

MINUTA

**MINUTA DO CONTRATO DE
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE
ENTRE SI CELEBRAM O CONSELHO
REGIONAL DE ECONOMIA DA 11ª
REGIÃO-DF E A EMPRESA
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

PROCESSO: 6115/2014

O CONSELHO REGIONAL DE ECONOMIA DA 11ª REGIÃO, AUTARQUIA FISCALIZADORA DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL, PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO, INSTITUÍDA PELA LEI 1.411/51, COM ALTERAÇÕES POSTERIORES, CNPJ 01.467.797/0001-02, COM SEDE NO SCS, QUADRA 04 ED. EMBAIXADOR – SALA 202, BRASÍLIA-DF, NESTE ATO REPRESENTADO POR SEU PRESIDENTE, ECONOMISTA CÉSAR AUGUSTO MOREIRA BERGO, BRASILEIRO, CARTEIRA DE IDENTIDADE 5661, EXPEDIDA PELO CORECON/DF, C.P.F. nº 152.520.511-00, DORAVANTE DENOMINADO CONTRATANTE OU CORECON-DF, E XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, EMPRESA INSCRITA NO CNPJ SOB O Nº XXXXXXXXXXXXXXXX, COM SEDE NO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, NESTE ATO REPRESENTADA POR SEU DIRETOR/SÓCIO, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX INSCRITO NO CPF SOB O nº XXXXXXXXXXXX, PORTADOR DA CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº XXXXXXXXXX, DORAVANTE DENOMINADO SIMPLEMENTE CONTRATADA TÊM ENTRE SI JUSTO E CONTRATADO O QUE SEGUE:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO DO CONTRATO

Contratação de Operadora de Planos ou Seguros Privados de Assistência à Saúde Suplementar, para a prestação de serviços de assistência médica, hospitalar, métodos complementares de diagnósticos, tratamentos e serviços auxiliares; caracterizado como Plano ou Seguro Saúde Coletivo, englobando os segmentos ambulatorial, hospitalar e obstétrico, aos empregados e respectivos dependentes do CORECON.

1. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS:

Compreendem-se como serviços de planos de saúde:

Regime/Tipo de Contratação: Plano de Saúde Suplementar coletivo por adesão, custeado integralmente pelo Conselho Regional de Economia da 11ª Região – DF.

1.1 – Cobertura Geográfica: Atendimento em todo território nacional.

1.2 – Opção: Plano de Saúde Referencial/Básico: Atendimento Ambulatorial e Hospitalar – quarto privativo, com direito a acompanhante.

1.3 – Rede Credenciada (Estabelecimentos Conveniados):

- a) Atendimento em, no mínimo, 5 (cinco) hospitais/clínicas particulares no Distrito Federal.
- b) Atendimento em, no mínimo, 1 (um) hospital/clínica particular, em 2 (dois) municípios, inclusive as capitais, de todos os estados brasileiros.
- c) A rede credenciada, a que e refere as alíneas “a” e “b”, deverá ter:
 - I. No mínimo, 01 (um) Hospital capacitado ao atendimento de grandes emergências,
 - II. No mínimo, 01 (uma) UTI de adulto;
 - I. No mínimo, 01 (uma) UTI infantil;
 - III. No mínimo, 01(um) hospital psiquiátrico/clínica psiquiátrica com internação;
 - IV. No mínimo, 01 (uma) maternidade com UTI neonatal;
 - V. No mínimo, 01 (um) hospital com equipe de hemodinâmica de 24 horas;
- d) Credenciados e ativos no Distrito Federal (Relação nos documentos de Habilitação). Exigimos a relação nominal da rede credenciada e que as clínicas indiquem a quantidade de profissionais disponíveis;
- e) Relação nominal de Hospitais Gerais, Clínicas e estabelecimentos credenciados ou próprios, que tenham abrangência da totalidade das especialidades oferecidas por cada estabelecimento, fora do Distrito Federal, com os respectivos endereços; (Relação nos documentos de habilitação)

§ 1º O atendimento da rede mínima acima definida será verificado pelo setor de compras e licitações deste Conselho, através da análise dos documentos encaminhados pelas empresas participantes deste Convite.

