



EDITAL DE CREDENCIAMENTO  
Nº 001/2012/SAD

**OBJETO: CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS PARA ATUAR COMO ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS ESTIPULANDO PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, DE, NO MÍNIMO, 02 (DUAS) OPERADORAS REGISTRADAS NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, E PLANOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE, NO MÍNIMO, 02 (DUAS) OPERADORAS, TAMBÉM, REGISTRADAS NA ANS, OBJETIVANDO A PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL, HOSPITALAR, FISIOTERÁPICA, PSICOLÓGICA E FARMACÊUTICA NA INTERNAÇÃO, COMPREENDENDO PARTOS E TRATAMENTOS REALIZADOS EXCLUSIVAMENTE NO PAÍS, COM PADRÃO DE ENFERMARIA E APARTAMENTO, 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, AOS SERVIDORES DO ESTADO DO MATO GROSSO, SEUS DEPENDENTES E AGREGADOS, COM COBERTURA NO ÂMBITO DO ESTADO DE MATO GROSSO.**

**DATA DA ABERTURA: 02/10/2012 HORÁRIO: 14:00 HORAS.**

**LOCAL: SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO/SAD-SUPERINTENDÊNCIA DE AQUISIÇÕES GOVERNAMENTAIS SITUADA A AV. TRANSVERSAL "1", SALA "05" BLOCO "III" CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO – CPA, CUIABÁ – MATO GROSSO**

**AGMAR DIVINO LARA DE SIQUEIRA  
PRESIDENTE DA COMISSÃO DE LICITAÇÃO**



## **EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2012**

O GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO, através da SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO, por intermédio da SECRETARIA EXECUTIVA DO NÚCLEO ADMINISTRAÇÃO, mediante a Comissão de Licitação nomeada pela Portaria Conjunta nº009/2012/SAD/SETAS/MTSAÚDE, de 18 de junho de 2012, publicada em Diário Oficial em 29 de junho de 2012, torna público para conhecimento dos interessados, as regras para credenciamento de Administradoras de Benefícios, com o fim de celebrar Termo de Acordo, com fundamento no art. 116 da Lei nº 8.666/93, objetivando disponibilizar oferta de planos de assistência à saúde, de, no mínimo, 02 (duas) operadoras registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e de planos de assistência odontológica de, no mínimo, 02 (duas) operadoras, também, registradas na ANS, aos servidores do Estado do Mato Grosso, seus dependentes e agregados na forma disciplinada pela Lei nº 9.656/98; pela Resolução Normativa nº 211/2009 (alterada pela Resolução Normativa nº. 261, de 28 de julho de 2011); pelas Resoluções Normativas nºs 11 e 12, de 3/11/98; pela Resolução Normativa nº 195, de 14/07/09 (alterada pela Resolução nº 200, de 13/08/09); e pela Resolução Normativa nº 196, de 14/07/09, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

### **1. DO OBJETO**

**1.1** Credenciamento de empresas para atuar como Administradora de Benefícios estipulando planos de assistência médica, de, no mínimo, 02 (duas) operadoras registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e planos de assistência odontológica de, no mínimo, 02 (duas) operadoras, também, registradas na ANS, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial, hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria e apartamento, 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, aos servidores do Estado do Mato Grosso, seus



dependentes e agregados, com cobertura no âmbito do Mato Grosso, na forma disciplinada pela Lei nº. 9.656, 3 junho de 1998; Resolução Normativa nº. 211, de 11 de janeiro de 2010 (alterada pela Resolução Normativa nº. 261, de 28 de julho de 2011); Resoluções Normativas nºs. 11 e 12, de 3 de novembro de 1998; Resolução Normativa nº. 195, de 14/07/09 (alterada pela Resolução Normativa nºs. 200 e 204, de 13/08/09); e Resolução Normativa nºs. 196, de 14 de julho de 2009, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, mais as orientações e especificações técnicas constantes deste documento.

**1.2** Os serviços descritos nos itens anteriores deverão atender ao disposto na Lei nº. 9.656 de 1998, observando as coberturas e regulações estabelecidas nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, especialmente nas Resoluções Normativas nºs. 211 de 11 de janeiro de 2010 (alterada pela Resolução nº. 261, de 28 de julho de 2011), 195, de 14 de julho de 2009, (alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009); e 196 de 14 de julho de 2009.

**1.3** O credenciamento da(s) Administradora(s) de Benefícios será formalizado mediante assinatura de Termos de Acordo, a ser celebrado entre o Governo do Estado do Mato Grosso e a(s) Administradora(s) que vier(em) a ser habilitada(s).

## **2. DA ENTREGA E ABERTURA DOS ENVELOPES**

**2.1** No dia, hora e local abaixo indicados será realizada a abertura dos envelopes.

**DATA:** 02/10/2012

**HORA:** 14:00 horas

**LOCAL:** Sala 05 da Superintendência de Aquisições Governamentais da SAD

**2.2** A entrega dos envelopes poderá ocorrer a partir da data de publicação do Edital até a data fixada para abertura dos envelopes, podendo ser via correio ou entregue pessoalmente aos cuidados da Comissão de Licitação no seguinte endereço: SECRETARIA EXECUTIVA DO NÚCLEO ADMINISTRAÇÃO, Av.



Transversal, s/nº - Bloco "C" - Centro Político e Administrativo - Cuiabá/MT, 78.050-970, sendo que a abertura será no dia **02 de outubro de 2012.**

**2.3** Não havendo expediente na data marcada para abertura dos envelopes, ficará adiada a reunião para o primeiro dia útil subsequente, mantido o mesmo horário e local, salvo disposições em contrário.

### **3. PLANOS A SEREM OFERTADOS**

**3.1** Os planos a serem ofertados deverão compreender as coberturas descritas no Termo de Referência - Anexo I deste Edital, para que o servidor possa fazer *jus* ao auxílio saúde.

**3.2** Os planos oferecidos deverão estar registrados na ANS como planos privados coletivos empresariais, destinando-se à cobertura assistencial dos servidores do Estado do Mato Grosso, conforme estabelecido no art. 5º da RN 195, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, contratados na forma do inciso III do Art. 23 da RN 195/09, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS c/c o parágrafo único do art. 8º da mencionada Resolução.

### **4. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO**

**4.1** Poderão participar do processo de credenciamento para celebração de Termos de Acordo, as Administradoras de Benefícios que atenderem plenamente a todas as exigências constantes deste Edital e seus Anexos, inclusive quanto à documentação e aos requisitos de habilitação.

**4.2** Não será admitido nesse processo de credenciamento a participação de Administradoras de Benefícios:

**4.2.1** concordatárias ou em processo de falência, em recuperação judicial ou extrajudicial, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;

**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 que estejam reunidas em consórcio e sejam controladoras coligadas ou subsidiárias entre si, ou ainda, quaisquer que seja sua forma de constituição;
- 4.2.5 estrangeiras que não funcionem no País.
- 4.2.6 empresa, cujo objeto social não seja pertinente e compatível com o objeto do presente processo de credenciamento.
- 4.2.7 organizadas sob a forma de cooperativa; e
- 4.2.8 Não poderá participar desse processo de credenciamento, direta ou indiretamente, empresa que possua entre seus dirigentes sócios ou acionistas servidores pertencentes ao quadro do GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO.

