



TERMO DE ACORDO Nº 09/2021

Credenciamento nº 006/2020

Processo Administrativo nº 20.14.0001.0000201/2021-40

Pelo presente instrumento, o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MATO GROSSO**, por intermédio da **PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA – PGJ**, inscrita no CNPJ/MF pelo nº 14.921.092/0001-57, com sede na Rua Quatro, S/Nº, Centro Político e Administrativo – CPA, CEP 78.049-921, Cuiabá - Mato Grosso, neste ato representado pela sua Excelentíssima Senhora Subprocuradora-Geral de Justiça Administrativa, Dra. Esther Louise Asvolinsque Peixoto, brasileira, Procuradora de Justiça, inscrita no CPF/MF sob o nº 486.XXX.XXX-87, residente e domiciliada nesta Capital, no uso das funções conferidas pela Portaria nº 80/2021-PGJ, DOE/MPMT de 09/02/2021, no pleno exercício de suas atribuições legais e regulamentares, e a empresa **PLURAL GESTÃO EM PLANOS DE SAÚDE LTDA.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 97.553.801/0001-16, com sede na Av Rio Branco, nº 131 - 5º andar, sala 501 A 504 – Centro, Rio de Janeiro, R.J., telefone (21) 3861-6000, e-mail francisco.sousa@pluralsaude.com.br e nelson@pluralsaude.com.br, representada neste ato por seu sócio, Sr. Silvio Cesar Mesquita, inscrito no CPF sob o nº 861.XXX.XXX-00, residente e domiciliado em Rio de Janeiro/RJ, doravante denominada **CREDENCIADA**, e considerando o pressuposto autorizativo para o Credenciamento nº 006/2020, constante nos autos do Processo Gedoc PGJ/MT nº 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, 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.

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, 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	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	

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 da 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, credenciar 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 11.1., 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 11.1 e 11.2, e na ocorrência de reingresso de beneficiários ao(s) plano(s) de saúde, estes deverão cumprir o prazo máximo de carência, conforme estabelecido 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 11.13.

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 liberalidade da citada parte.





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, 08 de junho de 2021.

Assinado de forma digital
Esther Louise Asvolinsque
Peixoto

Dados:

2021.06.08

15:17:26 -04'00'

Esther Louise Asvolinsque Peixoto

Subprocuradora-Geral de Justiça Administrativa

SILVIO CESAR

MESQUITA:86103946700

Assinado de forma digital por SILVIO
CESAR MESQUITA:86103946700
Dados: 2021.05.04 17:21:18 -03'00'

Silvio Cesar Mesquita

Representante da Empresa Contratada

Testemunhas:

Christiane Batista Nunes Nogueira

Matrícula nº 6709

Maria Cecília Federici de Almeida Barros

Matrícula: 7438