1.4 Segmentação Assistencial: Plano de Assistência Médica, incluindo assistência ambulatorial, hospitalar e obstetrícia, em caráter eletivo e emergencial.

1.5 Cobertura Assistencial/Procedimentos: Considera-se o mínimo, não exaustivo e conforme Rol de Procedimentos da Lei nº 9.656, de 03/jun/98, bem como nos termos dos Atos Normativos vigentes da Agência Nacional de Saúde – ANS, quais sejam a Resolução RDC nº 81, de 10/ago/01, e Resolução RN nº 9, de 26/jun/02, considerando sempre suas alterações, com destaque aos descritos no item 3.4 deste Termo de Referência.

1.6 – Beneficiários:

Quantidade: 14 (quatorze) pessoas, sujeita a alterações no decorrer do contrato, conforme contratações e exonerações do órgão, e de acordo com a distribuição por faixa etária constante do quadro a seguir:

Setembro 2014			
Titulares		Dependentes	
IDADE (anos)	QUANTIDADE	IDADE	QUANTIDADE
0 A 18	0	0 a 18	3
19 A 23	0	19 a 23	1
24 A 28	1	24 a 28	0

29 A 33	3	29 a 33	0
34 A 38	1	34 a 38	1
39 A 43	1	39 a 43	1
44 A 48	2	44 a 48	0
49 A 53	0	49 a 53	0
54 A 58	0	54 a 58	0
ACIMA 58	0	Acima de 58	0
TOTAL	8	TOTAL	6

1.7 BENEFICIÁRIOS

1.7.1 - São **beneficiários** dos serviços objeto da presente contratação:

- a) o titular;
- b) o dependente do titular;

1.7.2 – São **titulares**:

- a) os servidores ativos;

1.7.3 - São **dependentes** do titular:

- a) cônjuge ou companheiro(a) que comprove união estável;
- b) filhos, naturais ou adotivos, e os enteados até 21 (vinte e um) anos;
- c) filhos, naturais ou adotivos, e os enteados, inválidos, enquanto durar a invalidez, que deve ser comprovada por laudo médico;
- d) menores sob guarda ou tutela até 21 (vinte e um) anos.

1.8 SERVIÇOS COBERTOS

Item 1 - Plano de Assistência Médica Ambulatorial, Hospitalar e Obstétrica:

A) ESPECIALIDADES MÉDICAS

Todas as especialidades médicas previstas na Lei nº 9.656, de 03/jun/98 e suas alterações, bem como na Resolução RDC nº 81, de 10/ago/01 e suas alterações (rol não exaustivo), sem limite de utilização ou de valor, com destaque:

1. Acupuntura (limitado a 30 sessões por beneficiário, por ano de vigência contrato individual);
2. Alergologia;
3. Anestesiologia;
4. Angiologia;
5. Cardiologia;
6. Cardiologia pediátrica;
7. Cirurgia cardiovascular;
8. Cirurgia de cabeça e pescoço;
9. Cirurgia de mama;
10. Cirurgia de mão;
11. Cirurgia gastroenterológica;

