MUNICÍPIO DE VALE DO SOL
PODER EXECUTIVO

ESTUDO TÉCNICO PRELIMIMAR

Identificação do Solicitante	
Secretaria Solicitante	Secretaria de Administração
Responsável pela Requisição:	Leonir Scherer
Data	27/06/2025

1. DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE

1.1 - O objeto do presente estudo é a contratação de Plano de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde

2. PLANO ANUAL DE CONTRATAÇÕES (PAC)

2.1 - A presente aquisição/contratação está prevista no Plano Anual de Contratação: (**X**) sim ( ) não
2.2 - No PAC 2025 a contratação está prevista no item **4.2.2.11**

3. DESCRIÇÃO DOS REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

MEMORIAL DESCRITIVO

1 TIPO DE CONTRATO

1.1 Plano registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar –ANS 1.2 Tipo de contratação: Coletivo Empresarial.

1.3 Segmentação Assistencial: Plano com cobertura Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.4 Abrangência Geográfica: Mínimo no Vale do Rio Pardo e Vale do Taquari.

1.4.1 Área de atuação: Este plano contempla todas as coberturas de assistência à saúde contratadas, desde que realizadas nos serviços médicos e serviços auxiliares, próprios, credenciados ou referenciados pela licitante vencedora, no seguinte Grupo de Municípios: Anta Gorda, Arroio do Meio, Arroio dos Ratos, Arvorezinha, Barão do Triunfo, Barros Cassal, Bom Retiro do Sul, Boqueirão do Leão, Butiá, Candelária, Canudos do Vale, Capitão, Charqueadas, Colinas, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Doutor Ricardo, Encantado, Estrela, Fazenda Vila Nova, Forquetinha, General Câmara, Gramado Xavier, Herveiras, Ilópolis, Imigrante, Itapuca, Lajeado, Marques de Souza, Mato Leitão, Minas do Leão, Muçum, Nova Bréscia, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Paverama, Poço das Antas, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Rio Pardo, Roca Sales, Santa Clara do Sul, Santa Cruz do Sul, São Jerônimo, Sério, Sinimbu, Tabaí, Taquari, Teutônia, Travesseiro, Triunfo, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires, Vera Cruz, Vespasiano Correa e Westfália.

1.5 Padrão de Acomodação: Em internação hospitalar semiprivativo. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela licitante vencedora, é

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

garantido ao "Beneficiário" o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, até vagar a acomodação contratada.
1.6 Formação do preço: Contrato com preço preestabelecido, com valores fixados com base em cálculos atuariais, pelo método do Regime de Repartição Simples (RRS).
1.7 Coberturas e serviços adicionais: PEA – Plano de Extensão Assistencial, Auxílio Funeral, Seguro de Vida, Remoção Terrestre e Aérea, Desconto em Farmácias, Equipamentos de Convalescença e Assistência Odontológica.

2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO
2.1 O contrato, classificado como de formação bilateral, nas condições nele previstas, cobre aqueles serviços de assistência médica e hospitalar, nos limites qualitativos e quantitativos que são previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde (RPES) editado pela ANS, vigente à época do evento, para atendimento às doenças previstas no Código Internacional de Doenças (CID-10), genericamente apontados neste termo.
2.1.1 Aplicar-se-á ao contrato a Lei nº 9.656/98 - Lei dos Planos de Saúde (LPS) e, subsidiariamente, no que nele e na mesma lei não estiver contido, o Código Civil (CC) e o Código de Defesa do Consumidor (CDC).
2.1.2 Não estão incluídos neste Termo os atendimentos que não tiverem cobertura contratual, por exclusão, ou limitação de qualquer natureza, os quais poderão ser solicitados à licitante vencedora, e por ela fornecidos, mediante responsabilidade do MUNICÍPIO ou seu beneficiário, a critério daquela, sendo pagos em cobrança separada, com o acréscimo das despesas administrativas da mesma.

3 ADMISSÃO E PERMANÊNCIA DE BENEFICIÁRIOS
3.1 Será beneficiário titular do contrato o inscrito pelo MUNICÍPIO nesta condição, desde que vinculado, a este último, por relação empregatícia ou estatutária.
3.1.1 O vínculo ao MUNICÍPIO poderá abranger ainda:
I. Os servidores estatutários, aos ocupantes de cargos em comissão e aos empregados públicos ativos do MUNICÍPIO;
II. Os agentes políticos da pessoa jurídica contratante;
III. Os servidores do poder legislativo do Município contratante, mediante contrato próprio com a Câmara Municipal de Vereadores de Vale do Sol.
IV. Os aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante (celetistas);
V. Os Conselheiros Tutelares.
3.1.2 A licitante vencedora poderá, a qualquer tempo, exigir e comprovar o vínculo dos titulares do Plano, com a pessoa jurídica contratante.
3.1.3 A licitante vencedora poderá, a qualquer tempo, exigir e comprovar a condição de elegibilidade do beneficiário e, não existindo ou deixando de existir, determinar a sua exclusão, não implicando, a aceitação inicial, concordância com inclusão fora da previsão da cláusula.

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

3.2 Podem ser inscritos como usuários dependentes, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao usuário titular:

I. o cônjuge;

II. os(as) filhos(as) solteiros(as) menores de 30 (trinta) anos, equiparando-se o(a) adotado(a), o(a) enteado(a), o(a) menor cuja guarda seja designada por determinação judicial e o(a) menor tutelado(a);

III. os(as) filhos(as) solteiros(as) portadores de deficiência e os inválidos(as) com qualquer idade.

VI. o convivente, havendo união estável comprovada com convívio superior a 02 (dois) anos, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;

3.2.1 O MUNICÍPIO, quando incluir beneficiários dependentes, deverá comprovar o vínculo de dependência do usuário titular.

3.2.2 O recém-nascido terá direito às coberturas contratuais, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto e estará isento de carência, contanto que incluído no contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu nascimento, mediante manifestação expressa de vontade do MUNICÍPIO.

3.2.3 Na hipótese prevista no item 3.2.2, caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

3.2.4 O filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, poderá ser inscrito no plano, situação em que serão aproveitadas as carências já cumpridas pelo beneficiário adotante, se incluído em até 30 (trinta) dias da data de adoção.

3.3 A empresa licitante vencedora deve fornecer Cartão Virtual e/ou Cartão Físico ao beneficiário sem custo adicional. Os Cartões Físicos devem ser entregues a CONTRATANTE que ficará responsável pela distribuição destes, a partir da vigência do contrato.

3.4 Salvo as hipóteses de inscrição ou continuidade da cobertura em desacordo com este Termo, somente o MUNICÍPIO poderá solicitar a exclusão de beneficiários.

3.4.1 O MUNICÍPIO obriga-se a recolher os cartões de identificação expedidos pela licitante vencedora, na hipótese de exclusão dos beneficiários, ou em qualquer hipótese de rompimento do vínculo contratual, respondendo, até a entrega dos mesmos, pelos custos desembolsados pela licitante vencedora, limitada esta responsabilidade ao prazo de validade do cartão.

4 ESPECIFICAÇÃO DAS COBERTURAS GARANTIDAS

4.1 COBERTURA

4.1.1 Este Termo, em suas limitações nele previstas, oferece cobertura para todas as doenças previstas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

4.2 COBERTURA DO PLANO

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

4.2.1 Os beneficiários do MUNICÍPIO terão direito às coberturas estabelecidas na Resolução Normativa – RN n° 465/2021 de 24/02/2021 e suas alterações, para Plano com cobertura Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia:
I. Anexo I: Dos Custos, Coparticipações e Franquias Valores máximos permitidos e Descritivo Analítico das Coberturas; e
II. Anexo II: prestação de serviços odontológicos.

5 DETALHAMENTO DAS COBERTURAS

5.1 CONDIÇÃO GERAL
5.1.1 O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento.

5.2 CARÊNCIAS
5.2.1 Os serviços previstos neste Termo serão prestados aos beneficiários regularmente incluídos, após o cumprimento dos seguintes prazos, nos quais serão devidas as mensalidades pelo MUNICÍPIO e seus beneficiários:
I. 24 (vinte e quatro) horas, para os casos de atendimento de urgência e emergência;
II. 30 (trinta) dias, para consultas médicas;
III. 30 (trinta) dias, para exames complementares auxiliares de diagnóstico, exceto os previstos no inciso “V”, deste item;
IV. 90 (noventa) dias, para consultas/sessões de fonoaudiologia, nutrição, psicoterapia, psicologia e terapia ocupacional;
V. 180 (cento e oitenta) dias, para exames especiais e sofisticados;
VI. 180 (cento e oitenta) dias, para fisioterapia;
VII. 180 (cento e oitenta) dias, para internações e procedimentos cirúrgicos;
VIII. 300 (trezentos) dias, para procedimentos obstétricos.
5.2.1.1 Os prazos de carência estabelecidos neste Termo são independentes do prazo da cobertura parcial temporária de 24 (vinte e quatro) meses, decorrente de doença ou lesão preexistente ao contrato.
5.2.1.2 Os prazos de carência estabelecidos neste Termo começam a contar, individualmente, para cada beneficiário, a partir da data de seu ingresso.
5.2.1.3 Será dispensado o cumprimento dos prazos de carências se o contrato contar com 300 (trezentos) ou mais beneficiários e o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato, ou em até 30 (trinta) dias de sua vinculação ao MUNICÍPIO.
5.2.1.4 Caso a vencedora do certame seja a atual prestadora do serviço ficam os beneficiários já inscritos, isentos de carência.

5.3 DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

5.3.1 É dever prévio do beneficiário, em seu nome próprio e no dos beneficiários menores de idade ou incapazes pelos quais seja responsável, informar sobre doenças ou lesões à saúde, preexistentes à assinatura do contrato, de que sejam portadores e tenham conhecimento, ou que simplesmente tenham conhecimento se beneficiários menores, ou incapazes, devendo a informação constar na "Declaração de Saúde" preenchida antes da contratação, podendo o beneficiário, para fazê-lo, optar por:

I. dispensar a orientação de um médico;

II. contar com a orientação de um médico sócio da licitante vencedora, sem qualquer ônus, hipótese na qual concorda com eventual realização de exames ou perícias que este entenda necessário para elaborar a declaração ou;

III. contar com a assistência de um médico de sua indicação, assumindo as despesas decorrentes.

5.3.2 O MUNICÍPIO, em seu nome e no de seus beneficiários, seja qual for a modalidade de escolha da declaração, autoriza que a licitante vencedora investigue, junto aos médicos e estabelecimentos de saúde detentores de dados relevantes, as informações fornecidas, não podendo alegar, no futuro, violação ao sigilo decorrente de investigação que for realizada, com o fim exclusivo de constatar a veracidade da declaração.

