Contratação:

() Aquisição de Materiais e Bens comuns

☐ Aquisição de Equipamento e Materiais Permanentes
☐ Serviços Comuns – Manutenção/Prestação de Serviços
☒ Serviços Especializados
☐ Serviços Técnicos - Consultoria/Auditoria/Assessoria
☐ Serviços de Engenharia e Obras

17. DAS CONDIÇÕES PARA HABILITAÇÃO

17.1. Poderão participar do processo de Chamamento Público para credenciamento a (s) Administradora (s) de Benefícios que atenderem plenamente a todas as exigências constantes deste Termo de Referência e seu (s) Anexos, inclusive quanto à documentação e aos requisitos de habilitação e disponibilizem no mínimo 01 (uma) operadora de planos de assistência médica, e/ou 01 (uma) operadora que assegure assistência odontológica, devidamente autorizadas pela ANS;

17.1.1. As operadoras disponibilizadas pela (s) administradora (s) de benefícios, para atender ao quantitativo mínimo de 01 (uma) operadora estabelecido no item 3, não podem pertencer ao mesmo grupo econômico, ou no caso de cooperativas, ao mesmo sistema cooperativo, ou estarem em situação de direção fiscal decretada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, independentemente do quantitativo disponibilizado;

17.2. Não será admitida nesse processo de Chamamento Público a participação de empresas em situações elencadas abaixo, para atuar como Administradoras de Benefícios:

- a) Concordatárias ou em processo de falência, em recuperação judicial ou extrajudicial, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;
- b) Que estejam com o direito de licitar e contratar com a Administração Pública, suspenso ou que por esta tenham sido declaradas inidôneas;
- c) Que estejam sob pena de interdição de direitos previstos na Lei nº. 9.605/98;
- d) Estrangeiras que não funcionem no País;
- e) Que não tenham ramo de atividade pertinente ou compatível ao objeto do presente processo de Chamamento Público inscrito no contrato social;
- f) Pessoa Jurídica que dentre seus dirigentes, sócios, acionistas, responsáveis técnicos ou legais figure como funcionário, servidor ou ocupante de cargo comissionado no Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

18. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

18.1. A documentação poderá ser apresentada em original, por qualquer processo de cópia autenticada em Cartório de Notas e Registros ou por membro da CPL, ou, ainda, por publicação em órgão de imprensa oficial.

18.2. O Presidente da CPL reserva-se ao direito de solicitar o original de qualquer documento, sempre que tiver dúvida e julgar necessário.

18.3. Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitações de documentos em substituição aos documentos requeridos no presente Termo de Referência e seus Anexos e nem documentos cujas datas estejam rasuradas.

18.4. O Ministério Público do Estado de Mato Grosso poderá utilizar os sites oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões para comprovação da regularidade do licitante.

18.5. O Envelope "Documentos de Habilitação" deverá conter os documentos preferencialmente em ordem, com suas páginas numeradas sequencialmente, a seguir relacionados os quais dizem respeito a:

19. DA HABILITAÇÃO JURÍDICA

19.1 Registro comercial, no caso de empresa individual, ou 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.

19.1.1 Os documentos acima deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva;

19.2 Cédula de Identidade ou outro documento de identificação dos representantes da empresa (sócio/proprietários).

19.3 Os documentos apresentados no Credenciamento servirão para a Habilitação Jurídica, caso não apresentados, deverá estar no envelope de documentos de habilitação, sob pena INABILITAÇÃO.

20. DA REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA

20.1 Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);

20.2 Inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual e/ou Municipal - Boletim de Cadastro Mobiliário relativa ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

20.3 Certidão de regularidade de débito com as Fazendas: a. Federal: Certidão Unificada Negativa ou Certidão Unificada Positiva com efeito negativo de Tributos Federais e

Previdenciários, conforme Portaria 358 de 5 de setembro de 2014. Ainda será aceito, a apresentação das mesmas separadamente, desde que válidas; b. Estadual: Certidão Negativa de débitos ou positiva com efeito de negativa Estadual (CND) no caso de Mato Grosso específica para participar de licitações, expedida pela Agência Fazendária da Secretaria de Estado de Fazenda do respectivo domicílio tributário; c. Municipal: Certidão Negativa de Débito Municipal ou positiva com efeito de negativa, expedida pela Prefeitura do respectivo domicílio tributário;

20.4 Certidão de Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);

20.5 Certidão de Regularidade Fiscal de Débitos Trabalhistas (CNDT) em cumprimento a Lei n. 12.440/2011 art. 29, inciso V, a mesma pode ser retirada no site: www.tst.jus.br/certidao.

20.6 Certidão de Regularidade de Dívida Ativa de competência da Procuradoria Geral do Estado do respectivo domicílio tributário da empresa. (Ressalvam-se os casos de unificação de certidão por força de legislação Estadual, quando será aceita a certidão unificada).

20.7 Certidão de Regularidade de Dívida Ativa de competência da Procuradoria Municipal do respectivo domicílio tributário da empresa (Ressalvam-se os casos de unificação de certidão por força de legislação municipal, quando será aceita a certidão unificada); NOTA: As datas de validades aceitas nas certidões serão as datas consignadas nos documentos, ou na omissão de validade, considera-se 90 (noventa) dias da data de emissão.

21. DA QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

21.1. Certidão Negativa de falência ou concordata e/ou recuperação judicial ou extrajudicial, expedida pelo distribuidor da sede da licitante, observadas as disposições da Lei nº 11.101/2005.

a) Quando a Certidão não estiver com indicação de prazo de validade, nestes casos, será considerado o prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data da expedição da mesma.

b) Para as praças onde houver mais de um cartório distribuidor, deverão ser apresentadas tantas certidões de falência quantos forem os cartórios, cada uma emitida por um distribuidor.

21.2 Balanço patrimonial e demais demonstrações contábeis do último exercício social da empresa Licitante, já exigíveis e apresentados na forma da Lei, devidamente registrado na junta comercial ou cartório (deverá conter carimbo ou etiqueta ou chancela da junta Comercial) fundamentado no art. 1.181 da Lei 10.406/02, Resolução CFC (Conselho Federal de Contabilidade) nº 583/83 § 2º do art. 1.184 da Lei 10.406/02, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados pelos índices oficiais quando encerrados a mais de 03 (três) meses da data de apresentação da proposta.

21.3 Por “Balanço Patrimonial apresentado na forma da Lei”, considere-se o seguinte:

- a) no caso das sociedades por ações, deverá ser apresentado o balanço patrimonial publicado em órgão de imprensa oficial ou conforme dispuser a Lei Federal nº 6.404/76;
- b) no caso das demais sociedades comerciais, deverá ser apresentado o balanço patrimonial transcrito no “Livro Diário” da empresa, devidamente assinado pelo contador responsável e pelo representante legal, e acompanhado de seus respectivos termos de abertura e encerramento (igualmente assinados pelo contador e pelo representante legal da empresa), sendo devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou Cartório de Títulos e Documentos; ou por SPED DECRETO 8.683/2016.

A comprovação da boa situação financeira da empresa Licitante será baseada no cálculo (que deverá ser apresentado pela licitante, assinado pelo seu contador), será demonstrada pela obtenção dos índices de Liquidez Corrente (LC), Liquidez Geral (LG) e Grau de Endividamento (GE), resultante da aplicação da fórmula estabelecida abaixo:

$LC = \text{Ativo Circulante}$

$\text{Passivo Circulante LG} = \text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a Longo Prazo}$
 $\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível a Longo Prazo}$
 $GE = \frac{\text{Passivo Circulante}}{\text{Ativo Total}}$

21.4 A comprovação da boa situação financeira da empresa Licitante será baseada na Comprovação de patrimônio líquido, no valor mínimo de 10% (dez por cento) do valor estimado da contratação, quando qualquer dos índices Liquidez Geral, Liquidez Corrente e Solvência Geral, for igual ou inferior a 1;

21.5 As microempresas e as empresas de pequeno porte, que preencham as condições estabelecidas no art. 34 da Lei n.º 11.488/07, estão dispensadas do balanço patrimonial apenas para fins fiscais. Assim, para a presente licitação, é OBRIGATÓRIA a apresentação desta peça, dispensando-se apenas a publicação e a sua transcrição no livro diário;

21.6 Serão considerados aceitos, na forma da lei, o Balanço Patrimonial e Demonstração de Resultado apresentados em uma das seguintes formas:

- ⌚ Publicados em Diário Oficial;
- ⌚ Publicados em Jornal;
- ⌚ Por cópia ou fotocópia registrada ou autenticada na Junta Comercial da sede ou domicílio da licitante; e Observações:
- ⌚ As empresas recém-constituídas, cujo Balanço Patrimonial ainda não seja exigível, deverão apresentar o Balanço de Abertura registrado na junta comercial, contendo carimbo e assinatura do representante legal da empresa e do contador.
- ⌚ As empresas que estiveram inativas no ano anterior deverão apresentar cópia da declaração de inatividade entregue à Receita Federal, apresentando o último balanço patrimonial que antecede à condição de inatividade.

22. DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

22.1 Apresentar atestado de capacidade técnica em original, cópia autenticada em cartório ou cópia autenticada pela CPL apresentando o documento original, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, em nome e a favor da empresa licitante, que comprove(m) o fornecimento de assistência a saúde e/ou odontológica para, no mínimo, 10% (dez por cento) do quantitativo de beneficiários previsto neste Termo de Referência. Caso o atestado seja emitido por pessoa jurídica de direito privado, deverá obrigatoriamente ser apresentado com firma reconhecida em cartório.

22.2 Os atestados de capacidade técnica/responsabilidade técnica poderão ser apresentados em nome e com CNPJ da matriz e/ou da (s) filial (ais) da licitante:

a) A responsabilidade é da empresa licitante pela autenticidade da documentação solicitada no item acima, artigos 297 a 301 do Código Penal.

b) É facultado a CPL ou autoridade superior de promover diligências, conforme disposto no art. 43, § 3º, Lei nº. 8.666/93. 21.8.1.2. Será admitido o somatório de atestados quando se referirem à execução de serviços similares e compatíveis desde que prestado simultaneamente.

22.3 Apresentar prova de registro na ANS da (s) Administradora (s) de Benefícios e da (s) operadora (s) a ela vinculada (s), mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro.

22.4 Apresentar prova de registro na ANS do (s) plano (s) ofertado (s) com abrangências: regional e/ou estadual e/ou nacional, bem como, da segmentação assistencial oferecida nos termos do art. 6º da Resolução Normativa nº 428/2017, mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro.

22.5 Apresentar certidão expedida pela ANS de que a (s) Administradora (s) atende às exigências de ativos garantidores, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009, relativa ao 2º trimestre de 2016, exigível na forma da lei.

22.6 Termo de contrato ou congênere celebrado entre a Administradora de Benefícios e a operadora de plano de saúde, em que estejam claramente definidas as responsabilidades e se comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com a Administração Superior do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, destacando-se a impossibilidade de repasse de qualquer inadimplência dos beneficiários a este Município.

23 DOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

23.1 Declaração que não possui em seu quadro de pessoal, empregados com menos de 18 (dezoito) anos, em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e menores de dezesseis anos, em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal.

23.2 Declaração de inexistência de fato impeditivo em papel timbrado da licitante, firmada pelo responsável legal, com indicação do nome, cargo e atestando, sob as penalidades cabíveis a inexistência de fato impeditivo à sua habilitação.

23.3 Declaração de que nos seus quadros não estão empregados, servidores públicos exercendo funções de gerência, administração ou tomada de decisão perante esta Administração.

23.4 Declaração do licitante, devidamente assinada pelo seu responsável de que recebeu todos os documentos, que tomou conhecimento de todas as informações e das condições dos locais para cumprimento das obrigações objeto desta licitação, e, ainda, de aceitação das exigências do Edital.

23.5 A validade dos documentos apresentados será aquela constante de cada documento ou estabelecida em Lei. Nos casos omissos, o Presidente da CPL considerará como prazo de validade aceitável o de 90 (noventa) dias, contados da data de sua emissão.

23.6 Em nenhuma hipótese a licitante poderá alegar desconhecimento, incompreensão, dúvidas ou esquecimento de qualquer detalhe relativo a execução do objeto, responsabilizando-se por qualquer ônus decorrentes desses fatos.

23.7 Todo e qualquer documento apresentado em Língua Estrangeira em deverá estar acompanhado da respectiva tradução para o idioma pátrio, feita por tradutor público juramentado.

23.8 Se a documentação de habilitação não estiver completa e correta ou contrariar qualquer dispositivo deste Termo de Referência e seus anexos, o Presidente da CPL considerará o proponente inabilitado.

23.9 Verificado o atendimento das condições de habilitação de proponente de menor preço, esta será declarada vencedora, sendo-lhes adjudicado o objeto desta licitação.

23.10 A existência de restrição relativamente à regularidade fiscal não impede que a licitante qualificada como microempresa ou empresa de pequeno porte seja credenciada, uma vez que atenda a todas as demais exigências do edital.

23.11 Constatada a existência de alguma restrição no que tange à regularidade fiscal, a licitante qualificada como microempresa ou empresa de pequeno porte será convocado para, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, após a declaração do vencedor, comprovar a regularização. O prazo poderá ser prorrogado por igual período, a critério da administração pública, quando requerida pelo licitante, mediante apresentação de justificativa.

23.12 A não-regularização fiscal no prazo previsto no subitem anterior acarretará a inabilitação do licitante, sem prejuízo das sanções previstas neste Termo de Referência, com a reabertura da sessão pública.

23.13 Como condição prévia ao exame da documentação de habilitação do licitante detentor da proposta classificada em primeiro lugar, o Presidente da CPL verificará o eventual

descumprimento das condições de participação, especialmente quanto à existência de sanção que impeça a participação no certame ou a futura contratação, mediante a consulta aos seguintes cadastros:

- ⌚ Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas – CEIS, mantido pela Controladoria-Geral da União (www.portaldatransparencia.gov.br/ceis);
- ⌚ Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça (www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php).
- ⌚ Lista de Inidôneos, mantida pelo Tribunal de Contas da União – TCU.

24. OBRIGAÇÕES DA EMPRESA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

24.1. Apresentar aos Beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, no mínimo 01 (uma) operadora de planos de assistência médica e/ou 01 (uma) de assistência odontológica devidamente registrada na ANS;

24.2. Deverá possuir a facilidade de central de atendimento, através do serviço 0800, 24 (vinte quatro) horas, para os esclarecimentos que se fizerem necessários, e disponibilizar, no mínimo, 01 (um) funcionário devidamente habilitado para todo o período de vigência do Termo de Acordo, auxiliando no atendimento ao público a fim de esclarecimento de dúvidas quanto ao (s) plano (s) ofertado (s), procedimento a adotar para adesão, treinamento de pessoal e outras questões referentes ao (s) plano (s) assistencial (is), estando à disposição do Ministério Público do Estado de Mato Grosso para correta execução do objeto.

24.3. Negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, acerca dos aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência médica e/ou odontológica, aplicação de mecanismos de regulação estabelecidos pelas operadoras dos planos de saúde e/ou odontológico; e reajuste das mensalidades dos planos;

24.4. Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica e/ou odontológica junto aos beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

24.5. Orientar os beneficiários a respeito do Termo de Referência, bem como Termo de Acordo específico que vier a ser firmado;

24.6. Exigir dos beneficiários documentos que comprove seu vínculo junto ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;

24.7. Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;

24.8. Acompanhar a prestação dos serviços das operadoras estipuladas, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários;

24.9. Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica e/ou odontológico, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada no Termo de Referência e na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;

24.10. Negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos, posteriormente, requerendo anuência da Administração Superior do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, para então comunicar os beneficiários, na forma da legislação vigente;

24.11. Encaminhar com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data estimada para aplicação do reajuste no (s) contrato (s) de plano (s) assistencial (is), a proposta de reajuste contendo base de cálculo com devida justificativa do motivo da tal necessidade.