12. Cirurgia geral;
13. Cirurgia pediátrica;
14. Cirurgia intra-ocular;
15. Cirurgia plástica reparadora (inclusive não decorrente de acidente pessoal);
16. Cirurgia torácica;
17. Cirurgia vascular;
18. Clínica médica;
19. Dermatologia clínica e cirúrgica;
20. Endocrinologia clínica e cirúrgica;
21. Fisiatria;
22. Gastroenterologia;
23. Geriatria;
24. Ginecologia;
25. Hematologia;
26. Hepatologia;
27. Homeopatia;
28. Mastologia;
29. Nefrologia;
30. Neonatologia;
31. Neurocirurgia;
32. Neurocirurgia pediátrica;
33. Neurologia;
34. Obstetrícia;
35. Oftalmologia;
36. Oncologia;
37. Ortopedia;
38. Otorrinolaringologia;
39. Pediatria;
40. Pneumologia;
41. Proctologia;
42. Psiquiatria;
43. Reumatologia;
44. Traumatologia-ortopedia clínica e cirúrgica;
45. Urologia;
46. Qualquer outra patologia clínica classificada pela Organização Mundial da Saúde cuja cobertura seja determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e/ou pelo respectivo órgão fiscalizador da área médica. Todas aquelas relacionadas na Tabela de Especialidades Médicas da AMB atualizada e as constantes do Rol de Procedimentos e Eventos anexo à Resolução nº 10 do Conselho de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde (CONSU/MS),

considerando sempre a Resolução ou Ato normativo vigente.

B) EXAMES COMPLEMENTARES

Todos os exames previstos em lei, necessários ao diagnóstico e ao tratamento, sem limite de utilização ou de valor, destacando-se:

1. Análises Clínicas;
2. Anatomia Patológica;
3. Angiografia Arterial, Venosa e Linfática;
4. Angiografia Digital;
5. Angioplastia;
6. Arteriografia;
7. Audiometria;
8. Bioimpedanciometria, "Tilt Tests" e seus Derivados;
9. Biópsia;
10. Broncoesofagoscopia;
11. Broncoscopia;
12. Cardiotocografia;
13. Cateterismo;
14. Cicloergometria;
15. Cineangiocoronariografia;
16. Cintilografia;
17. Citopatologia;
18. Colposcopia;
19. Coronariografia;
20. Cromatografia para Doenças Genéticas;
21. Densitometria Óssea;
22. Dosagens de Substâncias Relacionadas a Erros Inatos do Metabolismo;
23. Ecocardiografia;
24. Eletrocardiografia Dinâmica (Holter de 12 e 24 horas);
25. Eletrococleografia;
26. Eletrodiagnóstico;
27. Eletroencefalografia (de Rotina, em Vigília, em Sono e Vigília e Mapeamento Cerebral);
28. Eletromiografia;
29. Eletroneuromiografia;
30. Endoscopia Diagnóstica, Cirúrgica e Terapêutica (Digestiva, Ginecológica, Peroral, Respiratória, Ortopédica e Urológica), inclusive com utilização de Vídeo;
31. Ensaio Enzimáticos;
32. Ergometria;
33. Exames Citológicos e Colposcópicos;
34. Exames Oftalmológicos;
35. Exames Otorrinolaringológicos;
36. Fluoresceinografia;
37. Fonocardiografia;
38. Hemodinâmica (Cineangiocoronariografia e Cateterismo Cardíaco);
39. Laparoscopia Diagnóstica e Terapêutica;
40. Mamografia de Alta Resolução;
41. Medicina Nuclear, Radioisotopia e Cinetografia;
42. Neuroradiografia;
43. Patologia Clínica e Cirúrgica (inclusive Neuromotora, Respiratória, Osteomioarticulares, Cardiovasculares,

- ermatológicas e Patologias Diversas);
44. Peniscopia;
 45. Potencial Evocado (Auditivo, Visual e Somato-Sensitivo);
 46. Prova de Função Pulmonar Completa;
 47. Radiologia Geral;
 48. Radiologia Intervencionista;
 49. Ressonância Magnética;
 50. Ressonância Magnética Funcional;
 51. Teste Alérgico;
 52. Teste Ergonômico;
 53. Teste Oftalmológico;
 54. Teste Otorrinolaringológico;
 55. Tomografia Computadorizada;
 56. Triagem para Erros Inatos de Metabolismo na Urina;
 57. Ultrassonografia;
 58. Urodinâmica;
 59. Vídeo Histeroscopia;
 60. Vídeo Laparoscopia Diagnóstica e Cirúrgica;
 61. Vídeo Laringoscopia;
 62. Videolaringoestroboscopia;
 63. Vulvoscopia;
 64. Xeroradiografia;

Todos os demais exames relacionados na Tabela de Exames da AMB atualizada cuja cobertura seja determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e as constantes do Rol de Procedimentos e Eventos anexo à Resolução nº 10 do Conselho de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde (CONSU/MS), considerando sempre a Resolução vigente.

C) PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS AUXILIARES

Todos os procedimentos e os serviços auxiliares a seguir, sem limite de utilização ou de valor, ressalvadas as limitações aqui consignadas:

- I) Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o beneficiário ou para terceiros, bem como risco de danos morais e patrimoniais importantes;
 - II) Psicoterapia de crise, que corresponde ao atendimento, por profissionais da área de saúde mental, com início logo após o atendimento de emergência, com comprovação por relatório médico, com duração máxima de 12 (doze) semanas e limitada a 12 (doze) sessões por ano de vigência do contrato;
 - III) Serviços de apoio diagnóstico, prestados por médico psiquiatra, tratamento e demais procedimentos solicitados pelo médico assistente;
 - IV) Internação em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, em casos de transtornos psiquiátricos em situações de crise;
 - V) Internação, em hospital geral, para beneficiários portadores de quadro de intoxicação ou abstinência provocada por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de internação.
1. Acompanhamento Clínico no Pós-Operatório Imediato ou Tardio dos beneficiários

submetidos a Transplante de

- Rim e Córnea (exceto medicação de manutenção);
- 2. Angioplastia, Revascularização e Revascularização do Miocárdio;
- 3. Artroscopia;
- 4. Atendimento psiquiátrico;
- 5. Betaterapia;
- 6. Cauterização;
- 7. Citoplastia;
- 8. Colonscopia;
- 9. Cobaltoterapia;
- 10. Colocação de Gesso ou Similares;
- 11. Colocação de Sínteses;
- 12. Criocauterização;
- 13. Diálise;
- 14. Eletrofisiologia Cardíaca;
- 15. Embolizações;
- 16. Escleroterapia ou Tratamento Esclerosante (limitado a 24 (vinte e quatro) aplicações por beneficiário por ano de vigência do contrato individual);
- 17. Exames Pré-estéscicos ou Pré-cirúrgicos;
- 18. Fisioterapia (limitado a 60 (sessenta) sessões por beneficiário por ano de vigência do contrato individual, salvo quando solicitado e justificado pelo médico assistente, em razão da gravidade e/ou complexidade do caso);
- 19. Fisioterapia Respiratória;
- 20. Gasoterapia;
- 21. Hemodiálise;
- 22. Hemodinâmica (Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos);
- 23. Hemoterapia;
- 24. Hipertermia prostática;
- 25. Histocipatologia;
- 26. Inaloterapia;
- 27. Internação, inclusive em UTI ou similar;
- 28. Laparoscopia Terapêutica;
- 29. Laserterapia;
- 30. Litotripsias;
- 31. Neurofisiologia;
- 32. Nutrição Paraenteral e Enteral;
- 33. Oxigenoterapia Hiperbárica (Não Estética);
- 34. Próteses, Órteses e seus Acessórios (somente ligados ao ato cirúrgico);
- 35. Quimioterapia;
- 36. Quimioterapia Anti-Neoplásica;
- 37. Radiologia Intervencionista;
- 38. Radioterapia (inclusive Radiomoldagem, Radioimplante e Braquiterapia);
- 39. Reabilitação Cardiológica e Neurológica;
- 40. Remoção;

41. Transfusão de Sangue ou Aplicação de Plasma;
42. Transplante de rim e córnea;
43. Tratamento da obesidade mórbida em ambiente hospitalar;

Todos os demais procedimentos e serviços auxiliares cuja cobertura seja determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e os constantes do Rol de Procedimentos e Eventos anexo à Resolução nº 10 do Conselho de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde (CONSU/MS), considerando sempre a Resolução vigente.