5.3.3 Constatada, de qualquer forma, a doença ou lesão preexistente à proposta de contratação, a licitante vencedora oferecerá, ao beneficiário, cobertura parcial temporária (CPT), no qual haverá a suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data de ingresso do beneficiário, da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), quais sejam leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes reconhecidas antes da contratação.

5.3.3.1 Será dispensado o cumprimento do prazo de cobertura parcial temporária (CPT) se o contrato contar com 30 (trinta) ou mais beneficiários e o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato, ou em até 30 (trinta) dias de sua vinculação ao MUNICÍPIO.

5.3.4 A licitante vencedora, caso constate fraude na declaração, após a firmatura do contrato, poderá, a seu critério, tomar uma das seguintes alternativas:

solicitar, perante a Entidade ou Órgão regulamentar, abertura de procedimento administrativo visando a rescisão do contrato;

oferecer ao MUNICÍPIO a cobertura parcial temporária ou agravo, ou, ainda, abrir processo administrativo para julgamento da alegação de omissão de informação na "Declaração de Saúde"; ou

oferecer ao MUNICÍPIO a possibilidade de firmar um contrato adicional, denominado, na regulamentação administrativa da ANS, de agravo, cujo objeto é o fornecimento integral à cobertura para a doença ou lesão preexistente, mediante um acréscimo à contraprestação já convencionada, sempre cumpridos os prazos contratuais de carência.

5.3.4.1 A licitante vencedora não poderá, administrativamente, negar cobertura, suspender ou rescindir o contrato, até que se encerre o procedimento administrativo para apuração da fraude.

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

5.3.4.2 A alegação de fraude, por omissão quanto à doença ou lesão preexistente, não será possível se a licitante vencedora vier a realizar exame ou perícia no beneficiário, com vistas à sua admissão nesta qualidade.

5.4 SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA

5.4.1 O contratante e licitante vencedora declaram-se cientes de que a legislação aplicável ao contrato, a Lei nº 9.656/98, define:

I. atendimento de emergência como aquele verificado nos casos em que haja risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente/cooperado; e

II. atendimento de urgência como aquele verificado nos casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional para o beneficiário, igualmente caracterizado em declaração do médico assistente/cooperado.

§ 1º A licitante vencedora pagará a remoção de hospital para hospital, dentro dos limites da abrangência geográfica do contrato, e nos limites da rede própria, credenciada ou referenciada, já realizados os atendimentos classificados como emergência e urgência que sejam possíveis, uma vez caracterizada, pelo médico assistente/cooperado, a falta de recursos para continuidade da atenção ao paciente.

§ 2º A procura de uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento é ônus da licitante vencedora.

§ 3º A constatação de risco de vida suficiente a impedir a remoção, ou a opção, pelo beneficiário ou CONTRATANTE, mediante assinatura de declaração, da continuidade do atendimento em unidade que não pertença ao SUS, acarretarão ao último, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando a licitante vencedora.

§ 4º O veículo terrestre apto a realizar a remoção deverá ser equipado com os recursos necessários a garantir a vida do beneficiário, sendo que a responsabilidade da licitante vencedora por este somente cessará quando efetuado o registro na unidade SUS;

§ 5º Fica garantido que, depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

§ 6º Haverá garantia dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras doze horas, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência.

§ 7º Haverá garantia de atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes (artigo 6º da Resolução CONSU 13/1998);

§ 8º Haverá garantia de atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação;

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

§ 9º Haverá garantia de remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;

§ 10º Haverá garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos de o consumidor estar cumprindo período de carência para internação;

§ 11º Haverá garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, quando houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

5.4.2 O beneficiário tem direito a ser reembolsado pela licitante vencedora, nos atendimentos de emergência ou urgência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, quando não for possível a utilização dos serviços tornados disponíveis pela licitante vencedora, obedecidas as disposições desta cláusula.

§ 1º Os reembolsos devem ser solicitados mediante a apresentação dos seguintes documentos:

I. solicitação do médico assistente/cooperado, atestando a emergência ou urgência;

II. comprovante da realização do atendimento médico; e

III. nota fiscal de pagamento.

§ 2º O beneficiário tem o prazo de 1 (um) ano para apresentar a documentação acima listada, sob pena de perder o direito ao reembolso.

§ 3º Os processos de reembolso serão liquidados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir do recebimento, pela licitante vencedora, da documentação completa.

§ 4º O valor a ser reembolsado será aquele pago pela licitante vencedora junto à rede assistencial disponível para este plano.

5.5 REQUISITOS DE COBERTURA

5.5.1 O atendimento aos beneficiários regularmente inscritos ocorrerá com a exibição, por parte destes, nos locais de atendimento, de documento individual de identificação fornecido pela licitante vencedora (cartão físico ou virtual), acompanhado de documento de identidade legalmente reconhecido.

5.5.2 Ao ser contratado o plano, o MUNICÍPIO receberá, da licitante vencedora, o “Guia Médico e de Serviços” (GMS), contendo os integrantes da rede de prestadores do plano adquirido, dentre os quais caberá a escolha, por parte do beneficiário contratual, sendo que estes terão, a partir daí, acesso às atualizações do Guia.

5.5.3 Os exames complementares e os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, dentre eles as internações hospitalares, obedecido o GMS, serão cobertos pela licitante vencedora, por solicitação do médico assistente/cooperado, obedecidos os parágrafos desta cláusula.

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

5.5.3.1 O beneficiário, nas internações eletivas, procurará, antes da baixa, a licitante vencedora, apresentando o pedido fundamentado de internação firmado pelo médico assistente/cooperado, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito e a duração prevista para a internação.
5.5.3.2 A licitante vencedora, estando regular o pedido, emitirá guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação formal, justificada, do médico assistente/cooperado, a ser apresentada àquela pelo beneficiário ou quem o represente.
5.5.3.3 O beneficiário ou seu representante, nos casos de emergência ou urgência, que dependam de reembolso de despesas, comunicará, em até 02 (dois) dias úteis, a licitante vencedora do serviço utilizado.
5.5.4 A licitante vencedora não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com prestadores de serviços, correndo, tais despesas, por conta exclusiva dos beneficiários, que deverão, na dúvida, pedir esclarecimento sobre a extensão da cobertura para os representantes daquela.

5.6 ACESSO A PRESTADORES E SUPRIMENTOS NA OMISSÃO

5.6.1 O atendimento aos beneficiários fica assim assegurado:

I. na área de atuação do contrato, pela rede de atendimento prevista no “Guia Médico e de Serviços” e, na sua falta,

II. dentro da área de atuação do contrato em serviço não integrante da rede de atendimento prevista no “Guia Médico e de Serviços”, com prévia e expressa autorização da licitante vencedora, efetivando está o pagamento ao prestador e, não sendo possível;

III. dentro da área de atuação do contrato, pela rede de atendimento prevista no “Guia Médico e de Serviços”, em município limítrofe àquele em que o serviço foi pelo beneficiário demandado e, não sendo possível;

IV. por prestador contratado ou credenciado da licitante vencedora, em município pertencente à região de saúde do qual faz parte o município onde o serviço foi pelo beneficiário demandado ou, não sendo viável;

V. por prestador referenciado pela licitante vencedora, em qualquer localidade por esta previamente indicada; e

VI. excepcionalmente, desde que a licitante vencedora, comprovadamente, não tenha disponibilizado qualquer das hipóteses previstas neste item, o beneficiário poderá fazer uso de serviço que livremente escolher, com posterior reembolso das despesas decorrentes.

5.6.1.1 Na hipótese do inciso V, a licitante vencedora responderá pelo transporte do beneficiário, através de meio por ela previamente escolhido.
5.6.1.2 Na hipótese do inciso VI, a licitante vencedora não reembolsará qualquer despesa de atendimento, caso o beneficiário não tenha, antes, passado pelas etapas anteriores.
5.6.1.3 Na hipótese do inciso VI, será deduzido do reembolso pago ao beneficiário, o valor de coparticipação/franquia contratualmente previsto.

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

5.6.1.4 A área de atuação da licitante vencedora e a região geográfica do contrato são indicadas no cabeçalho deste instrumento.

5.7 DISCORDÂNCIA SOBRE PRESCRIÇÕES

5.7.1 A licitante vencedora fornece a cobertura que for adequada aos preceitos éticos e às regras da Medicina baseada em evidências, com a adoção, pelos profissionais assistentes/cooperados, de condutas comprovadas e cientificamente reconhecidas, resguardando-se o direito de discordar das prescrições, obedecidos os parágrafos deste item.

5.7.1.1 O beneficiário titular obriga-se, por si e seus dependentes, a submeter-se a perícia e/ou exames de averiguação de prescrições de tratamentos ou de OPME, por parte de auditores médicos da licitante vencedora ou peritos.

5.7.1.2 A licitante vencedora, caso discorde do profissional assistente/cooperado, quanto à necessidade de realização do procedimento integrante, em tese, da cobertura obrigatória, encaminhará, por auditor identificado e por escrito, àquele, suas razões de discordância, requerendo manifestação por escrito.

5.7.1.3 Na hipótese de o profissional assistente/cooperado manter sua posição, um terceiro especialista, escolhido de comum acordo entre o médico auditor e o primeiro e pago pela licitante vencedora, arbitrará a questão, por escrito.

5.7.1.4 Tornando-se impossível aplicar o disposto no item 5.7.1.2, o árbitro será indicado pelo Conselho profissional ou sociedade da especialidade.

5.7.1.5 O processo previsto no item 5.7 será célere e respeitará os prazos característicos de emergência ou urgência, quando o atendimento assim for caracterizado.

5.7.2 O fornecimento de materiais especiais, órteses e próteses (OPME) pela licitante vencedora obedecerá ao disposto na regulamentação do Conselho Federal de Medicina e neste item.

5.7.2.1 O profissional assistente determinará o tipo e as características do material, tais como as dimensões dos materiais e a sua matéria-prima, sem indicar, em hipótese alguma, fabricante ou marca comercial.

5.7.2.2 Caso não concorde com a marca da OPME indicada pela licitante vencedora, o profissional assistente deverá justificar tecnicamente, por escrito, a sua inconformidade, e poderá indicar, no mínimo, três marcas de produtos disponíveis que atendam ao tipo e características determinadas, produzidas por fabricantes distintos e regularizadas perante a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, sobre as quais recairá a escolha a ser feita pela licitante vencedora.