24.12. A (s) administradora (s) de benefícios credenciada (s) deverá (ão) zelar pelo sigilo das informações assistenciais, devendo comprovar que possui (em) profissional técnico habilitado, observando o que dispõe a Resolução Normativa nº 255/2011;

24.13. Manter, enquanto durar o ajuste, todas as condições que ensejaram o credenciamento, particularmente ao que se refere à atualização de documentos e as condições exigidas por ocasião da realização de inspeções;

24.14. Comunicar o gestor deste instrumento, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços;

24.15. Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Fiscalização do Termo de Acordo, com os seguintes dados:

I – Perfil Demográfico da Carteira;

II – Relatório de sinistralidade;

III – Indicadores sobre a Utilização:

a) Beneficiários;

b) Prestadores.

IV – Casos Crônicos e de Risco:

a) Identificação de casos Crônicos;

b) Descrição das Patologias;

c) Parecer Médico.

24.16. Encaminhar toda minuta/modelo de contrato de plano (s) assistencial (is) a ser assinado com beneficiário titular para análise e anuência pela Administração Superior do Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

24.17. É vedado à (s) Administradora (s) de Benefícios, transferir a terceiros total ou parcialmente a oferta de planos (s) de saúde e odontológico, decorrente do objeto do Termo de Acordo, celebrado junto ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

25. OBRIGAÇÕES DA OPERADORA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

25.1. Caberá à (s) Operadora (s) de assistência médica contratada (s) pela (s) Administradora (s) de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei nº. 9.656/98, e da Resolução Normativa nº. 428/2017, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados.

25.2. Oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;

25.3. Efetuar o pagamento de reembolso na forma descrita no item 12, deste Termo de Referência.

25.4. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços de assistência à saúde aos beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso;

25.5. Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência contratual e de acordo com a legislação vigente;

25.6. Fornecer, gratuitamente, aos beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, a primeira via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;

25.6.1. Se for necessária a emissão de 2ª via será cobrada uma taxa a ser definida pela operadora.

25.7. Fornecer, gratuitamente, aos beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, 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 pela (s) Operadora (s) contratada (s) pela (s) empresa (s) Administradora (s) de Benefícios, por meio físico ou virtual;

25.8. Credenciar hospitais, médicos e serviços auxiliares, bem como cancelar tais credenciamentos, sempre com o objetivo de melhoria da qualidade de atendimento aos beneficiários, sendo facultado à (s) Administradora (s) de Benefícios colaborar com a (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde no processo de seleção dos hospitais, médicos e serviços auxiliares;

25.9. Em caso de substituição dos hospitais, médicos e serviços auxiliares por outros equivalentes, a (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde deverá comunicar o fato à (s) Administradora (s) de Benefícios com 30 (trinta) dias de antecedência, ressaltando nesse

prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

25.10. Manter a rede de atendimento credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta, e, caso haja descredenciamento de qualquer profissional, hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou centro radiológico, credencial outro de mesmo porte e com a mesma capacitação técnica, abrangência e número de leitos, submetendo o credenciamento à prévia aprovação da (s) Administradora (s) de Benefícios;

25.11. Assegurar aos beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, sempre que houver indisponibilidade de leito nos hospitais ou Clínicas próprios ou credenciados da Operadora (s) de Plano (s) de Saúde, acomodação em outro estabelecimento de qualidade igual ou superior, sem ônus adicional.

25.12. Providenciar a imediata correção das deficiências nos serviços contratados, apontadas pela (s) Administradora (s) de Benefícios.

25.13. Negociar, conforme sugestão da (s) Administradora (s) de Benefícios, a possibilidade de inclusão de profissionais ou entidades de saúde, conforme diretrizes administrativas da Contratada e da ANS e suas alterações.

25.14. Comunicar ao fiscal da execução do contrato, a ocorrência de qualquer fato impeditivo à execução fiel do contrato.

25.15. Incluir e excluir os funcionários e dependentes como beneficiários do Plano de Saúde, bem como promover a alteração da modalidade de Plano, conforme disciplinado em Termo de Referência, bem como no Edital e em seus anexos.

25.16. Manter, durante toda a execução do contrato, compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, condições de habilitação e qualificação exigidas no certame.

25.17. A responsabilidade pelo vínculo trabalhista relativo aos profissionais envolvidos na execução do contrato.

25.18. Observar as determinações constantes da Súmula Normativa nº 10, de 30 de outubro de 2006, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como das demais normas e entendimentos emanadas por tal órgão e suas alterações.

25.19. Em havendo cisão, incorporação ou fusão da (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde, a aceitação de qualquer uma destas operações, como pressuposto para a continuidade do contrato, ficará condicionada à análise, por parte da (s) Administradora (s) de Benefícios, do procedimento realizado e da documentação da nova empresa, considerando todas as normas aqui estabelecidas como parâmetros de aceitação, tendo em vista a eliminação dos riscos de insucesso na execução do objeto contratado.

25.20. Executar diretamente o contrato, sem transferência de responsabilidades aos serviços acordados com a (s) Administradora (s) de Benefícios.

25.21. Assumir a responsabilidade pelos encargos fiscais, previdenciários, trabalhistas e outros resultantes da contratação.

25.22. A inadimplência da (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde, com referência aos encargos estabelecidos na condição anterior, não transfere a responsabilidade por seu pagamento ao Município, nem poderá onerar o objeto deste contrato.

25.23. Deverá a (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde observar, também, o seguinte: a) é expressamente proibida a veiculação de publicidade acerca do contrato, salvo se houver prévia autorização da Administração. b) é vedado a subcontratação para a prestação dos serviços ao objeto deste processo.

25.24. A (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde deverá manter as mesmas condições habilitatórias, em especial, no que se refere ao recolhimento dos impostos federais, estaduais e municipais, durante toda a execução do objeto, as quais são de natureza *sine qua non* para a emissão de pagamentos e aditivos de qualquer natureza.

25.25. A (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde deverá ainda, garantir a migração e adaptação de planos de saúde conforme o disposto na Resolução Normativa nº 254, de 05 de maio de 2011, bem como de portabilidade de carências estabelecida na Resolução Normativa nº 438, de 03 de dezembro de 2018, e suas alterações.

26. DAS OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

26.1. Caberá às Operadora(s) odontológica (s) conveniada (s) pela (s) Administradora (s) de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, da Resolução Normativa nº 428/2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, alterações posteriores e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados;

26.2. Oferecer os serviços de assistência odontológica, na forma disciplinada pela legislação vigente;

26.3. 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;

26.4. Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de planos odontológicos contratada pela (s) Administradora (s) de Benefícios, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência odontológica deverá ser efetuado de acordo com os valores praticados na tabela das operadoras, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

26.5. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência odontológica por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras os seguintes documentos:

- a) Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do estabelecimento e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- b) Recibos de pagamento dos honorários odontológicos;
- c) Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento; e
- d) Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

26.6. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados;

26.7. Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados de acordo com a legislação vigente e durante a vigência contratual;

26.8. Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência Odontológica, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;

26.9. Se for necessária a emissão de 2ª via será cobrada uma taxa a ser definida pela operadora; e Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência Odontológica, Manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Consultórios e outros estabelecimentos e/ou profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela (s) Administradora (s) de Benefícios.

27. OBRIGAÇÕES DO MINISTÉRIO PÚBLICO

27.1. Comunicar à (s) Administradora (s) credenciada (s) a exoneração/demissão dos servidores da Ministério Público do Estado de Mato Grosso, no prazo máximo de 05 (cinco) dias a partir do desligamento dos mesmos, para que a (s) Administradora (s) credenciada possa proceder, se for o caso, sua exclusão e a de seus dependentes do plano contratado. A exclusão e as condições respeitarão os prazos estabelecidos neste Termo de Referência.

27.2. Relacionar, após a assinatura do Termo de Acordo, os beneficiários de cada plano, sendo que os dependentes serão cadastrados no mesmo plano do titular.

27.3. Permitir à (s) Administradora (s) de Benefícios (s) a divulgação dos planos médicos e/ou odontológicos junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação, observando o plano de mídia a ser previamente aprovado pela Administração Ministério Público do Estado de Mato Grosso, salvo autorização expressa do servidor;

27.4. Garantir espaço adequado aos profissionais da (s) Administradora (s) de Benefícios para garantir serviços de apoio aos beneficiários, incluindo infraestrutura necessária ao atendimento;

27.5. Efetuar averiguações periódicas e adotar procedimentos objetivando a regularidade e correção da assistência médico-hospitalar prestada pela (s) credenciada (s), devendo comunicar, por escrito, toda e qualquer irregularidade observada.