## 5. DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

- 5.1 As empresas interessadas em participar do processo de credenciamento para os serviços descritos no Termo de Referência – Anexo I deste Edital devem, obrigatoriamente, apresentar, no local e prazo constante do subitem 2.1, a documentação descrita nos **itens 3 e 6** deste Edital, juntamente com sua proposta para credenciamento, esta em papel timbrado da empresa.
- 5.2 Todos os documentos exigidos neste Edital deverão ser apresentados em envelope lacrado, opaco e contendo as seguintes informações:

DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO – PLANO DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO EDITAL DE CREDENCIAMENTO nº. 001/2012 RAZÃO SOCIAL: CNPJ:

- 5.3 Não será aceito credenciamento extemporâneo ou condicional;
- 5.4 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;

**5.5** A apresentação da documentação implica no aceite do interessado em participar do processo de credenciamento junto ao GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO 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.

## **6. DA HABILITAÇÃO**

**6.1** A habilitação far-se-á com a apresentação da seguinte documentação:

### **6.1.1 Relativa à Habilitação Jurídica:**

- 6.1.1.1** Registro comercial, no caso de empresa individual;
- 6.1.1.2** Ato constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, devidamente arquivado, em se tratando de sociedades empresariais e, quando for o caso, ata de eleição dos gestores;
- 6.1.1.3** Os documentos mencionados no subitem anterior deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva;
- 6.1.1.4** Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício; e
- 6.1.1.5** Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País e ato de registro ou autorização para funcionamento, expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir, além dos documentos previstos no art. 15 do Decreto nº 5.450/2005.

### **6.1.2 Relativa à Regularidade Fiscal:**

- 6.1.2.1** Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;



- 6.1.2.2** Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede da Administradora de Benefícios, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- 6.1.2.3** A prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional e à Dívida Ativa da União, mediante apresentação de certidão conjunta emitida pela Secretaria da Receita Federal (SRF) e Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN) com informações da situação do sujeito passivo quanto aos tributos administrados pela SRF e à Dívida Ativa da União.
- 6.1.2.4** Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual e Municipal do domicílio ou sede da Administradora de Benefícios, ou outra equivalente, na forma da Lei.
- 6.1.2.5** Prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei, mediante a apresentação de:
- 6.1.2.5.1** Certidão Negativa de Débito (CND), comprovando a inexistência de débito junto ao Instituto Nacional de Seguro Social – INSS, ou documento equivalente que comprove sua regularidade;
- 6.1.2.5.2** Certificado de Regularidade de Situação perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS, ou documento equivalente, que comprove sua regularidade.
- 6.1.2.6** Prova de regularidade junto à Justiça do Trabalho, mediante a apresentação da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).

**6.1.3 Relativa à Qualificação Econômico-Financeira:**

- 6.1.3.1** Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da Administradora de Benefícios, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo



ser atualizados por índices oficiais quando encerrados há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta;

**6.1.3.1.1** A Administradora de Benefícios terá sua situação financeira avaliada, com base na obtenção de índices, de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), devendo apresentar resultados superiores a um (>1), resultantes da aplicação das seguintes fórmulas:

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

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

$$LC = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$

12

*Passivo Circulante*

**6.1.3.1.2** A Administradora de Benefícios que apresentar resultado igual ou menor que 1 (um), em qualquer dos índices referidos no subitem anterior, será inabilitada.

**6.1.3.1.3** A Administradora de Benefícios registrada no SICAF terá sua situação financeira avaliada automaticamente pelo sistema, com base nas fórmulas acima.

**6.1.3.2** O disposto no subitem anterior aplica-se, igualmente, quando não for possível a verificação dos índices por meio do SICAF.

**6.1.3.3** A Administradora de Benefícios deverá comprovar capital social ou patrimônio líquido, mínimo, de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais), na data da entrega das propostas, na forma da lei.

**6.1.3.4** Certidão Negativa de Falência ou Concordata, bem como de execução patrimonial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da





pessoa física, conforme dispõe o inciso II, do artigo 31 da Lei n.º 8.666/93.

#### **6.1.4 Relativa à Qualificação Técnica**

- 6.1.4.1** Atestado de Capacidade Técnica, expedido em nome da empresa Administradora de Benefícios, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove o seu desempenho na prestação de serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadoras de planos de assistência médica e odontológica, devidamente registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- 6.1.4.2** Documento comprobatório que esteja devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009 da ANS.
- 6.1.4.3** Certidão expedida pela ANS de que a Licitante atende as exigências de ativos garantidores, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009, relativa ao 1º trimestre de 2012, exigível na forma da lei.
- 6.1.4.4** Declaração expedida pela ANS de que possui profissional médico habilitado e registrado no Conselho Regional de Medicina, observando o que dispõe a Resolução - RDC ANS nº 64 /2001, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários;
- 6.1.4.5** Declaração expedida por entidades públicas ou privadas, em que demonstre a permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde;
- 6.1.4.6** Declaração de, no mínimo, 5 (cinco) instituições bancárias, comprovando possuir convênio para processar o débito em conta do valor das mensalidades dos beneficiários, devendo ser apresentadas, obrigatoriamente, declarações da Caixa Econômica Federal e do Banco do Brasil;
- 6.1.4.7** Termos de Contrato, Acordos ou Ajustes de Conduta celebrados com, no mínimo, 2 (duas) operadoras de Planos de assistência



médica e 2 (duas) operadoras de planos odontológicos registrados na ANS, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e que comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com o Governo do Estado do Mato Grosso;

**6.1.4.7.1** As operadoras deverão estar em condições técnicas e financeiras regulares para comercializar planos de saúde, não estando em processo de direção fiscal decretado pela ANS.

**6.1.4.8** Comprovação por meio de livros ou catálogos de que, no mínimo 01 (uma) Operadora conveniada para oferecimento de planos de assistência médica hospitalar e 01 (uma) de assistência odontológica dispõem de rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais, conforme exigências descritas no item 16 do Anexo I deste Edital, na área de abrangência estabelecida pelo Governo do Estado do Mato Grosso, a qual está vinculando o titular do benefício;

**6.1.4.9** Propostas de preços dos Planos de Saúde ofertados, de no mínimo, de 02 (duas) operadoras de planos de saúde e de, 02 (duas) operadoras de planos odontológicos, conveniadas com a Administradora de Benefícios para os respectivos planos, ofertados na forma constante do Anexo I deste Edital, feitas especialmente para o Governo do Estado do Mato Grosso;

**6.1.4.9.1** Os preços a serem ofertados para os planos de assistência médica-hospitalar deverão estar de acordo com as disposições da RN 63/2003, ou seja, deverão ser cotados por faixa etária obedecendo às regras estabelecidas na mencionada Resolução. E, os preços ofertados para os planos odontológicos deverão ser cotados em preço “*per capita*” – preço único independente da faixa etária.