1.9 ABRANGÊNCIA DO PLANO

A contratação cobre o atendimento, pela CONTRATADA, das despesas dos eventos que se seguem:

- a) Consultas médicas, inclusive obstétricas para pré-natal, em número ilimitado e sem limite de valor;
- b) Internação hospitalar, compreendendo hospitais, centros médicos, casas de saúde e em clínicas básicas e especializadas, sem limite de prazo, valor ou quantidade, em quarto particular para o beneficiário;
- c) Internação em UTI ou similar, sem limite de prazo, valor ou quantidade;
- d) Cirurgias, em número ilimitado e sem limite de valor;
- e) Exames médicos, em número ilimitado e sem limite de valor;
- f) Serviços de diagnóstico, de tratamento e procedimentos clínicos e cirúrgicos, em número ilimitado e sem limite de valor;
- g) Doenças crônicas;
- h) Doenças e lesões pré-existentes;
- i) Doenças congênitas;
- j) Doenças infecto-contagiosas e endêmicas de notificação compulsória, inclusive AIDS;
- l) Doenças de Senilidade, constantes da Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10), considerando sempre o ato normativo vigente.
- m) Material de osteossíntese (placas, pinos, parafusos, hastes, pregos, telas cirúrgicas, etc.), sem limite de quantidade ou de valor;
- n) Acidentes de Trabalho;
- o) Atendimento de Urgência e Emergência;
- p) Remoção do beneficiário, em ambulância, inclusive com UTI móvel, própria ou contratada, obrigatoriamente acompanhada de médico assistente, no percurso "hospital-hospital", "residência-hospital", "hospital-residência" e "local de acidente-hospital", para atendimento de urgência e emergência médicas em geral, sem limite de quantidade ou valor;
- q) Assistência médica e hospitalar ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30

(trinta) dias após o parto ou à data oficial da adoção;

§ 1º - A CONTRATADA se obriga a cobrir, desde o momento da internação até a alta hospitalar, as seguintes despesas:

- a) Diárias decorrentes da internação hospitalar, inclusive em UTI ou similar, UTI Neonatal, Unidade Coronariana e Unidade Respiratória;
- b) Despesas com o uso de Centro Cirúrgico, de UTI ou similar, de UTI Neonatal, Unidade

Coronariana e Unidade Respiratória, incluindo todo o material utilizado;

c) Diárias de maternidade e berçário;

d) Alimentação;

e) Serviços de Nutrição e Dietéticos;

f) Serviços gerais de Enfermagem;

g) Serviços de diagnóstico e de tratamento;

h) Honorários Profissionais dos Médicos Assistentes relativos aos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos;

i) Taxa de internação, de sala de cirurgia, de sala de parto, de sala de gesso e de outras necessárias, incluindo os materiais utilizados (inclusive os descartáveis), material de Osteossíntese (entre outros: placas, fios, hastes, pregos, parafusos, etc.), enxertos vasculares e telas cirúrgicas;

j) Hemodiálise e Diálise;

l) Sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme solicitação médica;

m) Exames específicos e complementares para a elucidação diagnóstica e indispensáveis para o controle da evolução da doença que motivou a internação, bem como as decorrentes da internação, e para o seu tratamento, até a alta hospitalar;

n) Medicamentos em geral, anestésicos, gases medicinais, transfusão de sangue e de seus derivados e/ou complementares, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, e outros procedimentos e serviços previstos neste Anexo que se fizerem necessários durante o período da internação;

o) Toda e qualquer taxa e todo material logístico utilizado (aparelhos, artigos utilizados, etc.), assim como as despesas decorrentes da remoção do beneficiário, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, por via terrestre;

p) Diárias de acomodação de acompanhante nos casos previsto no §2º, desta Cláusula 1ª, item 1.9;

q) Casos pertinentes à clínica médica de urgência e emergência, quando solicitados e justificados pelo médico assistente.