27.6. Prestar informações e os esclarecimentos que venham ser solicitados pelos funcionários da(s) Credenciada(s);

27.7. Comunicar oficialmente à(s) Credenciada(s) quaisquer falhas ocorridas, principalmente, consideradas de natureza grave.

27.8. Acompanhar e fiscalizar a execução do (s) Termo (s) de Acordo (s), de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devidamente designados neste Termo de Referência, comunicando a ocorrência de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas à autoridade superior.

28. DO PRAZO DE VIGÊNCIA

28.1. O prazo de vigência do **Chamamento Público** será de 12 (doze) meses, a contar da data da publicação do seu edital.

28.2. O prazo de vigência do **Termo de Acordo** será de 12 (doze) meses, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por mútuo acordo entre as partes, mediante termo aditivo, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses.

29. DO PAGAMENTO

29.1. Não haverá qualquer pagamento Ministério Público do Estado de Mato Grosso à (s) Administradora (s) de Benefícios, ficando a (s) Administradora (s) de Benefícios responsável pela cobrança aos beneficiários do valor da mensalidade do plano de saúde e/ou plano odontológico escolhido (s), que se dará mediante consignação em folha de pagamento, boleto bancário ou autorização de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário.

29.1.1. Nos casos de desligamento de vínculo empregatício do servidor, titular do benefício, por exoneração, demissão ou morte, com o Ministério Público do Estado de Mato Grosso, será realizado o pagamento tão somente por meio de boleto bancário, ficando o beneficiário responsável pelo pagamento integral do plano perante a (s) Administradora (s) de Benefícios.

30. DA RESCISÃO DO TERMO DE ACORDO

30.1. O Termo de Acordo somente poderá ser rescindido imotivamente após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou, ainda, sobrevindo caso fortuito ou de força maior, idem com relação a justo motivo, inclusive na hipótese de inexecução total ou parcial de qualquer de suas cláusulas e condições.

30.2. Obrigam-se os signatários a cumprir todas as cláusulas e condições durante o prazo de 60 (sessenta) dias que anteceder à rescisão.

31. DAS SANÇÕES/PENALIDADES

31.1. Aquele que, convocado dentro do prazo de validade de sua proposta, não assinar o Termo de Acordo, deixar de entregar ou apresentar documentação falsa exigida para o certame, ensejar o retardamento da execução de seu objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do Termo de Acordo, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal; garantido o direito à ampla defesa, ficará impedido de licitar e de contratar com o município, pelo prazo de até 2 (dois) anos, sem prejuízo das multas previstas em edital e no termo e das demais cominações legais.

31.2. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, a (s) Administradora (s) de Benefícios, assegurado o contraditório e a ampla defesa, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

- a) advertência por escrito;
- b) 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 (s) Administradora (s) de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;
- c) 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 (s) Administradora (s) de Benefícios credenciada (s), no caso de inexecução total dos serviços;
- d) suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a Administração pelo prazo não superior a 02 (dois) anos;
- e) declaração de inidoneidade para licitar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes de punição, até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, reabilitação esta que será concedida

sempre que a Credenciada ressarcir à Credenciante pelos prejuízos e, depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base nas letras “a”, “b”, “c” e “d”;

f) rescisão automática do Termo de Acordo, sem prejuízo de ações civis e criminais.

31.3. As sanções previstas nas alíneas “a” e “b” poderão ser aplicadas concomitantemente com a alínea “c”, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;

31.4. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no presente Termo de Referência, no Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação aos Beneficiários e ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso, apuradas em processo administrativo.

31.5. As multas previstas nesta seção não eximem o credenciado da reparação de eventuais perdas e danos ou prejuízos que seu ato punível venha causar a Credenciante.

31.6. Se a (s) Credenciada (s) não proceder ao recolhimento da multa no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação por parte do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, o valor será encaminhado para inscrição em Dívida Ativa e execução pela Procuradoria Geral do Município. Do ato que aplicar penalidade caberá recurso, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da ciência da notificação, podendo a Administração reconsiderar sua decisão ou nesse prazo encaminhá-la devidamente informada para a apreciação e decisão superior, dentro do mesmo prazo.

31.7. As penalidades pecuniárias a que se referem às cláusulas anteriores poderão ser cobradas administrativamente ou judicialmente, aplicando-se subsidiariamente as normas previstas na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

32. DA MODALIDADE DE LICITAÇÃO

- () Leilão
- () Convite
- () Concurso
- () Compra Direta
- (X) Inexigibilidade (art. 25 da Lei n.º 8.666/93)
- () Tomada de Preços
- () Concorrência Pública

33. DA FISCALIZAÇÃO E DO ACOMPANHAMENTO

33.1. Caberá ao fiscal do Termo de Acordo as seguintes atribuições:

- 33.1.1.** Orientar: estabelecer diretrizes, dar e receber informações sobre a execução do Termo de Acordo;
- 33.1.2.** Fiscalizar: verificar o material utilizado e a forma de execução do objeto do Termo de Acordo, confirmando o cumprimento das obrigações;
- 33.1.3.** Interditar: paralisar a execução do Termo de Acordo por estar em desconformidade com o pactuado;
- 33.1.4.** Intervir: assumir a execução do Termo de Acordo;
- 33.1.5.** Informar: a Administração o cometimento de falhas e irregularidades detectadas pela (s) Credenciada (s) que implique comprometimento da aquisição e/ou aplicação de penalidades previstas; e noticiar os casos de afastamento em virtude de férias, licenças ou outros motivos, para que o substituto (suplente) possa assumir a gestão do Termo de Acordo, evitando prejuízos, interrupções e suspensão das atividades de fiscalização.
- 33.1.6.** Ter total conhecimento do Termo de Acordo e suas cláusulas;
- 33.1.7.** Solicitar a seus superiores, em tempo hábil para adoção das medidas convenientes, decisões e providências que ultrapassem a sua competência;
- 33.1.8.** Zelar pelo bom relacionamento com a (s) credenciada (s), mantendo um comportamento ético, probo e cortês;
- 33.1.9.** Anotar todas as ocorrências relacionadas com a execução do Termo de Acordo, informando ao fiscal do Termo de Acordo aquelas que dependam de providências, com vistas à regularização das faltas ou defeitos observados;
- 33.1.10.** Acompanhar e controlar, quando for o caso, as entregas e o estoque de materiais de reposição, destinados à execução do objeto contratado, principalmente quanto à sua quantidade e qualidade;
- 33.1.11.** Formalizar, sempre, os entendimentos com a (s) Credenciada (s) ou seu Preposto, adotando todas as medidas que permitam compatibilizar as obrigações bilaterais;
- 33.1.12.** Avaliar constantemente a qualidade da execução contratual, propondo, sempre que cabíveis medidas que visem reduzir gastos e racionalizar os serviços;
- 33.1.13.** Observar rigorosamente os princípios legais e éticos em todos os atos inerentes às suas atribuições, agindo com transparência no desempenho das suas atividades.
- 33.1.14.** A fiscalização do futuro Termo de Acordo ficará a cargo de

34. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

34.1. Eventual alteração no Rol de Procedimentos publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS terão sua cobertura assegurada pelo Plano de Saúde e/ou Odontológico definido neste Termo de Referência, independentemente de aditamento contratual.

34.2. Serão automaticamente excluídos do Contrato, juntamente com seus dependentes, mediante comunicação imediata e por escrito da Administração Superior do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, comprovadamente entregue à (s) empresa (s) Administradora (s) de Benefícios, o beneficiário titular que, por qualquer motivo, deixar de atender as condições exigidas inicialmente na inscrição.

34.3. A tolerância de qualquer uma das partes, em relação a eventuais infrações da outra, não importará em modificação contratual, novação ou renúncia a direito, devendo ser considerada mera liberalidade da citada parte.