5.7.2.3 Havendo necessidade técnica, o auditor da licitante vencedora examinará previamente o beneficiário, através de perícia médica, emitindo laudo sobre a situação clínica do paciente, a pertinência do procedimento a ser realizado, e o material adequado ao procedimento, se for o caso.

5.7.2.4 Caso haja divergência técnica entre o profissional assistente e o auditor representante da licitante vencedora, a decisão será tomada, mediante determinação escrita, por um terceiro especialista, escolhido de comum acordo entre o médico representante da operadora e o primeiro e pago pela licitante vencedora.

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

5.7.2.5 O profissional assistente poderá recusar no máximo três (3) profissionais indicados pela licitante vencedora, para composição da junta médica ou terceira opinião.
5.7.2.6 Tornando-se impossível aplicar o disposto no item 5.7.2.3, o árbitro será indicado pelo Conselho profissional ou médico especialista indicado por sociedade médica.
5.7.2.7 O processo previsto nos itens 5.7.2 será célere e respeitará os característicos de emergência ou urgência, quando o atendimento assim for caracterizado.
5.7.3 Na especialidade de Oncologia, a medicação para quimioterapia será fornecida diretamente pela licitante vencedora, ou por quem está indicar, eximindo-se está de qualquer custo que fuja do previsto neste item.
5.7.4 O MUNICÍPIO obriga-se, por si e seus beneficiários, a submeter-se, anteriormente à efetiva autorização do procedimento, a perícia e/ou exames de averiguação de prescrições de tratamentos ou de OPME, por parte de auditores médicos da licitante vencedora ou peritos. 5.7.5 O MUNICÍPIO autoriza, em seu nome e no de seus beneficiários, a utilização de seus dados em registros eletrônicos da licitante vencedora, contanto que esta, em relação a eles, guarde sigilo, jamais os fornecendo a terceiros, salvo hipóteses legalmente expressas.

5.8 DISPENSA DE PRESTADORES

5.8.1 A licitante vencedora reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer componente da sua rede assistencial, desde que:
I. a substituição de hospital seja por equivalente e mediante comunicação ao MUNICÍPIO e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo os casos de fraude ou infração das normas sanitárias e administrativas, quando arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus, para continuação da assistência; e
II. a substituição do hospital por vontade da licitante vencedora, durante período de internação do beneficiário, obrigará aquele a manter e a licitante vencedora a pagar as despesas até que, a critério do médico assistente/cooperado, seja dada alta.

6 CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E PREÇOS

6.1 REGRAS GERAIS

6.1.1 A contraprestação paga pelo MUNICÍPIO, é constituída basicamente de:
I. mensalidades com preço preestabelecido, conforme cálculos atuariais baseados num regime de mutualidade e pelo regime de repartição simples (RRS);
II. custos específicos discriminados neste Termo.
6.1.1.1 Decorre da forma de constituição das mensalidades a impossibilidade de devolução de mensalidades, independentemente de os beneficiários terem efetivamente se valido da cobertura contratual.

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

6.2 DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

6.2.1 A mensalidade dos funcionários e do grupo familiar inscrito, quando da vigência do contrato de trabalho, será definida por faixa etária. O devido reajuste ocorrerá no mês que sucede o aniversário do beneficiário individual.

6.2.1.1 Do total do valor pago à licitante vencedora, o MUNICÍPIO arcará com 66,67% (sessenta e seis inteiros e sessenta e sete centésimos) do valor da mensalidade do servidor titular no plano e seus dependentes e os demais 33,33% (trinta e três inteiros e trinta e três centésimos) serão pagos pelos próprios servidores, mediante desconto em folha de pagamento. Caso possua dependentes, caberá ao titular do plano o pagamento integral da mensalidade, por faixa etária, também descontado em folha de pagamento.

6.2.1.2 No ato da adesão ao plano, será pago a licitante vencedora uma taxa de adesão de 50% do valor da mensalidade do contratante, isso será cobrado na primeira parcela referente ao contrato, o MUNICÍPIO arcará com 66,67% (sessenta e seis inteiros e sessenta e sete centésimos) desta taxa de adesão do servidor titular no plano, e os demais 33,33% (trinta e três inteiros e trinta e três centésimos) da taxa de adesão serão pagos pelos próprios servidores, mediante desconto em folha de pagamento. Caso possua dependentes, caberá ao titular do plano o pagamento integral da taxa de adesão dos dependentes, também descontado em folha de pagamento.

6.2.1.3 Os servidores que já possuem adesão ao plano vigente não haverá cobrança de taxa de adesão.

6.2.1.4 A faixa etária a que se refere este item será estabelecida da seguinte forma:

FAIXA	IDADE	VALOR SERVIDOR 33%	VALOR PREEFITURA 67%	VALOR TOTAL
1	0 – 18 anos	65,89	131,79	197,68
2	19 - 23 anos	69,02	138,07	207,09
3	24 – 28 anos	75,29	150,6	225,89
4	29 – 33 anos	84,69	169,41	254,1
5	34 – 38 anos	97,23	194,48	291,71
6	39 – 43 anos	122,3	244,63	366,93
7	44 – 48 anos	159,91	319,87	479,78
8	49 – 53 anos	210,06	420,17	630,23
9	54 – 58 anos	275,87	551,83	827,70
10	59 ou + anos	378,67	757,45	1.136,12

6.2.1.5 O pagamento será efetuado pelo Departamento Financeiro do MUNICÍPIO, após a realização dos serviços, acompanhada da relação individualizada dos usuários e seus respectivos valores.

6.2.1.6 A nota fiscal deverá ser vistada pelos servidores responsáveis pela fiscalização do efetivo cumprimento dos serviços prestados.

6.2.1.7 Qualquer outra forma de pagamento proposto importa na desclassificação da proposta oferecida.

6.3 CUSTOS, COOPARTICIPAÇÕES E FRANQUIAS

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

6.3.1 Obriga-se o beneficiário e/ou o Município a pagar ao prestador de serviço/profissional credenciado e/ou à licitante vencedora, os custos de coparticipações ou franquias, determinadas no documento Anexo I, disponibilizado ao MUNICÍPIO no ato de assinatura do contrato.
6.3.1.1 As coparticipações/franquias serão obrigatoriamente pagas conforme a competência a que se referirem, juntamente com a mensalidade do período. O MUNICÍPIO responsabilizar-se-á pelo repasse das cobranças aos beneficiários até decorridos 2 meses do evento, no máximo, após recebimento da informação da licitante Vencedora.
6.3.1.2 Os reajustes relacionados às coparticipações e franquias serão aplicados uma vez ao ano, geralmente no início do segundo semestre do ano em vigência.
6.3.1.3 Em caso de necessidade de alteração da data de aplicação do reajuste o contratante será cientificado mediante a informação constante no boleto de cobrança, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
6.3.1.4 Em caso de necessidade de segunda via do cartão poderá ser cobrado uma taxa do servidor de no máximo R$ 5,00 (cinco reais).

6.4 REAJUSTES
6.4.1 Quando da renovação do contrato, em seu aniversário, os valores contratuais do objeto da licitação poderão ser reajustados anualmente a cada 12 (doze) meses, através de livre negociação entre as partes, observada, para tanto, como base a variação do IPCA/IBGE – subitem saúde e cuidados pessoais no período (ou, no caso de sua extinção por outro índice equivalente que o substitua), bem como a necessidade de manutenção do equilíbrio atuarial, onde havendo reajuste por sinistralidade, este considerará a sinistralidade projetada da carteira, com base na proporção entre despesas assistenciais e receitas diretas do plano, apurada no período de 12 (doze) meses consecutivos e disponíveis, anteriores a data base de aniversário do contrato.
6.4.1.1 As coparticipações/franquias serão reajustadas anualmente, pelo índice que for legalmente autorizado pela ANS.
6.4.1.2 A licitante vencedora comunicará o reajuste à ANS.
6.4.2 Independente da data de ingresso do beneficiário no contrato, sua contraprestação terá reajuste integral na data de aniversário do contrato.
6.4.3 Os percentuais de reajuste serão sempre uniformes.
6.4.4 Os percentuais de reajuste serão sempre aplicados numa única data base, independente do período de adesão do beneficiário, nele não sendo considerados bônus, descontos ou agravamentos contratuais previstos na legislação de planos de saúde.
6.4.5 No caso de o contrato contar com menos de 30 (trinta) beneficiários, conforme for apurado anualmente no mês de aniversário (mês em que o contrato celebra mais um ano da data de sua firmatura) ou no momento da contratação (este último caso apenas se o contrato ainda não tiver feito aniversário), os percentuais de reajuste de que trata o parágrafo anterior serão iguais para todos os contratos que estejam na mesma condição em termos de número de beneficiários e segmentação assistencial.

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

6.5 INADIMPLEMENTO

6.5.1 A licitante vencedora poderá, face ao não pagamento de uma ou mais faturas mensais, emitir duplicatas de prestação de serviços, correspondente ao valor do débito corrigido pelo IPCA/IBGE, acrescido de juros moratórios de 6% (seis por cento) ao ano e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito, valendo este instrumento como comprovante de solicitação e efetiva prestação dos serviços representados pelo título, ficando expresso, na cobrança de mensalidades contratuais por duplicatas, que o serviço cobrado é a colocação, à disposição dos beneficiários, da cobertura dos serviços contratualmente referidos, ainda que não sejam estes demandados.

6.5.2 Os beneficiários do MUNICÍPIO não terão direito aos serviços aqui pactuados, caso esteja o mesmo com as mensalidades há 60 (sessenta) dias em atraso e haja constituição em mora, por notificação extrajudicial prévia, àquele enviada pela licitante vencedora.

6.5.3 O atraso nos pagamentos implicará no cadastramento da inadimplência do MUNICÍPIO junto aos órgãos ou entidades de proteção ao crédito.

7 DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA E APOSENTADOS

7.1 É assegurado, ao beneficiário, sendo este servidor efetivo, que contribuir com o pagamento da contraprestação econômica mensal deste Termo, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral de todos os custos contratuais.

7.1.1 Não é considerada contribuição os valores pagos pelo beneficiário, relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação ou franquia, paga como fator de moderação, na utilização dos serviços contratados.

7.1.2 O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o item 7.1 será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência no futuro contrato, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

7.2 O beneficiário terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir da comunicação inequívoca do MUNICÍPIO ao ex-empregado, sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava, quando da vigência do contrato de trabalho, para manifestar, de forma expressa e escrita, seu interesse no benefício de manutenção.

7.3 O benefício de manutenção é extensivo a todo o grupo familiar inscrito como beneficiário, na vigência do contrato de trabalho, cabendo ao ex-empregado optar pela manutenção individual, com parte ou a integralidade do seu grupo familiar.