**6.2** As Administradoras de Benefícios cadastradas e habilitadas parcialmente no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF e sistemas semelhantes mantidos por Estados, Distrito Federal ou Municípios, poderão deixar



de apresentar os documentos de habilitação exigidos nos **subitens 6.1.1, 6.1.2 e 6.1.3**, com exceção dos subitens **6.1.3.3 e 6.1.3.4**, estando todas obrigadas, ainda, à apresentação dos seguintes documentos:

- a) Declaração, conforme parágrafo segundo do artigo 32 da Lei n.º 8.666/93, de que inexistente fato superveniente impeditivo da habilitação, conforme modelo constante do Anexo II deste Edital, juntamente com a proposta de preços;
- b) Declaração que não emprega menor, conforme disposto no inciso V do artigo 27 da Lei nº 8.666/93, acrescido pela Lei 9.854 de 27 de outubro de 1999, em cumprimento ao estabelecido no Inciso XXXIII do Artigo 7º da Constituição Federal, conforme modelo constante do Anexo III deste Edital;

**6.3** Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados no seu original ou por cópia autenticada em Cartório de Notas ou por servidor da Administração Pública ou por publicação em Órgão da Imprensa Oficial.

**6.4** Documentos apresentados com a validade expirada acarretarão a inabilitação da Administradora de Benefícios.

**6.5** Sob pena de inabilitação, todos os documentos apresentados deverão estar em nome da Administradora de Benefícios e com nº CNPJ e endereço respectivo:

- 6.5.1** se a Administradora for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz;
- 6.5.2** se a Administradora for a filial, todos os documentos deverão estar em nome da filial;
- 6.5.3** não serão aceitos documentos cujas datas e caracteres estejam ilegíveis ou rasurados.

**6.6** Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documentos em substituição aos requeridos neste Edital e seus Anexos.



**6.7** Para fins de habilitação, a verificação pelo órgão promotor do credenciamento nos sítios oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões constitui meio legal de prova. (§ 4º do artigo 25 do Decreto n.º 5.450/2005).

## **7. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO**

**7.1** Qualquer interessado poderá solicitar esclarecimentos ou impugnar este Edital de Credenciamento, até 3 (três) dias antes da data fixada para a abertura dos envelopes, através do email: [licitacaosena@sad.mt.gov.br](mailto:licitacaosena@sad.mt.gov.br), ou através de petição no seguinte endereço: à Av. Transversal I, Bloco III, S/Nº, Centro Político Administrativo, 3613-3620 / 3613-3684, nos termos do art. 41 e seus parágrafos da Lei 8.666/93.

**7.1.1** Não serão aceitas impugnações apresentadas fora dos prazos legais.

**7.2** A Comissão de Licitação decidirá sobre a petição em até 24 horas antes da abertura do certame, respeitando a ampla defesa e o contraditório.

**7.3** Acolhida impugnação ao ato convocatório, será designada nova data para a retificação do processo de credenciamento.

## **8. DA ANÁLISE E JULGAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO E DAS PROPOSTAS**

**8.1** A análise e o julgamento da documentação serão processados em conformidade com as condições estipuladas neste Edital e seus Anexos;

**8.2** Serão declarados inabilitados os interessados que:

**8.2.1** Por qualquer motivo, estejam declarados inidôneos ou tenham sido punidos com suspensão do direito de licitar ou contratar com a Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, Estadual, Municipal ou Distrital, desde que o ato tenha sido publicado no Diário Oficial da União, do Estado ou do Município, pelo órgão que o expediu;

**8.2.2** Deixarem de apresentar qualquer documentação exigida nos **itens 3 e 6** deste Edital e seus Anexos ou a apresentarem em desconformidade com o exigido.



## 9. DA HOMOLOGAÇÃO

**9.1** 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 do Mato Grosso.

**9.2** Transcorrido o prazo recursal e não havendo contestação, as propostas das empresas declaradas aptas ao credenciamento serão submetidas à autoridade superior para HOMOLOGAÇÃO.

## 10. DOS RECURSOS

**10.1.1** Os interessados poderão recorrer do resultado publicado, apresentando suas razões devidamente fundamentadas e por escrito, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis contados do primeiro dia subsequente à data da divulgação prevista no subitem 9.1, ficando, nesse período, franqueadas vistas ao processo.

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

**10.1.3** O recurso será protocolado junto à Comissão de Licitação diretamente na Secretaria Executiva do Núcleo Administração, no endereço à Av. Transversal I, Bloco III, S/Nº, Centro Político Administrativo, 3613-3620 / 3613-3684 e/ou no e-mail: [licitacaosena@sad.mt.gov.br](mailto:licitacaosena@sad.mt.gov.br), ficando estabelecido o prazo de até 5 (cinco) dias úteis para reconsiderá-lo ou fazê-lo subir devidamente informado à autoridade superior competente, que terá até 05 (cinco) dias úteis para análise e decisão;

**10.1.4** Somente o próprio interessado ou seu representante legalmente habilitado poderão interpor os recursos;

## 11. DO CHAMAMENTO DOS CREDENCIADOS HABILITADOS PARA ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO



**11.1** Para o fiel cumprimento das obrigações assumidas será firmado Termo de Acordo com as Administradoras de Benefícios consideradas aptas ao credenciamento, com vigência de 60 (sessenta) meses, a contar da data de sua assinatura, conforme minuta constante do Anexo IV, a qual será adaptada à proposta da empresa vencedora;

**11.2** A Secretaria de Estado de Administração convocará as Administradoras de Benefícios aptas ao credenciamento para assinar os respectivos Termos de Acordo, no prazo de 3 (três) dias úteis, a contar do recebimento da notificação para tal, sob pena de decair do direito ao credenciamento, no caso de descumprimento desse prazo fixado;

**12.** O prazo estabelecido no subitem 11.2 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 devidamente aceito pela Secretaria de Estado de Administração.

### **13. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO PAGAMENTO**

**13.1** Inexiste a indicação e destaque de recursos orçamentários e financeiros provenientes do GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO, a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

**13.2** O pagamento será realizado mediante autorização de débito em conta corrente, a ser indicada no ato de adesão pelo beneficiário, ou mediante consignação em folha.

### **14. DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DO TERMO DE ACORDO CELEBRADO COM AS ADMINISTRADORAS**

**14.1** A Secretaria de Estado de Administração fará acompanhamento da execução dos Termos de Acordos assinados, adotando as providências necessárias para



seu fiel cumprimento, devendo quaisquer ocorrências de descumprimento ser registradas em relatórios específicos e juntadas ao processo de credenciamento.

**14.2** O acompanhamento e a fiscalização da execução dos Termos de Acordos, objeto do presente edital consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços de acordo com as exigências e obrigações pactuadas, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por uma Comissão de Fiscalização designada pela Secretaria de Estado de Administração.

## **15. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCREDENCIAMENTO**

15.1 Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, as Administradoras de Benefícios, garantida a defesa prévia, ficam sujeitas às seguintes sanções, a serem aplicadas pela Comissão de Fiscalização, sem prejuízo da aplicação de outras penalidades previstas na Lei nº 8.666/93:

15.1.1 Advertência por escrito;

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

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

15.1.4 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 a(as) operadora(as) do Plano de Saúde, por ventura inadimplente(s) indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias, caracterizando inexecução parcial;

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



15.2 As sanções previstas no subitem anterior serão precedidas de procedimento em que será facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência.

## **16. DA RESCISÃO DO TERMO DE ACORDO**

São causas de rescisão a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no Termo de Acordo, respectivos Anexos, e neste Edital, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao Governo do Estado do Mato Grosso, apuradas em regular processo administrativo.