35. DA PROPOSTA

35.1. A proposta deverá ser apresentada conforme o modelo e orientações descritas no Anexo I deste Termo de Referência

36. DA LEGISLAÇÃO BÁSICA APLICÁVEL

36.1. Aplicam-se às situações decorrentes da execução do objeto constante do presente Termo de Referência as disposições contidas nas Leis Federais nº 8.666/93, com suas respectivas atualizações, no Código Civil, Código de Defesa do Consumidor e demais leis aplicáveis a Licitações e Contratos.

Cuiabá – MT, 12 de novembro de 2019.

SUE ELLEN BALDAIA SAMPAIO BETETO
Chefe do Departamento de Gestão de Pessoas.

ANEXO I

QUADRO ESTIMATIVO DO QUANTITATIVO DE BENEFICIÁRIOS – INTEGRANTES DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MATO GROSSO

FAIXA ETÁRIA	FEMININO	MASCULINO	SUBTOTAL
De 19 a 23 anos	48	12	60
De 24 a 28 anos	177	62	239
De 29 a 33 anos	161	100	261
De 34 a 38 anos	139	115	254
De 39 a 43 anos	122	89	211
De 44 a 48 anos	65	72	137
De 49 a 53 anos	47	39	74
De 54 a 58 anos	28	27	55
59 anos em diante	28	31	59
Total Geral	815	547	1362

QUADRO ESTIMATIVO DO QUANTITATIVO DE BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES – INTEGRANTES DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MATO GROSSO

FAIXA ETÁRIA	
Até 18 anos	1101
De 19 a 23 anos	191
De 24 a 28 anos	147
De 29 a 33 anos	177
De 34 a 38 anos	207
De 39 a 43 anos	220
De 44 a 48 anos	105
De 49 a 53 anos	93
De 54 a 58 anos	70
59 anos em diante	373
Total Geral	2684

**Procuradoria Geral
de Justiça**

Fls. _____

Rub. _____

ANEXO II

TERMO DE ACORDO N° XXXX

Inexigibilidade de Licitação n° XXXXX

Processo Administrativo n° 20.14.0001.0007008/2019-72

Pelo presente instrumento, o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MATO GROSSO**, por intermédio da **PROCURADORIA GERAL DE JUSTIÇA – PGJ**, inscrita no CNPJ/MF pelo n° 14.921.092/0001-57, com sede na Rua Quatro, s/n°, Centro Político e Administrativo – CPA, CEP 78.049-921, Cuiabá - Mato Grosso, doravante denominada apenas por **CREDENCIANTE**, neste ato representada pela Exma. Subprocuradora-Geral de Justiça Administrativa, Dra. **EUNICE HELENA RODRIGUES DE BARROS**, brasileira, divorciada, Procuradora de Justiça, portadora da Cédula de Identidade CI/RG n° 272848 SSP/MT e CPF/MF n° 451.899.001-34, residente e domiciliada nesta Capital, no uso das funções conferidas pela Portaria n° 197/2019-PGJ, DOE/MT de 06/03/19, e **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**, inscrito (a) no CNPJ/MF ou CPF pelo n° **XXXXXXXXXX**, (qualificação), com endereço na **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**, doravante denominada **CREDENCIADO**, **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**, representada neste ato pelo Sr. **XXXXXXXXXXXXXXXXXX** (qualificação), residente e domiciliado à Rua **XXXXXX**, e considerando o pressuposto autorizativo para a Inexigibilidade de Licitação n° **XXXXXX**, constante nos autos do Processo Gedoc PGJ/MT n° 20.14.0001.0007008/2019-72, sujeitando-se aos princípios e as exigências da Lei 8.666/93 e atualizações posteriores, RESOLVEM celebrar o presente TERMO DE ACORDO, mediante as cláusulas e condições a seguir relacionadas.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Credenciamento de Pessoa (s) Jurídica (s) devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para atuar como Administradora(s) de Benefícios objetivando disponibilizar plano (s) coletivo (s) empresarial (is) de assistência à saúde suplementar de, no mínimo, 01 (uma) operadora de planos de assistência médica, visando a prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterapia, psicológica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados no País, com padrão de enfermagem e apartamento individual, 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 e assistência odontológica de, no mínimo, 01 (uma)

operadora de assistência odontológica, aos servidores (efetivos e comissionados), Membros ativos, inativos e dependentes vinculados ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO AMPARO LEGAL E DA SUJEIÇÃO ÀS NORMAS LEGAIS E CONTRATUAIS

2.1. Aplicam-se às situações decorrentes da execução do objeto deste Termo de Acordo, as disposições contidas nas Leis Federais nºs 8.666/93 e 10.520/02, com suas respectivas atualizações, no Código Civil, Código de Defesa do Consumidor e demais leis aplicáveis a Licitações e Contratos Administrativos, além das normativas específicas aplicáveis ao caso e cláusulas deste instrumento.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS DOCUMENTOS APLICÁVEIS

3.1. Fazem parte integrante deste Termo de Acordo, independentemente de sua transcrição, a documentação habilitatória apresentada pelo CREDENCIADO, a inexigibilidade de licitação, nos termos do art. 25, *caput*, da Lei nº 8.666/1993 e os demais elementos constantes do Processo Gedoc PGJ/MT nº. 20.14.0001.0007008/2019-72.

CLÁUSULA QUARTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

4.1. O presente Instrumento terá vigência de 12 (doze) meses, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por mútuo acordo entre as partes, mediante termo aditivo, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, nos termos do artigo 57, inciso II, da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA QUINTA – DA PROPOSTA DE PREÇOS E DO REAJUSTE

5.1. Os valores das mensalidades serão definidos por tipo de plano de saúde e pelas seguintes faixas etárias (determinadas pela Agência Nacional de Saúde – ANS):

Faixa etária	Observações
1ª) 0 a 18 anos 2ª) 19 a 23 anos 3ª) 24 a 28 anos 4ª) 29 a 33 anos 5ª) 34 a 38 anos 6ª) 39 a 43 anos	A Resolução Normativa (RN nº 63), publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). A Resolução determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada

7ª) 44 a 48 anos	entre a primeira e a sétima.
8ª) 49 a 53 anos	
9ª) 54 a 58 anos	
10ª) 59 anos ou mais	

5.1.1. O credenciado deverá apresentar juntamente com a proposta, documento comprobatório de que os valores apresentados revelam-se aquém do praticado pelo mesmo no mercado.

5.2. O reajuste anual do(s) plano(s) de saúde respeitará o disposto na Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, através dos seguintes critérios:

5.2.1. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.

5.2.2. É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos com 30 (trinta) ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.

5.2.3. Para os efeitos a quantidade de beneficiários em um contrato deverá ser apurada anualmente no mês de seu aniversário, ressalvada a hipótese prevista no Art. 6º § 1º da Resolução Normativa nº 309, de 24/10/2012.

5.2.4. Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a (s) administradora (s) de benefícios na condição de estipulante, para a apuração da quantidade de beneficiários, a operadora deverá levar em conta todos os beneficiários vinculados ao contrato com a (s) administradora (s).

5.2.5. O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

5.2.6. O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedado qualquer tipo de variação.

5.2.7. O percentual de reajuste somente será aplicado aos contratos agregados ao agrupamento considerando a data do seu último aniversário ou, na hipótese de inexistência dessa data, se foram agregados ao agrupamento no momento de sua assinatura.

5.3. Respeitadas as disposições da legislação em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários do quadro de servidores do Ministério Público poderão ser objeto de reajuste, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora e da (s) Administradora (s), bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

5.4. Qualquer reajuste a ser aplicado no (s) contrato (s) de plano (s) de saúde e/ou odontológica pela (s) Administradora (s) de Benefícios, deverão ser devidamente justificada e demonstrada a necessidade da aplicação do reajuste, sendo que só poderá executá-lo mediante anuência da Administração Superior do Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

5.4.1. Apresentação de base de cálculo de reajuste deverá ser encaminhada com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias anteriores à data estimada para sua aplicação.

5.5. É vedada a cobrança de qualquer sobretaxa em relação à tabela adotada e/ou o cometimento a terceiros (associação de servidores, p.ex.) da atribuição de proceder ao credenciamento e/ou intermediação do pagamento dos serviços prestados.