7.3.1 Durante o período de gozo do benefício, o ex-empregado poderá incluir novo cônjuge e filhos, na condição de beneficiários dependentes.

7.3.2 Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos beneficiários dependentes, pelo período remanescente.

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

7.3.3 O MUNICÍPIO obriga-se a comunicar as regras acima citadas aos seus beneficiários.

7.3.4 A mensalidade do ex-empregado e do grupo familiar inscrito, quando da vigência do contrato de trabalho, será definida por faixa etária. O devido reajuste ocorrerá no mês que sucede o aniversário do beneficiário individual.

7.4 O direito assegurado neste Termo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

7.5 O benefício de manutenção deixará de existir nas seguintes hipóteses:

I. decurso dos prazos de manutenção;

II. admissão do beneficiário em novo emprego, que possibilite o seu ingresso em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão; ou

III. rescisão do contrato.

7.5.1 Na hipótese de rescisão do contrato, a licitante vencedora possibilitará ao ex-empregado, em gozo do benefício de manutenção, a contratação de um plano de assistência à saúde, na modalidade individual ou familiar, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

7.6 Ao beneficiário aposentado que contribuir com o pagamento da contraprestação econômica mensal, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral de todos os custos contratuais.

7.6.1 Ao beneficiário aposentado que contribuir para o contrato, por período inferior ao estabelecido no item 7.6, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 01 (um) ano para cada ano de contribuição.

7.6.2 Aplicam-se para o benefício de manutenção do aposentado, todas as condições estabelecidas para o benefício do demitido, previstas nos itens acima.

7.6.3 A mensalidade do beneficiário aposentado e do grupo familiar inscrito, quando da vigência do contrato de trabalho, será definida por faixa etária. O devido reajuste ocorrerá no mês que sucede o aniversário do beneficiário individual.

7.6.4 O MUNICÍPIO obriga-se a comunicar as regras a seus beneficiários.

7.6.5 A faixa etária a que se refere os itens 7.3.4 e 7.6.3 será estabelecida da seguinte forma:

FAIXA	IDADE	VALOR
1	0 – 18 anos	197,68
2	19 - 23 anos	207,09
3	24 – 28 anos	225,89
4	29 – 33 anos	254,1
5	34 – 38 anos	291,71
6	39 – 43 anos	366,93
7	44 – 48 anos	479,78
8	49 – 53 anos	630,23

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

9	54 – 58 anos	827,70
10	59 ou + anos	1.136,12

8 DURAÇÃO E EXTINÇÃO DO CONTRATO

8.1 O prazo de execução dos serviços objeto deste Termo será de 12 (doze) meses, contados a partir de 29 de julho de 2025, prorrogáveis por iguais e sucessíveis períodos nos limites estabelecidos na Lei 14.133/2021.

8.2 O contrato poderá ser rescindido por qualquer um dos motivos previstos na Lei 14.133/2021, conforme o caso.

8.3 Rescinde-se motivadamente (resolução contratual) o contrato, sem a necessidade de pronunciamento judicial para isto:

a) por determinação do MUNICÍPIO, quando houver sonegação dos serviços, de forma contratualmente não prevista ou vedada, pela licitante vencedora, desde que a última, notificada extrajudicialmente do fato, não se comprometa a prestá-los, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, indenizando eventuais e comprovados prejuízos; ou

b) por determinação da licitante vencedora, no caso de fraude devidamente comprovada, omissão dolosa de obrigações contratuais e inadimplemento de valores contratualmente devidos pelo MUNICÍPIO, ou por seus beneficiários, desde que a última, notificada do fato, até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, não venha a atualizar, completamente, no prazo máximo de 05 (cinco) dias, com os acréscimos legais e contratuais, as mensalidades devidas, ou cumprir com as obrigações contratualmente exigíveis.

8.3.1 Nas hipóteses previstas acima, caberá à parte faltosa indenizar a parte que rescinde motivadamente o contrato, os prejuízos decorrentes do motivo da rescisão.

9 REMOÇÃO TERRESTRE E AÉREA

9.1 O beneficiário do MUNICÍPIO terá direito ao serviço de remoção terrestre dentro do Estado do Rio Grande do Sul e aéreo dentro do território nacional, exclusivamente para a remoção de um hospital onde esteja internado, para outro hospital com melhores condições técnicas e mais adequado à continuidade do tratamento:

I. solicitação do médico responsável pelo atendimento do beneficiário, no hospital em que o mesmo esteja internado;

II. providência prévia, por parte do beneficiário ou seu responsável, quanto à escolha e reserva do local de atendimento médico para onde será transportado;

III. cumprimento, por parte do beneficiário, da carência para a enfermidade que o acomete, prevista no contrato;

IV. pontualidade do MUNICÍPIO com as obrigações previstas no contrato principal;

V. avaliação, por equipe responsável pelos cuidados médicos de translado, que não contraindique a realização do transporte, face ao estado de saúde do beneficiário e a sua relação com a distância, o tempo

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

de remoção, a proximidade do recurso tecnicamente mais adequado, o local do destino e, neste, a existência efetiva de reserva hospitalar, bem como a existência de ambulância adequada à remoção até o nosocômio; e

VI. avaliação, por parte da equipe responsável pelo transporte aeromédico, da existência de adequadas condições de voo, na conformidade das regras e instruções estabelecidas para tráfego aéreo pela Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC).

9.2 Somente será concedido o translado, na hipótese de o beneficiário estar sofrendo de uma das seguintes enfermidades, sem que esteja em coma irreversível, ou sem possibilidades terapêuticas (fase terminal):

I. traumatismo cranioencefálico que necessite tratamento intensivo;

II. aneurisma cerebral roto, que necessite assistência intensiva;

III. traumatismo de face, que necessite cirurgia de reconstrução;

IV. traumatismo ocular grave, com possibilidades de perda de visão;

V. traumatismo raquimedular, que necessite cuidados intensivos;

VI. embolia pulmonar, que necessite de assistência ventilatória e uso de trombolíticos;

VII. choque cardiogênico, que necessite de internação em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) dotada de recursos superiores àquela onde se encontra o beneficiário;

VIII. cirurgia cardíaca, uma vez não havendo quem a realize no local em que for originariamente atendido o beneficiário;

IX. pós-operatório causado por traumatismo, ocorrido em hospitais que não possuam recursos adequados;

X. queimaduras elétricas, térmicas e químicas, com área corpórea afetada maior que 30% (trinta por cento);

XI. angina instável progressiva com alterações eletrocardiográficas, discretas alterações das enzimas e que necessite comprovação diagnóstica com cineangiocoronariografia, se, no local onde for originariamente atendido, não houver condições de tal comprovação;

XII. aneurisma dissecante de aorta, que necessite UTI;

XIII. hipertensão associada à falência de ventrículo esquerdo com edema agudo de pulmão, que necessite UTI;

XIV. assistência ventilatória, quando esgotado todo o arsenal terapêutico no local onde for originariamente atendido, necessitando-se de UTI mais adequada;

XV. insuficiência respiratória aguda, que necessite ventilação mecânica por motivo de instabilidade toráxica ou aspiração de conteúdo gástrico;

XVI. pancreatite aguda (critério de Ranon);

XVII. trauma toráxico com contusão pulmonar e com alterações hemodinâmicas;

XVIII. asma grave refratária que necessite de ventilação mecânica, no local do atendimento inicial indisponível;

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

XIX. insuficiência renal aguda, que necessite de hemodiálise, no local do atendimento inicial indisponível;
XX. insuficiência cardíaca congestiva, com alterações hemodinâmicas;
XXI. Hemorragias digestivas severas, que necessitem de monitorização hemodinâmica, em pacientes com reservas orgânicas limitadas;
XXII. estado de mal epilético, que necessite curarização e ventilação mecânica; XXIII. assistência em UTI, desde que não seja devida a tumores benignos ou
malignos;
XXIV. politraumatismos com fraturas que necessitem cirurgia, nas quais haja comprometimento de órgãos vitais, quando não haja, no local do atendimento inicial do beneficiário, condições para tal procedimento;
XXV. fratura de colo de fêmur com comprometimento vascular, que necessite de intervenção de clínica ortopédica e/ou vascular;
XXVI. fratura de bacia, que necessite de intervenção cirúrgica, quando, no local do atendimento inicial, não haja condições técnicas;
XXVII. traumas vasculares, que necessitem de cirurgia, quando, no local do atendimento inicial, não haja condições técnicas;
XXVIII. intoxicações agudas, que necessitem de UTI, de causa involuntária e com instabilidade hemodinâmica;
XXIX. afogamento involuntário, que necessite de assistência ventilatória e UTI; XXX. amputações traumáticas, com possibilidade de reimplante (respeitado o
período de viabilidade cirúrgica);
XXXI. infarto agudo do miocárdio com arritmias que não estão respondendo ao tratamento clínico e;
XXXII. picada de animais peçonhentos, com risco de vida, que necessite de atendimento em UTI.
9.2.1 Fica vedado o enquadramento por semelhança, para concessão do translado.
9.2.2 Em nenhuma hipótese será concedido reembolso de despesas de translado, o qual somente poderá ser realizado, para obtenção da cobertura prevista neste item, na forma no mesmo discriminada.
9.2.3 A entidade executora dos serviços, nos casos de óbito de transportados, não assumirá qualquer responsabilidade com diligências e custos de translados, funerais e sepultamento.
9.3 Estão fora de cobertura contratual, em qualquer hipótese, os beneficiários que ponham em risco a integridade física e a saúde dos tripulantes das aeronaves, bem como a própria integridade da aeronave, tais como portadores de:
I. doenças infectocontagiosas;
II. moléstias submetidas a tratamento com material radioativo ainda contaminante; III.de patologias incompatíveis com o transporte terrestre ou aeromédico;
IV. doenças que os submetem a atos médicos em desacordo com o Código Brasileiro de Deontologia Médica; e
V. doenças ou transtornos psicológicos perigosos e violentos.

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

9.4 A prestação dos serviços contratados será realizada através de entidade indicada pela licitante vencedora, que, no caso de transporte aeromédico, definirá o tipo de aeronave que enviará, respeitando suas disponibilidades e condições de aeronavegabilidade, bem como a infraestrutura aeroportuária das regiões envolvidas, sempre obedecendo as normas e instruções da Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC).
9.5 Fica a entidade responsável pelo serviço de remoção terrestre ou aeromédica, através deste instrumento, autorizada a executar todo e qualquer ato ou procedimento médico, contanto que seja adequado para o tratamento do beneficiário, quando de seu transporte.
9.6 Fica a entidade que execute o serviço autorizada, em situações decorrentes de piora clínica do beneficiário, por deterioração das condições atmosféricas, de aeronavegabilidade, de defeito da aeronave e de qualquer situação que impeça a chegada ao destino pretendido, a deslocar o beneficiário ao local mais adequado ao seu atendimento, nas circunstâncias.
9.7 Os serviços de transporte terrestre ou aeromédico contratados são exclusivamente os aqui previstos, excluída a cobertura daqueles que não estão expressamente contemplados.