## **17. DA REVOGAÇÃO DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA O CREDENCIAMENTO.**

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

## **18. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**18.1** 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 ao processo de credenciamento.

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

**18.3** 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 a inscrição, bem como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal.

**18.4** É de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações e os resultados divulgados no Diário Oficial do Estado do Mato Grosso.





- 18.5** Os casos omissos serão dirimidos, sucessivamente, pela Comissão de Licitação que poderá solicitar pareceres de técnicos pertencentes ao quadro de pessoal da SENA – Secretaria Executiva do Núcleo Administração, ou ainda, de pessoas físicas ou jurídicas estranhas a ele, para orientar as suas decisões,
- 18.6** Integram o presente Edital, dele fazendo parte integrante, os **Anexos I, II, III e IV.**
- 18.7** É facultada à Comissão 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.

Cuiabá, 21 de setembro de 2012.

**Agmar Divino Lara de Siqueira**  
Presidente da Comissão de Licitação



## ANEXO I

### TERMO DE REFERÊNCIA

#### 1. OBJETIVO

- 1.1.1. Este termo de referência tem por objetivo determinar condições específicas para a prestação de serviços de Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com obstetrícia, com acomodação em enfermaria ou quarto privativo, incluindo serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia e assistência odontológica, para atendimento aos servidores do Estado do Mato Grosso e seus dependentes, por intermédio dos planos de saúde a ser disponibilizados pelas administradoras de benefícios credenciadas.
- 1.2. A disponibilização dos serviços será realizada mediante Credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para atuar como operadora na modalidade de administradora de benefícios, para ofertar planos de saúde e planos odontológicos, coletivos empresariais, aos servidores civis do Estado do Mato Grosso e seus dependentes
- 1.3. O credenciamento das Administradoras de Benefícios será formalizado mediante assinatura de Termo de Acordo, sem ônus, a ser celebrado entre o Governo do Estado do Mato Grosso e a(s) Administradora(s) de Benefícios que vierem a ser credenciadas.

#### 2. BENEFICIÁRIOS

- 2.1. Classificam-se como beneficiários do plano assistencial acima citado:

##### 2.1.1. Titulares:

- 2.1.1.1. Denomina-se titular, independentemente do regime jurídico de trabalho:

- a) os servidores, ativos, inativos e pensionistas do Poder Executivo, suas autarquias e fundações, inclusive os que ocupam cargos comissionados ou temporários;
- b) o Governador do Estado;
- c) o titular de qualquer espécie de pensão custeada pelos cofres do Estado;



d) os servidores afastados ou ex-servidores, originários da condição prevista nos incisos I e II do § 1º deste artigo, desde que arquem com o pagamento integral da mensalidade do plano contratado.

### **2.1.2. Dependentes:**

#### **2.1.2.1 Denomina-se dependente, quando devidamente inscrito pelo titular:**

- a) o cônjuge;
- b) o(a) companheiro(a) reconhecido(a) judicialmente, na ausência de dependente na condição do inciso I;
- c) os filhos de qualquer condição, menores de 18 (dezoito) anos;
- d) o(a) filho(a) solteiro(a) maior de 18 (dezoito) anos, absolutamente incapaz que esteja sob curatela.

#### **2.1.3 Agregados, para os efeitos deste credenciamento:**

- a) o ex-cônjuge, separado judicialmente ou divorciado com direito à pensão alimentícia, desde que conste expressamente do processo judicial que o titular garantirá a assistência à saúde;
- b) o(a) filho(a) solteiro(a) maior de 18 (dezoito) anos e menor de 24 (vinte e quatro) anos, desde que estudante de nível médio ou superior;
- c) os menores de 18 (dezoito) anos que estejam sob a guarda judicial.

**2.1.3.1** Os agregados, para os efeitos do subitem anterior, somente poderão ser inscritos desde que o titular arque com o pagamento integral da mensalidade do plano contratado.

## **3. PLANOS A SEREM OFERTADOS**

3.1. Deverão ser ofertados os seguintes planos:

- a) **Plano “A”:** 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, e com abrangência de atendimento Regional (Cuiabá e Várzea Grande);



- b) **Plano “B”:** 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 e/ou quarto privativo, e com abrangência de atendimento, exclusivamente, no Estado do Mato Grosso;
  - c) **Plano “C”:** 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 e/ou quarto privativo, e com abrangência de atendimento em nível Nacional;
  - d) **Plano Odontológico:** Cobertura de Assistência Odontológica – compreendendo todos os procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
- 3.2. Além, dos planos acima as administradoras de benefícios poderão apresentar planos opcionais, com abrangência e rede superior/inferior ao exigido neste Termo de Referência.

#### 4. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

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

- a) Cobertura de todos os procedimentos e eventos constantes da Lei 9.656/98 e da Resolução Normativa de nº 211, de 11/01/2010 (alterada pela Resolução nº. 261, de 28 de julho de 2011) que trata do rol de procedimentos dos serviços de assistência médica-hospitalares e odontológica da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e outras que venham a substituí-los ou atualizá-los mais adiante;
- b) Reembolso, por parte das operadoras contratadas pela credenciada, na forma especificada no item 07 deste Termo de Referência; e
- c) Para os Planos Médicos Ambulatoriais e Hospitalares com obstetrícia e para o Plano Odontológico: Rede de Atendimento com plena capacidade de cobertura.

#### 5. DA INCLUSÃO, EXCLUSÃO E PRAZOS DE CARÊNCIA



5.1 A inclusão dos servidores, aqui especificados, e seus dependentes e agregados, far-se-á a pedido, mediante assinatura em documento próprio e apresentação de documentação pertinente.

5.2 Os dependentes e agregados, indicados pelo beneficiário titular, serão incluídos no mesmo plano e operadora escolhidos pelo beneficiário Titular.

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

5.4 A solicitação de inscrição de beneficiários no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas ser consideradas para fins de início da cobertura assistencial e da contagem dos períodos de carência:

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

5.5 A solicitação de **exclusão** de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas ser consideradas para fins de **suspensão** da cobertura assistencial.

PERÍODO DE EXCLUSÃO	SUSPENSÃO DA COBERTURA ASSISTENCIAL
1º ao 20º dia	a partir do 1º dia do mês subsequente.
21º ao 30º dia	a partir do 1º dia do 2º mês subsequente.

5.6 Não poderá ser exigida qualquer carência ou CPT (cobertura parcial temporária) para utilização dos benefícios contratados para as inclusões efetuadas em até 30 (trinta) dias, contados da data de implantação do Termo de Acordo firmado entre o Governo do Estado do Mato Grosso e a Empresa Administradora de Benefícios, bem como para os novos servidores, aqui especificados e seus dependentes, desde que o pedido de inclusão seja formalizado no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data de sua posse.