5.6. É vedada a exigência para que o usuário assine fatura ou guia de atendimento em branco.

CLÁUSULA SEXTA – DO PAGAMENTO E DA DISPONIBILIDADE ORÇAMENTÁRIA

6.1. Inexiste a indicação e destaque de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, a ser repassado diretamente para a (s) Administradora(s) de Benefícios credenciada (s), considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência médica e/ou odontológica é de responsabilidade exclusiva do servidor, que optar por aderir a qualquer do (s) plano (s) disponibilizado (s) pela (s) operadora (s) conveniada (s) a (s) administradora (s) credenciada (s).

6.2. A participação nos custos dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, boleto bancário ou autorização de débito em conta-corrente indicada no ato de adesão do beneficiário.

6.3. Não caberá qualquer ônus ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso, tendo em vista que a responsabilidade pelo pagamento cabe tão somente ao beneficiário do (s) plano (s), optante pela adesão.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA EMPRESA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

7.1. Apresentar aos Beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, no mínimo 01 (uma) operadora de planos de assistência médica e/ou 01 (uma) de assistência odontológica devidamente registrada na ANS;

7.2. Deverá possuir a facilidade de central de atendimento, através do serviço 0800, 24 (vinte quatro) horas, para os esclarecimentos que se fizerem necessários, e disponibilizar, no mínimo, 01 (um) funcionário devidamente habilitado para todo o período de vigência do Termo de Acordo, auxiliando no atendimento ao público a fim de esclarecimento de dúvidas quanto ao (s) plano (s) ofertado (s), procedimento a adotar para adesão, treinamento de pessoal e outras questões referentes ao (s) plano (s) assistencial (is), estando à disposição do Ministério Público do Estado de Mato Grosso para correta execução do objeto.

7.3. Negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, acerca dos aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência médica e/ou odontológica, aplicação de mecanismos de regulação estabelecidos pelas operadoras dos planos de saúde e/ou odontológico; e reajuste das mensalidades dos planos;

7.4. Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica e/ou odontológica junto aos beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

7.5. Orientar os beneficiários a respeito do Termo de Referência, bem como deste Termo de Acordo específico que vier a ser firmado;

7.6. Exigir dos beneficiários documentos que comprove seu vínculo junto ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;

7.7. Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;

7.8. Acompanhar a prestação dos serviços das operadoras estipuladas, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários;

7.9. Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica e/ou odontológico, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada no Termo de Referência e na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;

7.10. Negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos, posteriormente, requerendo anuência da Administração Superior do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, para então comunicar os beneficiários, na forma da legislação vigente;

7.11. Encaminhar com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data estimada para aplicação do reajuste no (s) contrato (s) de plano (s) assistencial (is), a proposta de reajuste contendo base de cálculo com devida justificativa do motivo da tal necessidade.

7.12. A (s) administradora (s) de benefícios credenciada (s) deverá (ão) zelar pelo sigilo das informações assistenciais, devendo comprovar que possui (em) profissional técnico habilitado, observando o que dispõe a Resolução Normativa nº 255/2011;

7.13. Manter, enquanto durar o ajuste, todas as condições que ensejaram o credenciamento, particularmente ao que se refere à atualização de documentos e as condições exigidas por ocasião da realização de inspeções;

7.14. Comunicar o gestor deste instrumento, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços;

7.15. Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Fiscalização do Termo de Acordo, com os seguintes dados:

I – Perfil Demográfico da Carteira;

II – Relatório de sinistralidade;

III – Indicadores sobre a Utilização:

a) Beneficiários;

b) Prestadores.

IV – Casos Crônicos e de Risco:

a) Identificação de casos Crônicos;

b) Descrição das Patologias;

c) Parecer Médico.

7.16. Encaminhar toda minuta/modelo de contrato de plano (s) assistencial (is) a ser assinado com beneficiário titular para análise e anuência pela Administração Superior do Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

7.17. É vedado à (s) Administradora (s) de Benefícios, transferir a terceiros total ou parcialmente a oferta de planos (s) de saúde e odontológico, decorrente do objeto do Termo de Acordo, celebrado junto ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA OPERADORA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

8.1. Caberá à (s) Operadora (s) de assistência médica contratada (s) pela (s) Administradora (s) de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei nº. 9.656/98, e da Resolução Normativa nº. 428/2017, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados.

8.2. Oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;

8.3. Efetuar o pagamento de reembolso na forma descrita no item 10, do Termo de Referência.

8.4. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços de assistência à saúde aos beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso;

8.5. Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência contratual e de acordo com a legislação vigente;

8.6. Fornecer, gratuitamente, aos beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, a primeira via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;

8.6.1. Se for necessária a emissão de 2ª via será cobrada uma taxa a ser definida pela operadora.

8.7. Fornecer, gratuitamente, aos beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, 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 pela (s) Operadora (s) contratada (s) pela (s) empresa (s) Administradora (s) de Benefícios, por meio físico ou virtual;

8.8. Credenciar hospitais, médicos e serviços auxiliares, bem como cancelar tais credenciamentos, sempre com o objetivo de melhoria da qualidade de atendimento aos beneficiários, sendo facultado à (s) Administradora (s) de Benefícios colaborar com a (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde no processo de seleção dos hospitais, médicos e serviços auxiliares;

8.9. Em caso de substituição dos hospitais, médicos e serviços auxiliares por outros equivalentes, a (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde deverá comunicar o fato à (s) Administradora (s) de Benefícios com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvando nesse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

- 8.10.** Manter a rede de atendimento credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta, e, caso haja descredenciamento de qualquer profissional, hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou centro radiológico, credencial outro de mesmo porte e com a mesma capacitação técnica, abrangência e número de leitos, submetendo o credenciamento à prévia aprovação da (s) Administradora (s) de Benefícios;
- 8.11.** Assegurar aos beneficiários do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, sempre que houver indisponibilidade de leito nos hospitais ou Clínicas próprios ou credenciados da Operadora (s) de Plano (s) de Saúde, acomodação em outro estabelecimento de qualidade igual ou superior, sem ônus adicional.
- 8.12.** Providenciar a imediata correção das deficiências nos serviços contratados, apontadas pela (s) Administradora (s) de Benefícios.
- 8.13.** Negociar, conforme sugestão da (s) Administradora (s) de Benefícios, a possibilidade de inclusão de profissionais ou entidades de saúde, conforme diretrizes administrativas da Contratada e da ANS e suas alterações.
- 8.14.** Comunicar ao fiscal da execução do contrato, a ocorrência de qualquer fato impeditivo à execução fiel do contrato.
- 8.15.** Incluir e excluir os funcionários e dependentes como beneficiários do Plano de Saúde, bem como promover a alteração da modalidade de Plano, conforme disciplinado em Termo de Referência, bem como no Edital e em seus anexos.
- 8.16.** Manter, durante toda a execução do contrato, compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, condições de habilitação e qualificação exigidas no certame.
- 8.17.** A responsabilidade pelo vínculo trabalhista relativo aos profissionais envolvidos na execução do contrato.
- 8.18.** Observar as determinações constantes da Súmula Normativa nº 10, de 30 de outubro de 2006, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como das demais normas e entendimentos emanadas por tal órgão e suas alterações.
- 8.19.** Em havendo cisão, incorporação ou fusão da (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde, a aceitação de qualquer uma destas operações, como pressuposto para a continuidade do contrato, ficará condicionada à análise, por parte da (s) Administradora (s) de Benefícios, do procedimento realizado e da documentação da nova empresa, considerando todas as normas aqui estabelecidas como parâmetros de aceitação, tendo em vista a eliminação dos riscos de insucesso na execução do objeto contratado.
- 8.20.** Executar diretamente o contrato, sem transferência de responsabilidades aos serviços acordados com a (s) Administradora (s) de Benefícios.
- 8.21.** Assumir a responsabilidade pelos encargos fiscais, previdenciários, trabalhistas e outros resultantes da contratação.

8.22. A inadimplência da (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde, com referência aos encargos estabelecidos na condição anterior, não transfere a responsabilidade por seu pagamento ao Município, nem poderá onerar o objeto deste contrato.