10 PEA– Plano de Extensão Assistencial
10.1 Ao beneficiário dependente, se inscrito como tal, é assegurado o PEA, com o direito aos serviços previstos neste Termo, pelo prazo máximo de até 05 (cinco) anos, a contar da data do óbito do beneficiário titular, isentado do pagamento da contraprestação econômica mensal, contanto que atendidos os seguintes requisitos indispensáveis:
I. O beneficiário titular, servidor efetivo ou de processo seletivo, esteja inscrito há mais de 06 (seis) meses no contrato, e conte com idade inferior a 60 (sessenta) anos, na data de seu ingresso no contrato;
II. O beneficiário dependente, apto a usufruir o PEA, esteja inscrito há mais de 06 (seis) meses no contrato;
III.O beneficiário dependente comprove que na data do óbito do beneficiário titular, ainda era efetivamente dependente econômico deste último.
10.1.1 O não atendimento de qualquer dos requisitos previstos neste item implicará na perda do direito ao PEA.
10.2 O direito ao PEA também é conferido ao nascituro, considerado filho do beneficiário titular falecido, nos termos da legislação civil.
10.3 Toda vez que for incluído novo beneficiário dependente, após a firmatura do contrato, o prazo de carência para a fruição do PEA é de 12 (doze) meses, com exceção do recém-nascido.
10.4 Perderá, imediatamente o direito ao PEA, o beneficiário dependente que, no transcurso dos 05 (cinco) anos de benefício, perder a condição de dependência econômica prevista. 10.4.1 A licitante vencedora poderá comprovar a perda da dependência econômica, por qualquer meio de prova em Direito admitida.
10.5 A fruição do PEA fica condicionada à apresentação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do óbito do beneficiário titular, por parte do beneficiário dependente, da Certidão de Óbito, além dos documentos comprobatórios da continuidade de sua situação de dependência econômica.

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

10.6 Findo o prazo de 05 (cinco) anos do PEA, o beneficiário dependente não poderá retornar ao contrato coletivo do qual o titular era beneficiário, devendo, caso tenha interesse na continuidade da assistência à saúde, firmar um novo contrato familiar, com aproveitamento das carências cumpridas.

11 GARANTIA FUNERAL

11.1 Tem por objetivo a prestação de serviços de assistência ao funeral do Segurado, observadas as condições nela expressas, além do disposto nas Condições Gerais e nas Particulares.

11.2 Definições:

a) Apólice é o documento escrito, emitido pela Seguradora, que instrumentaliza o contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado por estas. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro;

b) Beneficiários são as pessoas designadas pelo Segurado para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese da sua morte, devidamente coberta, de acordo com as condições contratuais;

c) Capital Segurado é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a garantia deste seguro. Nenhuma indenização poderá ser superior ao capital segurado;

d) Carência é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios;

e) Condições Contratuais é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das Propostas de Adesão, de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Particulares, da Apólice, de eventuais Endossos, e do Certificado Individual do seguro;

f) Condições Gerais é o instrumento jurídico, composto por um conjunto de cláusulas (itens), que rege um mesmo plano de seguro e disciplina os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, do Segurado e do(s) Beneficiários(s), bem como as características gerais do Seguro;

g) Credor do reembolso é a pessoa que arcar com as despesas de funeral do Segurado, em cujo nome estejam as Notas Fiscais ou Faturas competentes;

h) Doenças, Lesões e Sequelas Preexistentes são sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo Segurado, antes da contratação do seguro e que sejam de seu conhecimento, não declaradas na Proposta de Adesão;

i) Estipulante é a pessoa física ou jurídica que contrata o seguro em proveito de grupo que a ela se vincule e fica investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas;

j) Evento Coberto é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas garantias do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais ou Particulares da Apólice de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários;

k) IPC-A/IBGE é o Índice de Preços ao Consumidor - Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, utilizado para atualização de valores, nas hipóteses previstas nestas condições;

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

l) Moradia habitual é o lugar onde a pessoa tem sua residência ou domicílio habitual, no Brasil;
m) Prêmio é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada garantia contratada determinará a cobrança de um prêmio correspondente;
n) Reembolso é o valor, limitado ao Capital Segurado, a ser pago a quem arcou com as despesas do funeral do Segurado, para reposição dessas despesas;
o) Seguradora será uma Empresa devidamente autorizada a comercializar seguros, com registro na SUSEP, que assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela apólice, mediante recebimento do respectivo prêmio;
p) Seguro Contributário é aquele em que os Segurados pagam, total ou parcialmente, o prêmio individual respectivo;
q) Seguro Não Contributário é aquele em que os Segurados não pagam prêmio, sendo ele totalmente pago pelo Estipulante;
r) Sinistro é a ocorrência de um evento coberto pelas garantias contratadas, desde que estas estejam em vigor, e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.
s) Traslado é a remoção do corpo do Segurado, do local do óbito até o município de sua moradia habitual, no Brasil ou para outro local escolhido pelos seus familiares, conforme condições contratuais.
11.3 O serviço de assistência compreende as providências dos serviços funerários, inclusive o sepultamento, com o respectivo pagamento dos custos diretamente às funerárias.
11.4 Entende-se por serviço de sepultamento (ou cremação) a cobertura das despesas do funeral, conforme os itens abaixo relacionados, respeitado o limite do Capital Segurado contratado:
a) Urna/caixão;
b) Carro para enterro (no município de moradia habitual); c) Carreto Essa/caixão (no município de moradia habitual); d) Registro de óbito;
e) Taxa de sepultamento (valor equivalente ao velório do município) ou de cremação (onde existir este serviço);
f) Remoção do corpo (no município de moradia habitual); g) Paramentos - Essa;
h) Aparelho ozona;
i) Mesa de condolências; j) Velas;
k) Taxa de velório (valor equivalente ao custo do velório do município); l) Véu;
m) Enfeite floral e coroa;
n) Tanatopraxia (técnica, semelhante ao embalsamento, que consiste na aplicação de líquido conservante e desinfetante, para que o corpo seja preservado por mais tempo, quando necessário devido à causa “mortis”);
o) Locação de jazigo, exclusivamente em cemitério público, por um período de 3 (três) ou 5 (cinco) anos, conforme legislação local.
11.5 O serviço de cremação estará coberto somente quando disponível no local de falecimento do Segurado ou de sua moradia habitual.

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

11.6 Na impossibilidade de recorrer à prestação do serviço de assistência ao funeral, os familiares do Segurado falecido poderão solicitar o reembolso das despesas, que será efetuado em até 30 (trinta) dias após a entrega de todos os documentos, relacionados a seguir, à Empresa, respeitando o limite do capital contratado na Proposta de Adesão.

a) Do Segurado falecido:

• Aviso de sinistro devidamente preenchido;
• Cópia da Certidão de Óbito;
• Cópia do documento de identidade (RG ou equivalente) e CPF/MF do Segurado falecido.
• Para morte acidental, mais os seguintes:
• Cópia do Boletim de Ocorrência;
• Cópia do Laudo Cadavérico;
• Cópia do Laudo de Dosagem Toxicológica, se houver.

b) Do responsável pelo pagamento das despesas com o funeral:

• Cópia do documento de identidade (RG ou equivalente) e CPF/MF.

c) Original das notas fiscais nominais.

11.7 A Seguradora reserva-se o direito de solicitar quaisquer outros documentos que julgar necessários para a liquidação do sinistro.

11.8 A cobertura desta garantia abrange a morte do Segurado em qualquer parte do mundo, sendo o serviço de sepultamento ou cremação restrito ao território brasileiro.

11.9 A cobertura desta garantia abrange também o sepultamento de membros amputados do Segurado vivo, observadas as mesmas condições válidas para o caso de morte.

11.10 Desde que NÃO tenha sido utilizada a prestação de serviço, prevista no item 11.4 deste instrumento, a garantia do seguro consistirá de, exclusivamente, reembolso das despesas gastas com funeral, mediante comprovação com notas fiscais, limitado ao Capital Segurado no montante mínimo de R$ 5.100,00 (cinco mil e cem reais).

11.11 Não haverá qualquer pagamento aos beneficiários ou a outros interessados quando for utilizado o Serviço de Assistência, prevista no item 11.4 deste instrumento, posto que os custos desses serviços correrão por conta da Seguradora.

11.12 Somente serão aceitos, na qualidade de Segurados, os componentes do grupo segurável que, no dia fixado para início de vigência do risco individual: se encontrarem em boas condições de saúde e, tiverem idade inferior a 66 (sessenta e seis) anos.

11.13 O valor coberto pela licitante vencedora, referente aos serviços acima estipulados será de no mínimo R$ 5.100,00 (cinco mil e cem reais), corrigido anualmente a partir da data de assinatura deste instrumento pela variação positiva do IPC-A/IBGE ou por outro índice que venha a substituir.

11.14 Para solicitação dos serviços de assistência e funerários, a família deverá entrar em contato com o SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA 24 HORAS, pelos telefones a serem disponibilizados pela licitante vencedora, fornecendo todas as informações que forem solicitadas.

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

11.15 A família deverá fornecer à Seguradora ou facilitar o acesso a toda espécie de informações necessárias à prestação do serviço de assistência, bem como ao pagamento do reembolso. O não cumprimento desta obrigação implicará perda de direito às coberturas do seguro.

11.16 Sempre que a causa da morte do Segurado exigir a passagem do corpo pelo IML (Instituto Médico Legal) ou outro órgão similar, um representante da família terá que acompanhar o representante do Serviço de Assistência.

11.17 Munida das informações sobre o óbito do Segurado, a Seguradora enviará um representante do Serviço de Assistência que tomará as providências cabíveis, conforme o caso:

a) Em caso de falecimento e sepultamento no município de moradia habitual, no Brasil:

• dirigir-se-á à residência/hospital etc., e recepcionará todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município;

• irá até a funerária do município e tomará todas as providências necessárias à realização do funeral;

• retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando-a das providências tomadas.

b) Em caso de falecimento no município de moradia habitual, no Brasil, e sepultamento em outro município, no Brasil:

• dirigir-se-á à residência/hospital etc., e recepcionará todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município;

• irá até a funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral;

• retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando a das providências tomadas.