- 5.6.1 Os dependentes e agregados do beneficiário titular, incluídos em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do respectivo evento, serão isentos de carência.
- 5.7 Para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos previstos no item 5.1, os beneficiários deverão cumprir os seguintes prazos de carências:
- a) consultas e exames laboratoriais de análises clínicas e patológicas: 30 (trinta) dias;
  - b) demais procedimentos: 180 (cento e oitenta) dias;
  - c) partos a termo: 300 (trezentos) dias;
  - d) doenças e lesões preexistentes: 24 (vinte e quatro) meses.
- 5.7.1 Durante o período de carência, a cobertura para urgência e emergência ficará limitada a até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento. Quando for necessária a continuidade do atendimento para a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar (como tratamento cirúrgico, parto e outros), ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, e a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário não cabendo qualquer ônus à operadora contratada pela Administradora de Benefícios.
- 5.7.2 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 nº 9.656/98 e sua atualização.
- 5.8 Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- 5.9 Doenças e Lesões Preexistentes (DLP) são 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, de acordo com o art. 11 da Lei 9.656/98.

5.10 As transferências de planos deverão seguir os seguintes critérios:

5.10.1 Para o plano superior (acomodação em quarto privativo) fica garantida a cobertura do padrão inferior até o cumprimento das carências do item 5.7;

5.10.2 Para o plano inferior (acomodação em enfermaria) a qualquer tempo desde que não tenha ocorrido nenhum ato cirúrgico que tenha demandado internação, num período inferior a 180 (cento e oitenta) dias da solicitação.

5.10.3 Fica sujeita à carência prevista no item 5.7.. a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo beneficiário, ou por perda da condição de dependente.

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

- a) pela perda ou extinção do vínculo do servidor, por exoneração;
- b) pela perda da condição de dependência;
- c) a pedido do Beneficiário Titular;
- d) por fraude ou inadimplência do Beneficiário;
- e) em caso de rescisão do Termo de Acordo.

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

## 6 REEMBOLSO

6.1 Será assegurado o reembolso, por parte da operadora contratada pela empresa Administradora de Benefícios credenciada, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados



pela operadora contratada pela Empresa Administradora de Benefícios, de acordo com a Tabela de Valores de Procedimentos da operadora, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega dos documentos elencados abaixo em via original:

- 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 hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- b) recibos de pagamento dos honorários médicos;
- c) relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
- d) laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

6.2 Para fins de reembolso, o beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

## **7 REQUISITOS PARA A ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO**

7.1 As empresas Administradoras de Benefícios interessadas no credenciamento deverão cumprir as condições a seguir descritas:

- a) estar devidamente registrada na ANS como administradora de benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009 da ANS e possuir autorização de funcionamento;
- b) estipular plano(s) de operadora(s) prestadora(s) dos serviços de assistência médica-hospitalar e de odontologia, devidamente registradas na ANS, a(s) qual(is) deverá(ao) prestar os respectivos serviços aos beneficiários do Governo do Estado do Mato Grosso, contemplando as regras estabelecidas neste Termo de Referência, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários;
- c) apresentar preços dos planos de saúde incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços;





- d) comprovar, através de atestados de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadora devidamente registrada na ANS;
- e) apresentar declaração de, no mínimo, 05 (cinco) instituições bancárias, comprovando possuir convênio para processar o débito em conta do valor das mensalidades dos beneficiários, devendo serem apresentadas, obrigatoriamente, declarações da Caixa Econômica Federal e do Banco do Brasil;
- f) apresentar declaração de não possuir em seu quadro de pessoal, menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de 14 (catorze) anos em qualquer tipo de trabalho;
- g) apresentar declaração de inexistência de fato impeditivo de sua habilitação, assinada por sócio dirigente, proprietário ou procurador da empresa Administradora de Benefícios, devidamente identificado;
- h) Comprovação de rede credenciada das operadoras, conforme exigido no item 15 deste Termo; e
- i) Certidão expedida pela ANS de que a Licitante atende as exigências de ativos garantidores, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009, relativa ao 1º trimestre de 2012, exigível na forma da lei.

## **8 OBRIGAÇÕES DA EMPRESA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**

8.1 Apresentar aos Beneficiários do Governo do Estado do Mato Grosso, no mínimo 02 (duas) operadoras de planos de assistência médica-hospitalar e 2 (duas) operadoras de assistência odontológica, devidamente registradas na ANS;

8.2 zelar pela boa e fiel execução dos serviços de assistência médica-hospitalar e à odontologia aos beneficiários do Governo do Estado do Mato Grosso, identificados no item 2.1 deste Termo de Referência, prestados pelas operadoras conveniadas, de acordo com as disposições da Lei 9.656/98 e da Resolução Normativa nº. 211/2010 (alterada pela Resolução nº. 261, de 28 de julho de 2011) da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

8.3 deverá possuir a facilidade de central de atendimento para os esclarecimentos que se fizerem necessários.



- 8.4 apresentar aos Beneficiários do Governo do Estado do Mato Grosso, operadoras prestadoras dos serviços de assistência médico-hospitalar e odontológica, devidamente registradas na ANS;
- 8.5 negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, aplicação de mecanismos de regulação estabelecidos pelas operadoras dos planos de saúde; e reajuste das mensalidades dos planos;
- 8.6 realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica ambulatorial e hospitalar e odontológica junto aos beneficiários do Governo do Estado do Mato Grosso;
- 8.7 orientar os beneficiários a respeito do Termo de Referência e Termo de Acordo específico que vier a ser firmado;
- 8.8 exigir dos beneficiários documento que comprove seu vínculo junto ao Governo do Estado do Mato Grosso, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;
- 8.9 efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;
- 8.10 assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços por intermédio das operadoras estipuladas, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- 8.11 efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras contratadas pela Empresa Administradora de Benefícios para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- 8.12 efetivar a cobrança dos planos de assistência médica ambulatorial/hospitalar e odontológica, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;



- 8.13 intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde e à odontologia, os reajustes de preços dos planos, posteriormente comunicando ao Governo do Estado do Mato Grosso;
- 8.14 as administradoras de benefícios credenciadas deverão proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a RDC ANS nº 64/2001;
- 8.15 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;
- 8.16 comunicar o gestor deste instrumento, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços;
- 8.17 Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Comissão de Fiscalização, 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.
  - V – Monitoramento;
  - VI - Lista de beneficiários selecionados para gerenciamento e Casos ou Condições Crônicas enviadas para a operadora.
- 8.18 vedado à Administradora de Benefícios transferir a terceiros total ou parcialmente as atribuições decorrentes do Termo de Ajuste, celebrado junto ao Governo do Estado do Mato Grosso.

## **9 OBRIGAÇÕES DO GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO:**



- 9.1 Comunicar à Administradora credenciada a exoneração/demissão dos servidores do Governo do Estado do Mato Grosso, no prazo máximo de 05 (cinco) dias a partir do desligamento dos mesmos, para que a Administradora credenciada possa proceder a sua exclusão e a de seus dependentes do plano contratado. A exclusão respeitará os prazos estabelecidos neste Termo.
- 9.2 colocar à disposição da(s) Administradora(s) de Benefícios informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;
- 9.3 permitir à(s) Administradora(s) de Benefícios(s) a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;
- 9.4 garantir espaço adequado aos profissionais da(s) Administradora(s) de Benefícios para garantir serviços de apoio aos beneficiários, incluindo infra-estrutura necessária ao atendimento;
- 9.5 acompanhar e fiscalizar a execução do(s) Termo(s) de Acordos, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por um representante do Governo do Estado do Mato Grosso, especialmente designado na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata, comunicando a ocorrência de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas à autoridade superior;
- 9.6 acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os beneficiários titulares, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes, bem como a continuidade da prestação dos serviços.