8.23. Deverá a (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde observar, também, o seguinte: a) é expressamente proibida a veiculação de publicidade acerca do contrato, salvo se houver prévia autorização da Administração. b) é vedado a subcontratação para a prestação dos serviços ao objeto deste processo.

8.24. A (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde deverá manter as mesmas condições habilitatórias, em especial, no que se refere ao recolhimento dos impostos federais, estaduais e municipais, durante toda a execução do objeto, as quais são de natureza *sine qua non* para a emissão de pagamentos e aditivos de qualquer natureza.

8.25. A (s) Operadora (s) de Plano (s) de Saúde deverá ainda, garantir a migração e adaptação de planos de saúde conforme o disposto na Resolução Normativa nº 254, de 05 de maio de 2011, bem como de portabilidade de carências estabelecida na Resolução Normativa nº 438, de 03 de dezembro de 2018, e suas alterações.

CLÁUSULA NONA - DAS OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

9.1. Caberá às Operadora(s) odontológica (s) conveniada (s) pela (s) Administradora (s) de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, da Resolução Normativa nº 428/2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, alterações posteriores e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados;

9.2. Oferecer os serviços de assistência odontológica, na forma disciplinada pela legislação vigente;

9.3. 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;

9.4. Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de planos odontológicos contratada pela (s) Administradora (s) de Benefícios, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência odontológica deverá ser efetuado de acordo com os valores praticados na tabela das operadoras, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

9.5. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência odontológica por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras os seguintes documentos:

- a) Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do estabelecimento e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- b) Recibos de pagamento dos honorários odontológicos;
- c) Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento; e
- d) Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

9.6. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados;

9.7. Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados de acordo com a legislação vigente e durante a vigência contratual;

9.8. Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência Odontológica, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;

9.9. Se for necessária a emissão de 2ª via será cobrada uma taxa a ser definida pela operadora; e Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência Odontológica, Manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Consultórios e outros estabelecimentos e/ou profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela (s) Administradora (s) de Benefícios.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE

10.1. Comunicar à (s) Administradora (s) credenciada (s) a exoneração/demissão dos servidores do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, no prazo máximo de 05 (cinco) dias a partir do desligamento dos mesmos, para que a (s) Administradora (s) credenciada possa proceder, se for o caso, sua exclusão e a de seus dependentes do plano contratado. A exclusão e as condições respeitarão os prazos estabelecidos no Termo de Referência.

10.2. Relacionar, após a assinatura do Termo de Acordo, os beneficiários de cada plano, sendo que os dependentes serão cadastrados no mesmo plano do titular.

10.3. Permitir à (s) Administradora (s) de Benefícios (s) a divulgação dos planos médicos e/ou odontológicos junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação, observando o plano de

mídia a ser previamente aprovado pela Administração Ministério Público do Estado de Mato Grosso, salvo autorização expressa do servidor;

10.4. Garantir espaço adequado aos profissionais da (s) Administradora (s) de Benefícios para garantir serviços de apoio aos beneficiários, incluindo infraestrutura necessária ao atendimento;

10.5. Efetuar averiguações periódicas e adotar procedimentos objetivando a regularidade e correção da assistência médico-hospitalar prestada pela (s) credenciada (s), devendo comunicar, por escrito, toda e qualquer irregularidade observada.

10.6. Prestar informações e os esclarecimentos que venham ser solicitados pelos funcionários da(s) Credenciada(s);

10.7. Comunicar oficialmente à(s) Credenciada(s) quaisquer falhas ocorridas, principalmente, consideradas de natureza grave.

10.8. Acompanhar e fiscalizar a execução do (s) Termo (s) de Acordo (s), de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devidamente designados no Termo de Referência, comunicando a ocorrência de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas à autoridade superior.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DOS PRAZOS DE CARÊNCIA, ATENDIMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE, DO REEMBOLSO, DA COPARTICIPAÇÃO E DA PORTABILIDADE

11.1. Os servidores e seus dependentes disporão do prazo de 60 (sessenta) dias, contados da assinatura do Termo de Acordo com a (s) Administradora (s) de Benefícios, para aderirem ao (s) plano (s) de saúde, ficando isentos de qualquer carência para usufruírem os serviços contratados.

11.2. Após escoado o prazo de que trata o subitem 9.1., somente serão admitidas novas inclusões, sem qualquer carência, em casos de admissão funcional, nascimento, casamento (cônjuge) ou adoção, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias do evento;

11.3. Em caso de novas adesões decorridas após o prazo estabelecido no subitem 9.1 e 9.2, e na ocorrência de reingresso de beneficiários ao(s) plano(s) de saúde, estes deverão cumprir o prazo máximo de carência, conforme estabelecido abaixo:

Situação	Carência
Caso de urgência e emergência	24 (vinte e quatro) horas
Consultas médicas e exames clínicos e patológicos	30 (trinta) dias
Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional	300 (trezentos) dias
Doenças e lesões preexistentes	24 (vinte e quatro) meses

Demais exames e tratamentos	180 (cento e oitenta) dias
Internações hospitalares	180 (cento e oitenta) dias

11.4. O prazo de atendimento após transcorrido a carência tratada no subitem anterior, será respeitada pelas operadoras de saúde conforme abaixo:

- a) consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;
- b) consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;
- c) consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- d) consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
- e) consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- f) consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;
- g) consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;
- h) consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;
- i) serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;
- j) demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
- k) procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
- l) atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis; n) atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e
- m) urgência e emergência: imediato.

11.4.1. Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

11.4.2. O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.

11.4.3. Os procedimentos elencados neste Item são aqueles constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS da Resolução Normativa nº 428, de 7 de novembro de 2017.

11.5. Fica sujeita aos prazos de carência a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo beneficiário, ou por perda da condição de dependente.

11.6. Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º da Resolução Normativa nº 268, de 1º de setembro de 2014, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.

11.6.1 Para todos os produtos que prevejam a opção de acesso a livre escolha de prestadores, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente.

11.6.2. Nos produtos onde haja previsão de acesso a livre escolha de prestadores, quando o procedimento solicitado pelo beneficiário não estiver disposto na cláusula de reembolso ou quando não houver previsão contratual de tabela de reembolso, deverá ser observada a regra disposta no Item 9.13.

11.6.3. Nos contratos com previsão de cláusula de coparticipação, este valor poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.

11.6.4. Nas hipóteses em que existe responsabilidade da operadora em transportar o beneficiário, caso este seja obrigado a arcar com as despesas de transporte, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente.

11.7. O beneficiário pagará pelo uso dos serviços contratados no percentual definido pela tabela de referência da (s) operadora (s), vigente à data do evento.

11.7.1. A participação nos custos dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, boleto bancário ou autorização de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário.

11.7.2. Em caso de desligamento ou exoneração do servidor, a cobrança deverá ser realizada por boleto bancário.

11.8. O beneficiário de plano de contratação coletiva por adesão fica dispensado do cumprimento de novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária na contratação de novo plano de contratação individual ou familiar ou coletivo por adesão, na mesma ou em outra operadora de plano de assistência à saúde, desde que sejam atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:

11.8.1. Estar adimplente junto à operadora do plano de origem, mediante a apresentação dos comprovantes de recebimento de salário dos três últimos meses, ou a comprovação de pagamento dos três últimos boletos vencidos, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do atendimento deste requisito;

11.8.2. Possuir prazo de permanência:

a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária;

b) Nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem.