Obs.: Neste caso, o traslado NÃO estará coberto, ficando as despesas e respectiva documentação sob a responsabilidade da família, que deverá tomar todas as providências com relação ao sepultamento em outro município.

c) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento no município de moradia habitual, no Brasil:

• o Serviço de Assistência tomará todas as providências e custeio quanto ao traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento no município de moradia habitual, onde será prestada também a assistência ao sepultamento, conforme prevista na alínea “a”, deste item.

d) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual, no Brasil, e sepultamento em outro município, no Brasil:

• o Serviço de Assistência prestará a assistência no local do óbito, preparando toda documentação necessária para o traslado do corpo, bem como o sepultamento em outro município. As despesas realizadas com o traslado do corpo estarão limitadas aos valores que seriam despendidos para o traslado à sua moradia habitual, no Brasil, ficando o excedente por conta dos familiares.

11.18 A licitante vencedora não se responsabilizará pelos gastos com traslado não providenciado ou autorizado pela Central de Atendimento.

11.19 Em caso de utilização do Serviço de Assistência, NÃO haverá qualquer tipo de reembolso.

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

11.20 Cessará a cobertura deste seguro quando: a) Ocorrer cancelamento da Apólice;
b) Desaparecer o vínculo existente entre o Segurado e o Estipulante, que justificou a inclusão daquele no grupo segurado;
c) O Segurado manifestar, por escrito, o desejo de não mais continuar participando do seguro; O Segurado deixar de pagar o prêmio ou de contribuir com sua parte do prêmio, no caso de seguro contributário;
d) Houver, por parte do Segurado, fraude, tentativa de fraude, dolo ou tentativa de impedir qualquer investigação ou diligência com vistas à elucidação de quaisquer dados relativos a este seguro;
e) Houver inobservância das condições contratuais, por parte do Segurado.
11.21 O período de carência será de 30 (trinta) dias contados da data de início de vigência do seu seguro. Se o falecimento ocorrer em consequência de acidente, não haverá carência.
11.22 Este seguro garante a prestação do Serviço de Assistência ao sepultamento, respeitado o limite da importância segurada. A licitante vencedora, deverá disponibilizar telefones para contato.
11.23 As ligações podem ser feitas em qualquer dia da semana, inclusive feriados, a qualquer hora do dia ou da noite.
11.24 Estão excluídas deste seguro as despesas decorrentes, direta ou indiretamente, de eventos consequentes de:
a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como da contaminação radioativa, ou da exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou
projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;
b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos humanitários em auxílio de outrem;
c) doenças, acidentes ou lesões preexistentes ao início da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na adesão do beneficiário;
d) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
e) danos causados por atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
f) prática, por parte do Segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;
g) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;
h) quaisquer alterações mentais consequentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
i) agravação intencional do risco por parte do Segurado.
11.24 Estão também excluídas as despesas de:

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

a) aquisição de jazigo ou carneiro;
b) cremação, exceto quando disponível no local de falecimento do Segurado ou de sua moradia habitual;
c) exumação de corpos, mesmo que necessária ao sepultamento do Segurado;
d) quaisquer gastos com traslado, inclusive para cremação em outro local, não especificado anteriormente;
e) eventos extras ou não previstos expressamente nestas condições.
11.25 Os Serviço de Assistência ao sepultamento será prestado somente no território brasileiro e o traslado de qualquer parte do mundo até o município de moradia habitual do segurado, no Brasil, será por conta da licitante vencedora.
Para fins de assistência será considerado o endereço de Moradia Habitual do Segurado, no Brasil.

12 DESCONTO EM FARMÁCIAS
12.1 A licitante vencedora manterá convênio para descontos de até 40% em medicamentos genéricos da EMS na Rede Panvel.
12.2 Para a obtenção do desconto, o "Beneficiário" deverá, munido de receita subscrita por médico à licitante vencedora, e de seu cartão de identificação do plano, dirigir-se a uma farmácia ou drogaria da rede Panvel, apresentá-los ao atendente e requerer o desconto na aquisição do produto.
12.3 Caberá à Rede Panvel o gerenciamento do sistema como um todo, a disponibilização às farmácias e drogarias da lista de medicamentos e respectivos descontos, e a informação acerca da rede de farmácias e drogarias credenciadas.
12.4 Os descontos serão oferecidos preferencialmente nas farmácias, dentro do Rio Grande do Sul.

13 DISPONIBILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE CONVALESCENÇA
13.1A licitante vencedora disponibilizará ao "Beneficiário", caso seja necessário, os seguintes equipamentos de convalescença:
a) Cadeira de rodas;
b) Cadeira de banho;
c) Cama hospitalar;
d) Muletas;
e) Nebulizador.
13.2 A disponibilização do(s) equipamento(s) de convalescença se dará a título de comodato, ou seja, sem nenhum ônus financeiro ao MUNICÍPIO, sem prejuízo do disposto no item 14.4 quanto ao dever de indenização em razão de danos causados ao(s) equipamento(s).
13.3 O "Beneficiário" não poderá ceder a terceiros os equipamentos de convalescença disponibilizados pela licitante vencedora, não sendo permitido a transferência ou deslocamento para outro endereço, sem a expressa autorização da licitante vencedora, sob risco de assumir os custos e indenização dos danos aos equipamentos.

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

13.4 O MUNICÍPIO fica responsável pelos equipamentos de convalescença disponibilizados pela licitante vencedora, devendo devolvê-los no prazo acima indicado, ou quando de sua não utilização, nas mesmas condições técnicas que recebeu, sob pena de indenizar os danos eventualmente causados.
13.5 A não devolução do equipamento de convalescença no prazo fixado pela licitante vencedora implica que o MUNICÍPIO assumirá os custos dos equipamentos.
13.6 A disponibilização dos equipamentos está vinculada a disponibilidade dos mesmos junto à estrutura logística da licitante vencedora.

14 ASSSISTÊNCIAODONTOLÓGICA

14.1 Trata-se de prestação de serviço, visando acesso à rede para serviços odontológicos, com a cobertura das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde, vigente à época do evento.
14.2 Para efeito deste serviço, o SERVIDOR é o usuário titular.
14.3 Em relação ao presente serviço, a licitante vencedora não se responsabiliza por: a) despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
b) despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar, incluída a especialidade de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial;
c) despesas com honorários de anestesistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais;
d) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
e) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
f) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
g) serviços realizados por profissionais não contratados/cooperados, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados ou contratados;
h) serviços não previstos expressamente neste instrumento;
i) consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
j) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência; k) despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste instrumento;
l) renovação de restaurações para fins exclusivamente estéticos;
m) tratamentos de endodontia sem indicação clínica, em especial para fins exclusivamente protéticos.
14.4 A licitante vencedora reembolsará, no mesmo valor pago a sua rede de cirurgiões-dentistas autorizados (cooperado ou credenciado), quantia paga pelo Usuário com prestação de assistência odontológica, dos procedimentos de urgência e emergência odontológica, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados. 14.4.1 O reembolso será efetuado pela

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

licitante vencedora no prazo de 30 (trinta) dias contados da apresentação pelo Usuário, dos seguintes documentos originais:

a) Requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela rede credenciada da licitante vencedora, solicitando o reembolso;

b) Orçamento datado e assinado pelo profissional, declarando todos os dados pessoais do Usuário, diagnóstico, descrição e justificativa dos procedimentos realizados;

c) Recibo individualizado por procedimento, assinado pelo profissional. O Usuário perderá o direito de requerer o reembolso decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

14.5 O usuário é obrigado a fornecer ao profissional autorizado (cooperado ou credenciado) o documento de Identidade e o Cartão da licitante vencedora em vigor.

14.5.1 Para atendimento dos procedimentos eletivos, o usuário marcará consulta com um dos profissionais autorizados (cooperado ou credenciado) que atue na área de cobertura geográfica do plano.

14.5.2 O profissional autorizado (cooperado ou credenciado) lavrará em formulário próprio o plano de tratamento.

14.5.3 Constando no orçamento atos cobertos pelo plano em regime de preço pós estabelecido, o usuário os pagará com boleto bancário, de acordo com os valores previstos na tabela referencial, não tendo o profissional autorizado (cooperado ou credenciado) autorização para negociação ou recebimento dos valores dos procedimentos a realizar.

14.5.4 Após o pagamento serão realizados os procedimentos.

14.6 A licitante vencedora disponibilizará ao usuário a relação dos profissionais autorizados (cooperado ou credenciado) no site da própria.

14.7 Cobertura do plano pré-estabelecido:

14.7.1 Procedimentos de urgência

a) Curativo em caso de hemorragia bucal;

b) Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; c) Imobilização dentária temporária;

d) Recimentação de peça protética;

e) Tratamento de alveolite;

f) Colagem de fragmentos;

g) Incisão e drenagem de abscesso extraoral; h) Incisão e drenagem de abscesso intraoral; i) Reimplante de dente avulsionado.

14.7.2 Procedimentos de prevenção a) Orientação de higiene bucal;

b) Evidenciação de placa bacteriana; c) Aplicação tópica flúor.

14.8 Cobertura do plano sujeita a regime pós estabelecido:

14.8.1 Os atos odontológicos relacionados no anexo II, serão realizados nos consultórios dos profissionais autorizados (cooperado ou credenciado) mediante pagamento de taxa referente à consulta e pagamento dos procedimentos, no consultório.

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

14.9 Pela utilização dos serviços postos à disposição dos usuários (procedimentos em regime de PÓS-PAGAMENTO), o usuário pagará a totalidade de seu custo, nos valores constantes na tabela referencial da licitante vencedora.
14.10 Nos termos da lei, os valores da contraprestação pré-estabelecida e inscrição serão reajustados anualmente, levando-se em conta a elevação de preços observados para os procedimentos cobertos, inclusive materiais.
14.11 A mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, pela variação do IGPM (Índice Geral de Preços do Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, desde que não infrinja a norma legal.
14.12 A tabela de preços dos procedimentos sujeitos a pós pagamento, integrante do contrato, será reajustada anualmente, de acordo com a variação dos custos dos procedimentos e materiais.
14.13 As atualizações da tabela serão incorporadas ao contrato a título de aditamento pré-consentido, e serão enviadas ao contratante.
14.13.1 Os reajustes estarão sujeitos à obediência às regras estabelecidas pelo órgão regulador.
14.14 O USUÁRIO será excluído pela perda de uma das condições que lhe possibilitou o ingresso no plano.