§ 2º - A CONTRATADA se obriga a permitir e a fornecer a acomodação para 01 (hum) acompanhante nos casos de internação de beneficiários menores de até 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos, para o plano previsto no contrato e a cobrir as diárias do acompanhante.

§ 3º - A CONTRATADA se obriga a cobrir as despesas hospitalares com internação do beneficiário em hospital, centro médico, casa de saúde, ou em clínica básica ou especializada, próprios ou credenciados/referenciados, também quando solicitada por médico não credenciado, de acordo com os limites e condições estabelecidos no Contrato, neste Anexo 1 e no plano do beneficiário. Neste caso, os honorários profissionais do médico assistente serão tratados e pagos diretamente pelo beneficiário, que deverá ser ressarcido da respectiva despesa, nas hipóteses e nos termos previstos na Cláusula Terceira do contrato.

§ 4º - Os serviços deverão ser cobertos pela CONTRATADA em todo o Território Nacional.

§ 5º - A CONTRATADA se obriga a cobrir as despesas médicas e hospitalares, de exames complementares, de procedimentos e demais serviços aqui previstos, desde que os profissionais da área médica e demais prestadores de serviços façam parte da rede própria ou por ela credenciada/referenciada, conforme relação específica do plano/seguro escolhido pelo beneficiário, bem como se obriga a reembolsar as referidas despesas nos casos previstos na Cláusula Terceira,

dentro dos limites ali estabelecidos.

1.10 DOS SERVIÇOS EXCLUÍDOS

Não estão cobertos pelo contrato que resultar da presente licitação os serviços descritos na Lei 9.656/98 ou normativo pertinente, a saber:

- a) Cirurgias consideradas anti-éticas, inclusive interrupção de gestação; tratamento e/ou cirurgias para fertilização e esterilização;
- b) Despesas extraordinárias de internação entre outras: refrigerantes, lavagem de roupas pessoais, aluguel de aparelho de televisão e tudo o mais que não se refira especificamente à causa da internação;
- c) Exames com o objetivo de reconhecimento de paternidade e atos cirúrgicos determinando a mudança de sexo.
- d) Doenças e acidentes provocados por ato ou operação de guerra, atos da natureza, envenenamento ou exposição à radioatividade e radiação de qualquer natureza, de caráter coletivo;
- e) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Regional de Economia do Distrito Federal.;
- f) Atos ilícitos, interrupção provocada da gravidez, tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos e alterações do corpo;
- g) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgicos, próteses ou órteses utilizadas para fins estéticos;
- h) Enfermagem particular e assistência médica
- i) Rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas conseqüências e tratamentos em clínicas de emagrecimento, exceto para o tratamento da obesidade mórbida;
- j) Tratamentos experimentais clínicos ou cirúrgicos;
- k) Medicamentos importados não nacionalizados e os não reconhecidos pelo órgão governamental competente;
- l) Cirurgia plástica, tratamento clínico ou cirúrgico, com finalidade estética ou social, mesmo que justificados por uma causa médica;
- m) Tratamento relacionado com métodos de infertilidade, através das diversas modalidades de inseminação artificial.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA ADESÃO

Será facultado aos beneficiários a adesão ao plano oferecido pela CONTRATADA, objeto desta licitação, que se dará na forma estabelecida neste item.

§ 1º - A adesão dos Beneficiários Titulares será feita mediante a assinatura de um "Termo de Adesão", a ser fornecido pelo CONTRATANTE, no qual deve constar a opção pelo plano oferecido pela CONTRATADA.

§ 2º - A adesão dos Beneficiários Dependentes poderá ser feita pelo respectivo beneficiário titular, mediante a assinatura de um "Termo de Adesão", no qual deve constar a opção pelo plano oferecido pela CONTRATADA.