## **10 OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE**

- 10.1 Caberá às Operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei nº. 9.656/98, e da Resolução nº. 211/2010 (alterada pela Resolução nº. 261, de 28 de julho de 2011) da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:



- 10.1.1 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;
- 10.1.2 Efetuar o pagamento de reembolso na forma descrita no item 06, deste Termo de Referência.
- 10.1.3 zelar pela boa e fiel execução dos serviços de assistência à saúde aos beneficiários do Governo do Estado do Mato Grosso;
- 10.1.4 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;
- 10.1.5 fornecer, gratuitamente, aos saúde aos beneficiários do Governo do Estado do Mato Grosso, a primeira via carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- 10.1.6 fornecer, gratuitamente, aos beneficiários do Governo do Estado do Mato Grosso, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar e/ou Odontológica (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos, Odontólogos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela empresa Administradora de Benefícios, por meio físico ou virtual;
- 10.1.7 manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Empresa Administradora de Benefícios;

## **11. OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS**

- 11.1 Caberá às Operadoras conveniadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, da Resolução 211/2010 (alterada pela Resolução nº. 261, de 28 de julho de 2011) da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:
  - 11.1.1 Oferecer os serviços de assistência odontológica, na forma disciplinada pela legislação vigente;



- 11.1.2 Para os beneficiários que se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência odontológica por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras os seguintes documentos:
- 11.1.2.1 Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
  - 11.1.2.2 Recibos de pagamento dos honorários médicos;
  - 11.1.2.3 Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
  - 11.1.2.4 Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.
- 11.1.3 Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados;
- 11.1.4 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;
- 11.1.5 Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência Odontológica, a primeira via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- 11.1.6 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 empresa Administradora de Benefícios, por meio físico ou virtual;
- 11.1.7 Manter credenciado o quantitativo de profissionais, estabelecimentos e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a empresa Administradora de Benefícios;
- 11.1.8 Deverá possuir a facilidade “disque 0800” 24 horas para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.



## **12 DO PAGAMENTO**

- 12.1 Os planos de assistência à saúde e à odontologia objeto deste instrumento serão pagos integralmente pelo beneficiário titular.
- 12.2 O pagamento será realizado mediante autorização de débito em conta corrente, a ser indicada no ato de adesão pelo beneficiário ou consignação em folha.
- 12.3 No momento da adesão dos beneficiários poderá ser cobrado taxa de adesão.

## **13 DA VIGÊNCIA**

- 13.1 O prazo de vigência do credenciamento será de 60 (sessenta) meses e deverá constar no Termo de Acordo.

## **14 REEQUILÍBRIO E REAJUSTE DOS PREÇOS**

- 14.1 Respeitadas as disposições da legislação em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários do Governo do Estado do Mato Grosso 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, bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 75% (setenta e cinco por cento).

## **15 REDE CREDENCIADA**

- 15.1 No mínimo, uma operadora disponibilizada pela Administradora de benefícios deverá comprovar:

### **15.1.1 Em Cuiabá:**

- 15.1.1.1 Apresentar para o Plano "B" relação de, no mínimo, de 200 (duzentos) médicos, sendo que dentre estes, deverá constar o quantitativo mínimo de 10 (dez) profissionais em cada uma das especialidades abaixo elencadas:

- Cardiologia;
- Clínica Médica;
- Dermatologia;
- Ginecologia;
- Oftalmologia;



- Ortopedia;
- Pediatria;

15.1.2 Apresentar para o Plano “B”, no mínimo, 04 (quatro) hospitais com a seguinte infra-estrutura:

- Pronto socorro 24hs;
- Atendimento Eletivo; e
- Internação em apartamento ou enfermaria.

- Sendo, no mínimo, 02 (dois), deles com UTI Adulto, e 02 (dois) com UTI neonatal.

15.1.3 Apresentar para o Plano “B”, no mínimo, 01 (um) hospital com pronto-atendimento especializado nas áreas de oftalmologia e 01 (um) otorrinolaringologia;

15.1.4 Apresentar para o Plano “B”, no mínimo, 03 (três) laboratórios de análises clínicas/patologia clínica.

15.1.5 Comprovar para o Plano “B” atendimento no interior do Estado do Mato Grosso, dispondo de hospitais, no mínimo, nas cidades de Nobres, Tangará da Serra, Sapezal Arenópolis, Nortelândia, Denise, Campo Verde, Nova Brasilândia, Alto Araguaia, Diamantino, Primavera do Leste, Paranatinga e Poconé.

15.2 No mínimo, 01 (uma) operadora odontológica deverá comprovar atendimento odontológico no Estado do Mato Grosso.

15.3. A desconformidade da rede de atendimento às exigências constantes neste Termo de Referência importará na inabilitação da administradora de benefícios para assinatura do Termo de Acordo.

## **16 PORTABILIDADE**

16.1 As operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios deverão declarar anualmente, no aniversário do Termo de Acordo, que os beneficiários poderão optar pela troca de operadoras, dentre aquelas vinculadas à Administradora que firmar o Termo de Acordo com o Governo do Estado do Mato Grosso, desde que atendam aos seguintes requisitos:





- a) não tenha havido internação ou tratamento igual ou superior a R\$ 10.000,00;
- b) que a opção seja para plano equivalente na operadora escolhida;
- c) que inexista situação de gravidez e/ou doenças e lesões pré-existentes.

## 17 CONSIDERAÇÕES GERAIS

- 17.1 Eventuais alterações no Rol de Procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ficam assegurados para cobertura prevista no Plano Médico-Hospitalar e/ou Odontológico definido neste Termo de Referência, independentemente de aditamento contratual.
- 17.2 Serão automaticamente excluídos do Contrato, juntamente com seus dependentes e agregados, mediante comunicação imediata e por escrito do Governo do Estado do Mato Grosso, comprovadamente entregue à empresa Administradora de Benefícios, o beneficiário titular que, por qualquer motivo, deixar de atender as condições exigidas inicialmente na inscrição.
- 17.3 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.



**ANEXO DO TERMO DE REFERÊNCIA**

**QUADRO ESTIMATIVO DO QUANTITATIVO  
DE BENEFICIÁRIOS DO GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO**

<b>FAIXA</b>	<b>TITULARES</b>	<b>DEPENDENTES</b>	<b>TOTAL ESTIMADO DE BENEFICIÁRIOS</b>
0 a 18 anos	6	34.398	34.404
19 a 23 anos	1134	8.057	9.191
24 a 28 anos	3907	3.198	7.105
29 a 33 anos	6101	2.926	9.027
34 a 38 anos	7291	3.970	11.261
39 a 43 anos	6703	3.790	10.493
44 a 48 anos	7087	4.231	11.318
49 a 53 anos	8120	4.837	12.957
54 a 58 anos	7603	4.424	12.027
59 anos ou mais	15.091	11.495	26.586
Total geral	63.043	81.326	144.366



**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO**

A (Nome da empresa)....., CNPJ nº.....,  
por intermédio de seu representante legal o (a)  
Sr(a)....., portador (a) da Carteira de Identidade nº  
.....e do CPF nº....., sediada (endereço completo)  
....., declara, perante a Lei, que até a  
presente data inexistem fatos impeditivos para a sua habilitação no presente processo de  
credenciamento, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Cidade – (UF), de de 2012.