- 11.8.3.** O plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem;
- 11.8.4.** A faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão; e
- 11.8.5.** O plano de destino não estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa”, ou “cancelado”.
- 11.8.6.** A portabilidade de carências deve ser requerida pelo beneficiário no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente, ressalvado o disposto abaixo:
- 11.8.7.** Caso se constate que o plano de origem não constava das bases de dados do aplicativo da ANS, o beneficiário terá os seguintes prazos, para exercício do direito à portabilidade de carências, desde que observados os seus requisitos:
- a)** quando a solicitação for protocolada na ANS até o primeiro mês posterior ao do aniversário do contrato: 120 (cento e vinte) dias contados da expedição do ofício de resposta da ANS.
- b)** quando a solicitação for protocolada na ANS no segundo ou no terceiro mês posterior ao do aniversário do contrato: 60 (sessenta) dias contados da expedição do ofício de resposta da ANS.
- 11.8.9.** Não poderá haver cobrança de custas adicionais em virtude do exercício do direito previsto na Resolução Normativa nº 438 de 03 de dezembro de 2018 e suas alterações, seja pela operadora de plano de origem ou pela operadora de plano de destino.
- 11.8.10.** Não poderá haver discriminação de preços de planos em virtude da utilização da regra de portabilidade de carências. Da Portabilidade Especial de Carências:
- 11.8.11.** As condições e prazos previstos para a portabilidade especial de carências estão constantes na Resolução Normativa nº 438 de 03 de dezembro de 2018, e suas alterações, nas situações elencadas abaixo:
- 11.8.12.** No curso de processo administrativo referente ao regime especial de Direção Fiscal ou Direção Técnica, ou nos casos de cancelamento compulsório do registro de operadora ou de Liquidação Extrajudicial sem regime especial prévio, após o insucesso da transferência compulsória de carteira, a Diretoria Colegiada pode, a seu critério, expedir Resolução Operacional fixando prazo de até 60 (sessenta) dias, prorrogáveis, para que os beneficiários da carteira da operadora a ser liquidada exerçam a portabilidade especial de carências para plano de saúde de outra operadora.
- 11.8.13.** Em caso de morte do titular do contrato, o beneficiário vinculado a plano privado de assistência à saúde poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde em operadoras, no prazo de 60 (sessenta) dias do falecimento.
- 11.8.14.** 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 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão.

11.8.15. Ressalvadas as hipóteses previstas nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, os beneficiários enquadrados no § 1º do art. 3º, no inciso VII do art. 5º e no § 1º do art. 9º, todos da Resolução Normativa nº 195, de 2009, que tiverem seu vínculo com o beneficiário titular do plano privado de assistência à saúde extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, poderão exercer a portabilidade especial de carências, no prazo de 60 (sessenta) dias a contar do término do vínculo de dependência.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS INFRAÇÕES, PENALIDADES E DA RESCISÃO

12.1. Aquele que, convocado dentro do prazo de validade de sua proposta, não assinar o Termo de Acordo, deixar de entregar ou apresentar documentação falsa exigida para o certame, ensejar o retardamento da execução de seu objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do Termo de Acordo, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal; garantido o direito à ampla defesa, ficará impedido de licitar e de contratar com o município, pelo prazo de até 2 (dois) anos, sem prejuízo das multas previstas em edital e no termo e das demais cominações legais.

12.2. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, a (s) Administradora (s) de Benefícios, assegurado o contraditório e a ampla defesa, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

- a)** advertência por escrito;
- b)** 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 (s) Administradora (s) de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;
- c)** 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 (s) Administradora (s) de Benefícios credenciada (s), no caso de inexecução total dos serviços;
- d)** suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a Administração pelo prazo não superior a 02 (dois) anos;

e) declaração de inidoneidade para licitar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes de punição, até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, reabilitação esta que será concedida sempre que a Credenciada ressarcir à Credenciante pelos prejuízos e, depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base nas letras “a”, “b”, “c” e “d”;

f) rescisão automática do Termo de Acordo, sem prejuízo de ações civis e criminais.

12.3. As sanções previstas nas alíneas “a” e “b” poderão ser aplicadas concomitantemente com a alínea “c”, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;

12.4. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no Termo de Referência, neste Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação aos Beneficiários e ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso, apuradas em processo administrativo.

12.5. As multas previstas nesta seção não eximem o credenciado da reparação de eventuais perdas e danos ou prejuízos que seu ato punível venha causar a Credenciante.

12.6. Se a (s) Credenciada (s) não proceder ao recolhimento da multa no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação por parte do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, o valor será encaminhado para inscrição em Dívida Ativa e execução pela Procuradoria Geral do Município. Do ato que aplicar penalidade caberá recurso, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da ciência da notificação, podendo a Administração reconsiderar sua decisão ou nesse prazo encaminhá-la devidamente informada para a apreciação e decisão superior, dentro do mesmo prazo.

12.7. As penalidades pecuniárias a que se referem às cláusulas anteriores poderão ser cobradas administrativamente ou judicialmente, aplicando-se subsidiariamente as normas previstas na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

12.8. O Termo de Acordo somente poderá ser rescindido imotivamente após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou, ainda, sobrevindo caso fortuito ou de força maior, idem com relação a justo motivo, inclusive na hipótese de inexecução total ou parcial de qualquer de suas cláusulas e condições.

12.9. Obrigam-se os signatários a cumprir todas as cláusulas e condições durante o prazo de 60 (sessenta) dias que anteceder à rescisão.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA REVOGAÇÃO E DA DENÚNCIA

13.1. O Credenciamento poderá ser revogado por razões de interesse público, decorrentes de fatos supervenientes, devidamente comprovados, pertinentes e suficientes para justificar sua revogação.

13.2. O credenciado poderá denunciar o ajuste, a qualquer tempo, devendo, no entanto, notificar a Administração com antecedência mínima de **90 (noventa) dias**.

13.3. Qualquer usuário poderá denunciar irregularidades verificadas na prestação dos serviços e/ou no faturamento.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PUBLICAÇÃO

14.1. O credenciante obriga-se a providenciar a publicação do extrato deste Termo de Acordo no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso e no Diário Eletrônico do MPMT, nos moldes do estabelecido no parágrafo único do artigo 61, da Lei nº 8.666/93, para fins de validade e eficácia do instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

15.1. Nenhuma indenização será devida aos participantes pela elaboração e/ou apresentação de documentação relativa ao presente Credenciamento, ou ainda, por qualquer outro motivo alegado em relação a este procedimento.

15.2. A inobservância, em qualquer fase do processo de credenciamento, por parte do interessado, dos prazos estabelecidos em notificações pessoais ou gerais, será caracterizada como desistência, implicando sua exclusão do certame.

15.3. A inexatidão de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, será causa de eliminação do interessado do processo de credenciamento, anulando-se sua inscrição, bem como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal.

15.4. É de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações e os resultados divulgados no Diário Oficial do Estado e no Diário Oficial Eletrônico do Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

15.5. Os casos omissos serão dirimidos pela Comissão Permanente de Licitação, através do endereço eletrônico licitacoes@mpmt.mp.br

15.6. Integram o presente, dele fazendo parte integrante, o Termo de Referência, Edital e seus respectivos Anexos.

15.7. É facultada à Comissão Permanente de Licitação ou à autoridade competente, em qualquer fase do credenciamento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou

complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar do mesmo desde a realização da sessão pública.

15.8. O credenciamento será permitido a qualquer momento, de qualquer interessado, desde que atenda aos requisitos fixados no regulamento, e se apresente dentro do interregno de sua vigência, qual seja, 12 (doze) meses.

15.9. Eventual alteração no Rol de Procedimentos publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS terá sua cobertura assegurada pelo Plano de Saúde e/ou Odontológico definido no Edital e Termo de Referência, independentemente de aditamento contratual.

15.10. Serão automaticamente excluídos do Contrato, juntamente com seus dependentes, mediante comunicação imediata e por escrito da Administração Superior do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, comprovadamente entregue à (s) empresa (s) Administradora (s) de Benefícios, o beneficiário titular que, por qualquer motivo, deixar de atender as condições exigidas inicialmente na inscrição.

15.11. A tolerância de qualquer uma das partes, em relação a eventuais infrações da outra, não importará em modificação contratual, novação ou renúncia a direito, devendo ser considerada mera li

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1. Fica eleito o foro da Comarca de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, para dirimir todas as questões oriundas do presente Termo de Acordo, sendo este o competente para a propositura de qualquer medida judicial decorrente deste instrumento, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justos e acordados, assinam o presente Termo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, acompanhado das testemunhas abaixo, de tudo cientes, para que produzam seus efeitos legais e jurídicos.

Cuiabá/MT, XXXXXXXXXXXXX

EUNICE HELENA RODRIGUES DE BARROS

Subprocuradora-Geral de Justiça Administrativa

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CREDENCIADO

TESTEMUNHAS:

VIAS ORIGINAIS ASSINADAS