15 SEGURO DE VIDA

15.1 É assegurado ao titular, desde que quando inscrito tiver menos de 65 anos, direito a um seguro de vida por more natural e/ou acidental:
15.1.1 De no mínimo para morte natural: R$ 7.213,75 (sete mil, duzentos e treze reais e setenta e cinco centavos);
15.1.2 De no mínimo para morte acidental: R$ 14.427,50 (quatorze mil, quatrocentos e vinte e sete reais e cinquenta centavos).

16 RECOMPOSIÇÃO DE FAIXA ETÁRIA

16.1 As mensalidades contratuais, sem prejuízo do reajuste previsto no contrato, terão seu valor inicialmente previsto recomposto por majoração, de acordo com a idade dos beneficiários, no mês seguinte ao do seu aniversário individualmente considerado, para as seguintes faixas abaixo expostas junto com o percentual de recomposição.

17 MECANISMOS DE REGULAÇÃO

17.1. A licitante vencedora fornecerá aos “Beneficiários” o Cartão de Identificação referente ao plano contratado, com a descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo de CPT (Cobertura Parcial Temporária), quando houver, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, oficialmente reconhecido na forma da Lei, assegurará a fruição dos direitos e vantagens do contrato, desde que o “Beneficiário” esteja regularmente inscrito, podendo a licitante vencedora adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional para melhor atendimento.

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

17.2 Nenhum atendimento ou serviço previsto no contrato será prestado sem a apresentação do Cartão de Identificação do "Beneficiário", fornecido e expedido pela licitante vencedora, acompanhado de documento de identidade.
Parágrafo único. O referido cartão é documento pessoal e intransferível do "Beneficiário".
17.3. O CONTRATANTE, nos casos de extravio do Cartão de Identificação do "Beneficiário", para fins de obtenção de 2ª (segunda via), comunicará imediatamente a licitante vencedora.
17.4 O CONTRATANTE obriga-se a recolher os cartões expedidos pela licitante vencedora, na hipótese de exclusão de "Beneficiário" ou em qualquer hipótese de rompimento do vínculo contratual, respondendo pelos valores desembolsados pela licitante vencedora, incluindo as despesas administrativas, relativas aos atendimentos fornecidos em virtude da utilização do Cartão de Identificação do "Beneficiário.
17.5 Cessa a responsabilidade do CONTRATANTE a partir da entrega dos cartões de identificação dos beneficiários à licitante vencedora. Caso assim não proceda, a responsabilidade desta se estenderá até o final do prazo de validade do Cartão de Identificação do "Beneficiário".

18 DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA EM TRANSPORTE AEROMÉDICO
18.1 O beneficiário da CONTRATANTE terá direito ao serviço de transporte terrestre ou aeromédico, exclusivamente para a remoção de um hospital onde esteja internado, para outro hospital com melhores condições técnicas e mais adequado à continuidade do tratamento, observados os limites geográficos do contrato e os seguintes requisitos:
I. solicitação do médico responsável pelo atendimento do beneficiário, no hospital em que o mesmo esteja internado;
II. providência prévia, por parte do beneficiário ou seu responsável, quanto à escolha e reserva do local de atendimento médico para onde será transportado;
III. cumprimento, por parte do beneficiário, da carência para a enfermidade que o acomete, prevista no contrato;
IV. pontualidade do CONTRATANTE com as obrigações previstas no contrato principal; V. avaliação, por equipe responsável pelos cuidados médicos de translado, que não
contraindique a realização do transporte, face ao estado de saúde do beneficiário e a sua relação com a distância; o tempo de remoção; a proximidade do recurso tecnicamente mais adequado; o local do destino e, neste, a existência efetiva de reserva hospitalar; bem como a existência de ambulância adequada à remoção até o nosocômio; e
VI. avaliação, por parte da equipe responsável pelo transporte aeromédico, da existência de adequadas condições de voo, na conformidade das regras e instruções estabelecidas para tráfego aéreo pelaAgência Nacional deAviação Civil (ANAC).
18.2 Somente será concedido o translado, na hipótese de o beneficiário estar sofrendo de uma das seguintes enfermidades, sem que esteja em coma irreversível, ou sem possibilidades terapêuticas (fase terminal):
I. traumatismo cranioencefálico que necessite tratamento intensivo;

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

II. aneurisma cerebral roto, que necessite assistência intensiva;
III. traumatismo de face, que necessite cirurgia de reconstrução;
IV. traumatismo ocular grave, com possibilidades de perda de visão;
V. traumatismo raquimedular, que necessite cuidados intensivos;
VI. embolia pulmonar, que necessite de assistência ventilatória e uso de trombolíticos;
VII. choque cardiogênico, que necessite de internação em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) dotada de recursos superiores àquela onde se encontra o beneficiário;
VIII. cirurgia cardíaca, uma vez não havendo quem a realize no local em que for originariamente atendido o beneficiário;
IX. pós-operatório causado por traumatismo, ocorrido em hospitais que não possuam recursos adequados;
X. queimaduras elétricas, térmicas e químicas, com área corpórea afetada maior que 30% (trinta por cento);
XI. angina instável progressiva com alterações eletrocardiográficas, discretas alterações das enzimas e que necessite comprovação diagnóstica com cineangiocoronariografia, se, no local onde for originariamente atendido, não houver condições de tal comprovação;
XII. aneurisma dissecante de aorta, que necessite UTI;
XIII. hipertensão associada à falência de ventrículo esquerdo com edema agudo de pulmão, que necessite UTI;
XIV. assistência ventilatória, quando esgotado todo o arsenal terapêutico no local onde for originariamente atendido, necessitando-se de UTI mais adequada;
XV. insuficiência respiratória aguda, que necessite ventilação mecânica por motivo de instabilidade toráxica ou aspiração de conteúdo gástrico;
XVI. pancreatite aguda (critério de Ranon);
XVII. trauma toráxico com contusão pulmonar e com alterações hemodinâmicas;
XVIII. asma grave refratária que necessite de ventilação mecânica, no local do atendimento inicial indisponível;
XIX. insuficiência renal aguda, que necessite de hemodiálise, no local do atendimento inicial indisponível;
XX. insuficiência cardíaca congestiva, com alterações hemodinâmicas;
XXI. hemorragias digestivas severas, que necessitem de monitorização hemodinâmica, em pacientes com reservas orgânicas limitadas;
XXII. estado de mal epilético, que necessite curarização e ventilação mecânica;
XXIII. assistência em UTI, desde que não seja devida a tumores benignos ou malignos;
XXIV. politraumatismos com fraturas que necessitem cirurgia, nas quais haja comprometimento de órgãos vitais, quando não haja, no local do atendimento inicial do beneficiário, condições para tal procedimento;
XXV. fratura de colo de fêmur com comprometimento vascular, que necessite de intervenção de clínica ortopédica e/ou vascular;

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

XXVI. fratura de bacia, que necessite de intervenção cirúrgica, quando, no local do atendimento inicial, não haja condições técnicas;
XXVII. traumas vasculares, que necessitem de cirurgia, quando, no local do atendimento inicial, não haja condições técnicas;
XXVIII. intoxicações agudas, que necessitem de UTI, de causa involuntária e com instabilidade hemodinâmica;
XXIX. afogamento involuntário, que necessite de assistência ventilatória e UTI;
XXX. amputações traumáticas, com possibilidade de reimplante (respeitado o período de viabilidade cirúrgica);
XXXI. infarto agudo do miocárdio com arritmias que não estão respondendo ao tratamento clínico; e
XXXII. picada de animais peçonhentos, com risco de vida, que necessite de atendimento em UTI.
§ 1º Fica vedado o enquadramento por semelhança, para concessão do translado.
§ 2º Em nenhuma hipótese será concedido reembolso de despesas de translado, o qual somente poderá ser realizado, para obtenção da cobertura prevista no contrato, na forma no mesmo discriminada.
§ 3º A entidade executora dos serviços, nos casos de óbito de transportados, não assumirá qualquer responsabilidade com diligências e custos de translado, funeral e sepultamento.
18.3 Estão fora de cobertura contratual, em qualquer hipótese, os beneficiários que ponham em risco a integridade física e a saúde dos tripulantes das aeronaves, bem como a própria integridade da aeronave, tais como portadores de:
I. doenças infectocontagiosas;
II. moléstias submetidas a tratamento com material radioativo ainda contaminante; III.de patologias incompatíveis com o transporte terrestre ou aeromédico;
IV. doenças que os submetem a atos médicos em desacordo com o Código Brasileiro de Deontologia Médica; e
V. doenças ou transtornos psicológicos perigosos e violentos.
18.4 A prestação dos serviços contratados será realizada através de entidade indicada pela licitante vencedora, que, no caso de transporte aeromédico, definirá o tipo de aeronave que enviará, respeitando suas disponibilidades e condições de aeronavegabilidade, bem como a infraestrutura aeroportuária das regiões envolvidas, sempre obedecendo as normas e instruções da Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC).
18.5 Fica a entidade responsável pelo serviço de remoção terrestre ou aeromédica, através deste instrumento, autorizada a executar todo e qualquer ato ou procedimento médico, contanto que seja adequado para o tratamento do beneficiário, quando de seu transporte.
18.6 Fica a entidade que execute o serviço autorizada - em situações decorrentes de piora clínica do beneficiário; por deterioração das condições atmosféricas, de aeronavegabilidade; de defeito da aeronave e de qualquer situação que impeça a chegada ao destino pretendido - a deslocar o beneficiário ao local mais adequado ao seu atendimento, nas circunstâncias.

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

18.7 Os serviços de transporte terrestre ou aeromédico contratados são exclusivamente os aqui previstos, excluída a cobertura daqueles que não estão expressamente contemplados.

19 DO BENEFÍCIO DE REMISSÃO

19.1 Ao beneficiário dependente, se inscrito como tal no contrato, é assegurado o benefício de remissão, com o direito aos serviços previstos nesta contratação, pelo prazo máximo de até 05 (cinco) anos, a contar da data do óbito do beneficiário titular, isentado do pagamento da contraprestação econômica mensal, contanto que atendidos os seguintes requisitos indispensáveis:

I. O beneficiário titular esteja inscrito há mais de 06 (seis) meses no contrato, e conte com idade inferior a 60 (sessenta) anos, na data de seu ingresso no contrato;

II. O beneficiário dependente, apto a usufruir do benefício de remissão, esteja inscrito há mais de 06 (seis) meses no contrato; e

III.O beneficiário dependente comprove que na data do óbito do beneficiário titular, ainda era efetivamente dependente econômico deste último.

§ Único: O não atendimento de qualquer dos requisitos previstos nesta cláusula implicará na perda do direito ao benefício de remissão.