\_\_\_\_\_  
(nome e número da identidade do declarante)



**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO**

A empresa ..... , inscrita no CNPJ nº ..... , por intermédio de seu representante legal o (a) Sr(a)....., portador (a) da Carteira de Identidade nº .....e do CPF nº....., DECLARA, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, regulamentada pelo Decreto 4.358/2002, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ( ).  
(observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima)

Cidade – (UF), de de 2012.

.....  
(representante legal)



## ANEXO IV

### MINUTA

**TERMO DE ACORDO, SEM ÔNUS, QUE ENTRE SI CELEBRAM O GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO, E A ADMINISTRADORA BENEFÍCIOS ..... PARA DISPONIBILIZAÇÃO DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ODONTOLÓGICA AOS SEUS SERVIDORES, DEPENDENTES E AGREGADOS.**

**TERMO DE ACORDO Nº \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

O GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO, por intermédio da Secretaria de Estado de Administração, situada nesta Capital, inscrita no CNPJ sob o nº **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**, neste ato representada por seu (CARGO), o Senhor **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**, (qualificação completa), e, do outro lado a Empresa \_\_\_\_\_, pessoa jurídica de direito \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, neste ato representada por seu representante legal infra assinado, doravante denominada simplesmente \_\_\_\_\_, celebram o presente Termo de Acordo, Sem Ônus, para a disponibilização de planos de assistência médica-hospitalar e odontológicos através de operadoras registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar aos servidores do Estado do Mato Grosso, seus dependentes e agregados, com respaldo no Edital de Credenciamento de nº \_\_\_\_/2012, e, ainda, com fundamento no art. 116 da Lei Federal nº 8.666/93, de 21 de junho de 1993, mediante as cláusulas e condições seguintes:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

1. O presente Termo de Acordo tem por objeto credenciamento de empresas para atuar como Administradora de Benefícios estipulando planos de assistência médica, de, no



mínimo, 02 (duas) operadoras registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e planos de assistência odontológica de, no mínimo, 02 (duas) operadoras, também, registrada na ANS, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial, hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria e apartamento, 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, aos servidores do Estado do Mato Grosso, seus dependentes e agregados, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656/98; pela Resolução Normativa nº 211/2009 (alterada pela Resolução Normativa nº. 261, de 28 de julho de 2011); pelas Resoluções Normativas nºs 11 e 12, de 3/11/98; pela Resolução Normativa nº 195, de 14/07/09 (alterada pela Resolução nº 200, de 13/08/09); pela Resolução Normativa nº 196, de 14/07/09, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, mais as orientações e especificações técnicas constantes deste documento.

2. Este instrumento de Acordo e seu Anexos guardam inteira conformidade com os termos do Edital de Credenciamento nº \_\_\_\_/2012, e seus Anexos, dos quais são partes, como se aqui estivessem integralmente transcritos, vinculando-se, ainda, à proposta da Administradora Credenciada.

## **CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES**

2. São obrigações das partes:

### **2.1. DO GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO:**

2.1.1. comunicar à Administradora credenciada a exoneração/demissão dos servidores do Estado do Mato Grosso, no prazo máximo de 05 (cinco) dias a partir do desligamento dos mesmos, para que essa operadora possa proceder sua exclusão e a de seus dependentes do plano contratado, a exclusão respeitará os prazos estabelecidos no Edital de Credenciamento que deu origem a este Termo.

2.1.2. colocar à disposição da(s) Empresa(s) Administradora(s) de Benefícios informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;



- 2.1.3. permitir à(s) Empresa(s) Administradora(s) de Benefícios(s) a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;
- 2.1.4. garantir espaço adequado aos profissionais da(s) Empresa(s) Administradora(s) de Benefícios para garantir serviços de apoio aos beneficiários, incluindo infraestrutura necessária ao atendimento;
- 2.1.5. acompanhar e fiscalizar a execução do(s) Termo(s) de Acordos, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por um representante do Governo do Estado do Mato Grosso, especialmente designado na forma dos art.s 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata, comunicando as ocorrências de quaisquer fatos que exijam medidas corretiva à autoridade superior;
- 2.1.6 acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os beneficiários titulares, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes, bem como a continuidade da prestação dos serviços.

## **2.2. DA EMPRESA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:**

- 2.2.1. Apresentar aos Beneficiários do Governo do Estado do Mato Grosso, no mínimo 02 (duas) operadoras de planos de assistência médica-hospitalar e 2 (duas) operadoras de assistência odontológica, devidamente registradas na ANS;
- 2.2.2. zelar pela boa e fiel execução dos serviços de assistência à saúde e à odontologia aos beneficiários do Governo do Estado do Mato Grosso, prestados pelas operadoras conveniadas de acordo com as disposições da Lei 9.656/98 e da Resolução Normativa nº. 211/2010 (alterada pela Resolução nº. 261, de 28 de julho de 2011); da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- 2.2.3. deverá possuir a facilidade de central de atendimento para os esclarecimentos que se fizerem necessários;
- 2.2.4. apresentar aos Beneficiários do Governo do Estado do Mato Grosso, operadoras prestadoras dos serviços de assistência médico-hospitalar e odontológica, devidamente registradas na ANS;
- 2.2.5. negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde e à odontologia, aplicação de mecanismos de regulação



estabelecidos pelas operadoras dos planos de saúde; o reajuste das mensalidades dos planos;

- 2.2.6. realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica ambulatorial e hospitalar e odontológica junto aos beneficiários do Governo do Estado do Mato Grosso;
- 2.2.7. orientar os beneficiários a respeito do Termo de Referência e Termo de Acordo específico;
- 2.2.8. exigir dos beneficiários documento que comprove seu vínculo junto ao Governo do Estado do Mato Grosso, e, dos dependentes e agregados, comprovantes de sua dependência ou vinculação que justifique a inscrição na condição de agregado;
- 2.2.9. efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;
- 2.2.10. assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços por intermédio das operadoras estipuladas, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- 2.2.11. efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras contratadas pela Empresa Administradora de Benefícios para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- 2.2.12. efetivar a cobrança dos planos de assistência médica ambulatorial-hospitalar e odontológica, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;
- 2.2.13. intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos, comunicando posteriormente ao Governo do Estado do Mato Grosso;
- 2.2.14. as administradoras de benefícios credenciadas deverão proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a RDC ANS nº 64/2001;





- 2.2.15. 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;
- 2.2.16. comunicar o gestor deste instrumento, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços;
- 2.2.17. Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Comissão de Fiscalização, 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.
  - V – Monitoramento;
  - VI - Lista de beneficiários selecionados para gerenciamento e Casos ou Condições Crônicas enviadas para a operadora.
- 2.2.18. É vedado à Administradora de Benefícios transferir a terceiros total ou parcialmente as atribuições decorrentes do Termo de Ajuste, celebrado junto ao Governo do Estado do Mato Grosso.