19.2 O direito ao benefício de remissão também é conferido ao nascituro, considerado filho do beneficiário titular falecido, nos termos da legislação civil.

19.3 Toda vez que for incluído novo beneficiário dependente, após a firmatura do contrato, o prazo de carência para a fruição do benefício de remissão é de 12 (doze) meses, com exceção do recém-nascido.

19.4 Perderá, imediatamente, o direito ao benefício de remissão, o beneficiário dependente que, no transcurso dos 05 (cinco) anos de benefício, perder a condição de dependência econômica prevista no contrato.

Parágrafo Único: A licitante vencedora poderá comprovar a perda da dependência econômica, por qualquer meio de prova em Direito admitida.

19.5 A fruição do benefício de remissão fica condicionada à apresentação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do óbito do beneficiário titular, por parte do beneficiário dependente, da Certidão de Óbito, além dos documentos comprobatórios da continuidade de sua situação de dependência econômica.

19.6 Findo o prazo de 05 (cinco) anos do benefício de remissão, o beneficiário dependente não poderá retornar ao contrato coletivo do qual o titular era beneficiário, devendo, caso tenha interesse na continuidade da assistência à saúde, firmar um novo contrato familiar, com aproveitamento das carências cumpridas

20 DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

20.1 Fica convencionado que a licitante vencedora terá o direito de sub-rogar- se, em nome do MUNICÍPIO ou de seus beneficiários, até o limite das suas efetivas despesas com atos auxiliares, no pedido indenizatório, junto a pessoas físicas e jurídicas, pelos danos causados por estas àqueles, em virtude de atos ilícitos, sendo que, na falta de outra estipulação, terá direito de receber os valores indenizatórios

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

decorrentes do seguro de responsabilidade civil, obrigatório ou facultativo, que der cobertura ao atendimento recebido pelo usuário, sendo que os últimos terão obrigação contratual de prestar todas as informações, praticar todos os atos e entregar toda a documentação que for necessária à indenização de que cuida este item.

20.2 Fica assegurado a continuidade dos tratamentos médicos iniciados pelos atuais beneficiários e seus dependentes em virtude da possível sucessão de plano de saúde.

21 ENCERRAMENTO

21.1. a licitante vencedora, deverá disponibilizar ao MUNICÍPIO, conforme sua opção, de forma impressa (uma unidade) ou eletrônica:

I. proposta de admissão;

II. guia médico e de serviços; e

III. arquivo digital contendo o rol de procedimentos e eventos em saúde (RPES), editado pela ANS.

21.1.1 Fica à disposição do beneficiário a carta de orientação e declaração de saúde.

21.2 Havendo alteração dos elementos contratuais, será obrigação da licitante vencedora disponibilizar, ao MUNICÍPIO, um exemplar de cada componente renovado, sendo que o MUNICÍPIO ou qualquer beneficiário poderá obter cópia adicional do contrato e de seus elementos integrantes, junto à licitante vencedora.

4. ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES

4.1 - Valores de referência e quantidade estimada:

DESPESA ESTIMADA:

I- O Município pagará o percentual de 66,67% e o servidor pagará os 33,33% restantes sobre os valores contratados para o titular e seus dependentes conforme tabela abaixo:

Faixa etária	Valor por beneficiário R$	Valor Individual Município R$	Valor Individual Servidor R$	Servidores por Faixa	Valores Totais R$
0 - 18	197,68	131,79	65,89	191	37756,88
19 - 23	207,09	138,07	69,02	41	8490,69
24 - 28	225,89	150,60	75,29	61	13779,29
29 - 33	254,10	169,41	84,69	53	13467,3
34 - 38	291,71	194,48	97,23	76	22169,96
39 - 43	366,93	244,63	122,3	74	27152,82
44 - 48	479,78	319,87	159,91	74	35503,72

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

49 - 53	630,23	420,17	210,06	62	39074,26
54 - 58	827,70	551,83	275,87	66	54628,2
59 ou +	1.136,12	757,45	378,67	92	104523,04
VALOR TOTAL MENSAL				790	356546,16
VALOR TOTAL ANUAL				**4.278.553,92**	
66,67% DO VALOR TOTAL ANUAL				2.852.511,90	

II -Baseando-se em pesquisa de mercado, tem-se como despesa estimada:

ITEM	NÚMERO ESTIMADO DE BENEFICIÁRIOS	TOTAL MENSAL ESTIMADO	TOTAL ANUAL ESTIMADO
Plano médico-hospitalar com acomodação em quarto semi-privativo.	790	356.546,16	4.278.553,92
Seguro contra acidentes de trabalho típico, de trajeto ou doença ocupacional para servidor não optante dos serviços médico-hospitalares. Valor individual: **R$ 21,32**	370	7.888,40	94.660,80
VALOR GLOBAL (TOTAL) ESTIMADO		**4.373.214,72**	

5. ALTERNATIVAS DISPONÍVEIS NO MERCADO

5.1 - Conforme pesquisa de mercado realizada, para solução da necessidade administrativa, objeto do presente Estudo Técnico Preliminar, vislumbra-se possível, sob o aspecto técnico e econômico, a contratação de empresa especializada em Plano de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde.

6. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

6.1 - Estima-se para a contratação almejada o valor total de 4.373.214,72
6.2 - As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, prevista no orçamento do Município para o exercício de 2025 na classificação abaixo:
Secretaria Municipal de Administração - Código 48

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

7. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

7.1 - A solução proposta é contratação de Plano de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde a conforme especificado no item 3, 4 e 5 deste ETP.

8. JUSTIFICATIVA PARA O PARCELAMENTO OU NÃO DA CONTRATAÇÃO

a) De acordo com o artigo 40, § 3º, da Lei nº 14.133/2021, o parcelamento do objeto em uma licitação só deve ser evitado quando certas condições estratégicas ou técnicas assim o justificarem, como economia de escala significativa ou a integridade de sistemas técnicos que poderiam ser comprometidos pela divisão.
b) Para a Prestação de Serviços de Assistência à Saúde, a análise técnica sugere que o parcelamento pode resultar em complexidade adicional e potencial comprometimento da integridade dos sistemas envolvidos. Os riscos associados à divisão do projeto podem superar os benefícios da competição ampliada devido às exigências técnicas específicas e interdependências entre as tarefas.
c) Considerando o caráter integrado e a complexidade para a Prestação de Serviços de Assistência à Saúde, a decisão é pela NÃO ADOÇÃO DO PARCELAMENTO. A justificativa baseia-se no potencial risco técnico e operacional que tal divisão implicaria, além de potencialmente elevar os custos de gestão e supervisão do contrato. Optou-se por manter o projeto como um contrato único para garantir a coerência na execução e a qualidade do resultado.
d) Esta decisão alinha-se aos preceitos do Artigo 40, § 3º, da Lei nº 14.133/2021, garantindo que a gestão do contrato permaneça eficaz e que os objetivos de qualidade e integridade do projeto sejam mantidos. A opção por não parcelar o objeto reflete uma abordagem cautelosa, que valoriza a entrega de uma infraestrutura robusta e durável para a comunidade.

9. RESULTADOS PRETENDIDOS

9.1 - Pretende-se, com o presente processo licitatório, assegurar a seleção da proposta apta a gerar a contratação mais vantajosa para o Município.

9.2 - Almeja-se, igualmente, assegurar tratamento isonômico entre os licitantes, bem como a justa competição, bem como evitar contratação com sobrepreço ou com preço manifestamente inexequível e superfaturamento na execução do contrato.

9.3 - A contratação decorrente do presente processo licitatório exigirá da contratada o cumprimento das boas práticas de sustentabilidade, contribuindo para a racionalização e otimização do uso dos recursos, bem como para a redução dos impactos ambientais

10. PROVIDÊNCIAS PRÉVIAS AO CONTRATO

10.1 - Indicamos os servidores abaixo relacionados para atuar como gestor e fiscais do contrato que devem ser nomeados por portaria:

Gestor do contrato			
Nome	**CPF**	**EMAIL**	**FONE**
Leonir Scherer	002.141.940-00	administracao@valedosol.rs.gov.br	(51) 9 9709 2785

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

Fiscal Administrativo			
Nome	**CPF**	**EMAIL**	**FONE**
Roselaine Pereira Santa Catharina	561.885.600-04	contratos@valedosol.rs.gov.br	(51) 9 9709 2785
Fiscal Técnico			
Nome	**CPF**	**EMAIL**	**FONE**
Flaviane Ribeiro das Chagas da Silva	018.312.040-02	recursoshumanos@valedosol.rs.gov.br	(51) 9 9709 2785

10.2 - Ademais, para que a pretendida contratação tenha sucesso, é preciso que outras etapas sejam concluídas, quais sejam:
a) elaboração de minuta do edital;
b) elaboração de minuta do contrato;
c) encaminhamento do processo para análise jurídica;
d) análise da manifestação jurídica e atendimento aos apontamentos constantes no parecer, mediante Nota Técnica com os ajustes indicados;
e) publicação e divulgação do edital e anexos;
f) resposta a eventuais pedidos de esclarecimentos e/ou impugnação, caso aplicável;
g) realização do certame, com suas respectivas etapas;
h) realização de empenho; e
i) assinatura e publicação do contrato.

11. CONTRATAÇÕES CORRELATAS E/OU INTERDEPENDENTES

11.1 - Este estudo não identificou a necessidade de realizar contratações acessórias para a perfeita execução do objeto, uma vez que todos os meios necessários para a aquisição/operacionalização dos serviços podem ser supridos apenas com a contratação ora proposta.

12. POSSÍVEIS IMPACTOS AMBIENTAIS

12.1 - Vislumbram-se que não haverá impactos ambientais provenientes desta contratação.

13. DECLARAÇÃO DE VIABILIDADE

13.1 - Com base na justificativa e nas especificações técnicas constantes neste Estudo Técnico Preliminar e seus anexos, e na existência de planejamento orçamentário para subsidiar esta contratação, declaramos que a contratação é viável, atendendo aos padrões e preços de mercado.

Vale do Sol, 27 de junho de 2025

_____
Leonir Scherer
Responsável pela elaboração

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

14. VIABILIDADE DECLARADA PELA AUTORIDADE SUPERIOR:

DATA: 27/06/2025

_____

SECRETÁRIO MUNICIPAL

Assinado por 1 pessoa: LEONIR SCHERER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97 e informe o código AD75-A5E2-DD21-1E97

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: AD75-A5E2-DD21-1E97

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

LEONIR SCHERER (CPF 002.XXX.XXX-00) em 27/06/2025 15:10:41 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://valedosol.1doc.com.br/verificacao/AD75-A5E2-DD21-1E97