### **2.3. DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE**

- 2.3.1. Caberá às Operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, e da Resolução 211/2010 (alterada pela Resolução nº. 261, de 28 de julho de 2011) da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:
- 2.3.1.1. 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;



- 2.3.1.2. Efetuar o pagamento de reembolso na forma descrita no item 07, do Termo de Referência.
- 2.3.1.3. zelar pela boa e fiel execução dos serviços de assistência à saúde aos beneficiários do Governo do Estado do Mato Grosso;
- 2.3.1.4. 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;
- 2.3.1.5. fornecer, gratuitamente, aos beneficiários do Governo do Estado do 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;
- 2.3.1.6. fornecer, gratuitamente, aos beneficiários do Governo do Estado do 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, Odontólogos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela Empresa Administradora de Benefícios, por meio físico ou virtual;
- 2.3.1.7. manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Empresa Administradora de Benefícios;

#### **2.4. DAS OPERADORAS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS**

- 2.4.1. Caberá às Operadoras conveniadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, da Resolução 211/2010 (alterada pela Resolução nº. 261, de 28 de julho de 2011) da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:
  - 2.4.1.1. Oferecer os serviços de assistência odontológica, na forma disciplinada pela legislação vigente;
  - 2.4.1.2. Para os beneficiários que se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência odontológica por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras os seguintes documentos:
    - 2.4.1.2.1. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais utilizados;
    - 2.4.1.2.2. Recibos de pagamento dos honorários odontológicos;



- 2.4.1.2.3. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento; e
- 2.4.1.2.4. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.
- 2.4.1.3. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados;
- 2.4.1.4. 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;
- 2.4.1.5. Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência Odontológica, a primeira via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- 2.4.1.6. Fornecer, gratuitamente, aos usuários dos Planos de Odontológicos, 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 Empresa Administradora de Benefícios, por meio físico ou virtual;
- 2.4.1.7. Manter credenciado o quantitativo de profissionais, estabelecimentos e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a empresa Administradora de Benefícios;
- 2.4.1.8. Deverá possuir a facilidade “disque 0800 24 horas” para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários;

### **CLÁUSULA TERCEIRA - DOS BENEFICIÁRIOS**

- 3. Serão considerados beneficiários dos planos de assistência médica e odontológicos, decorrente da assinatura do presente TERMO DE ACORDO:

#### **3.1 Titulares:**

3.1.1 Denomina-se titular, independentemente do regime jurídico de trabalho:

- a) os servidores, ativos, inativos e pensionistas do Poder Executivo, suas autarquias e fundações, inclusive os que ocupam cargos comissionados ou temporários;
- b) o Governador do Estado;
- c) o titular de qualquer espécie de pensão custeada pelos cofres do Estado;

**6.** os servidores afastados ou ex-servidores, originários da condição prevista nos incisos I e II do § 1º deste artigo, desde que arquem com o pagamento integral da mensalidade do plano contratado.



### **3.2 Dependentes:**

3.2.1 Denomina-se dependente, quando devidamente inscrito pelo titular:

- d) o cônjuge;
- e) o(a) companheiro(a) reconhecido(a) judicialmente, na ausência de dependente na condição do inciso I;
- f) os filhos de qualquer condição, menores de 18 (dezoito) anos;
- d) o(a) filho(a) solteiro(a) maior de 18 (dezoito) anos, absolutamente incapaz que esteja sob curatela.

### **3.3 Agregados, para os efeitos deste credenciamento:**

- a) o ex-cônjuge, separado judicialmente ou divorciado com direito à pensão alimentícia, desde que conste expressamente do processo judicial que o titular garantirá a assistência à saúde;
- b) o(a) filho(a) solteiro(a) maior de 18 (dezoito) anos e menor de 24 (vinte e quatro) anos, desde que estudante de nível médio ou superior;
- c) os menores de 18 (dezoito) anos que estejam sob a guarda judicial.

3.3.1 Os agregados, para os efeitos do subitem anterior, somente poderão ser inscritos desde que o titular arque com o pagamento integral da mensalidade do plano contratado.

### **CLÁUSULA QUARTA – DAS SANÇÕES**

4.1 Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, as Administradoras de Benefícios, garantida a defesa prévia, ficam sujeitas às seguintes sanções, a serem aplicadas pela Comissão de Fiscalização, sem prejuízo da aplicação de outras penalidades previstas na Lei nº 8.666/93:

- 4.1.1 Advertência por escrito;
- 4.1.2 Suspensão temporária do Termo de Acordo, por prazo não superior de 1 (um) ano, justificada pela Comissão de Fiscalização;
- 4.1.3 Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública



enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante a autoridade que aplicou a penalidade.

4.1.4 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 a(as) operadora(as) do Plano de Saúde, por ventura inadimplente(s) indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias, caracterizando inexecução parcial;

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

4.2 As sanções previstas no subitem anterior serão precedidas de procedimento em que será facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5(cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência.

#### **CLÁUSULA QUINTA – VIGÊNCIA**

- 5.1. O presente Acordo terá vigência de 60 (sessenta) meses, contados a partir da data de sua assinatura.
- 5.2. Respeitadas as disposições da legislação em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários do Governo do Estado do Mato Grosso 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, bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 75% (setenta e cinco por cento).

#### **CLÁUSULA SEXTA - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO**

- 6.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Governo do Estado do Mato Grosso, a ser repassado diretamente para a empresa Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do beneficiário.
- 6.2 O pagamento será realizado mediante débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário, ou por consignação em folha.



6.3 No momento da adesão dos beneficiários poderá ser cobrado taxa de adesão.

### **CLÁUSULA SÉTIMA – RESCISÃO**

7.1 Este Acordo poderá ser rescindido de pleno direito, a qualquer tempo, pela desistência de um dos signatários ou pela superveniência de norma legal, que o torne material ou formalmente inexeqüível, mediante comunicado por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) 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.

**Parágrafo Único** – Obrigam-se os signatários a cumprir todas as cláusulas e condições durante o prazo de 90 (noventa) dias que anteceder à rescisão.

### **CLÁUSULA OITAVA – DA PUBLICAÇÃO**

8.1. O presente acordo será publicado, por extrato, no Diário Oficial do Estado do Mato Grosso, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura.

### **CLÁUSULA NOVA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

9.1 O presente Acordo é aceito pelo Governo do Estado do Mato Grosso em caráter de não exclusividade, sendo dispensado o procedimento licitatório para contratação de serviços em função de não existir desembolso de recursos públicos.

### **CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO**

10.1. Fica eleito o foro de Cuiabá/MT, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

10.2. E, por estarem assim, justos e contratados, na presença das testemunhas abaixo nomeadas, assinam as partes o presente contrato, em 03 (três) vias de igual teor e forma, para um só efeito.

**Cuiabá/MT, xx de xxxxxxx de 2012.**



**GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO**

---

**ADMINSTRADORA DE BENEFÍCIOS**

---

**TESTEMUNHAS**

---



## TERMO DE ENCERRAMENTO

Este volume do Edital de Credenciamento nº 001/2012 possui 48 (quarenta e oito) folhas numeradas e ordenadas.

Cuiabá (MT), 21 de setembro de 2012.

**Agmar Divino Lara de Siqueira**  
Presidente da Comissão de Licitação