§ 3º - A adesão dos Beneficiários dependentes deverá se dar no mesmo plano do respectivo Beneficiário Titular, oferecido pela CONTRATADA, cabendo ao CONTRATANTE arcar com a responsabilidade do pagamento, de acordo com a tabela de valores do plano contratado.

§ 4º - Os Beneficiários Dependentes, já incluídos no plano do Beneficiário Titular que venha a

falecer no período de vigência do contrato, poderão permanecer no plano, nos limites e condições estabelecidos no contrato e neste Anexo, desde que seja viúva(o) ou pensionista do beneficiário(a) falecido(a) e autorize o competente desconto em folha de pagamento.

§5º - A Contratada admitirá a transferência de beneficiário titular de um plano de custo menor – no caso o plano contratado - para outro de custo maior, ficando, contudo, sob a responsabilidade do referido beneficiário o pagamento da diferença existente, entre um plano e outro.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA CARÊNCIA

3.1 Não será exigida qualquer forma de carência se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 60 (sessenta) dias, a contar da data de assinatura do contrato.

Findo o prazo disposto no item 3.1, a adesão será permitida, porém estará sujeita ao período de carência, até o limite máximo do disposto na Lei nº 9.656/98 ou Ato normativo da ANS; exceto nos casos previstos no item 3.2.

3.2 Ficam excluídos de quaisquer carências:

- a) Os beneficiários constantes da relação atual do Corecon-DF, nos termos do item 1.6.b.
- b) Aqueles que venham a adquirir a condição de beneficiário, nos termos do objeto deste contrato, após a assinatura do contrato, em função de nascimento, adoção, casamento, união estável, provimento em cargos efetivos e em comissão, guarda, tutela definitiva, etc., desde que manifestada a opção pela inclusão em até 60 (sessenta) dias contados da:
 - b.1) data de entrada em exercício do beneficiário titular do Corecon-DF;
 - b.2) data de nascimento do beneficiário dependente;
 - b.3) data do casamento do beneficiário titular para a inclusão do cônjuge.

Os casos de emergência, como tal demonstrado em declaração do médico assistente;

Os funcionários que vierem a ser contratados pelo Corecon-DF durante a vigência do contrato.

CLAUSULA QUARTA – DO ATENDIMENTO

4.1 O atendimento para a prestação dos serviços desta licitação será realizado tanto no Distrito Federal quanto nas demais localidades do território nacional, nos Consultórios, Hospitais, Clínicas, Laboratórios e serviços próprios ou credenciados, sem limites de utilização ou de valor de espécie alguma, inclusive em UTI e internações em geral, ficando a Contratada obrigada a cobrir todas as despesas com a realização da assistência proposta, caso ela não tenha este serviço credenciado, conforme o disposto no item 3.2.4 deste termo.;

4.2 A Contratada deverá observar, obrigatoriamente, a exigência quanto ao atendimento em nível nacional, a ser prestado, no mínimo, em 2 (dois) municípios, inclusive todas as capitais, por profissionais e/ou estabelecimentos credenciados abrangendo todas as especialidades; Prestação de serviço em âmbito nacional, de todos os serviços exigidos nestas especificações por meio de rede própria e ou credenciada suficiente para atender aos beneficiários do Corecon-DF e/ou nomeados e apresentados, conforme o plano contratado.

4.1.1 A escolha das especialidades e dos profissionais da Rede de Atendimento, será feita mediante consulta em Livro Orientador (Manual), com respectivos nomes, endereços, telefones e demais informações e orientações complementares, disponibilizado a cada Beneficiário.

4.1.2 A CONTRATADA fornecerá ao CONTRATANTE, no prazo de até 5 (cinco) dias úteis após a Adesão do beneficiário, os seguintes documentos para distribuição:

- a) um Manual, um guia, um orientador ou outro instrumento similar, que contenha a relação dos profissionais associados / credenciados / referenciados, com a indicação das especialidades médicas e exames médicos, a relação de hospitais, de centros médicos, casas de saúde e de clínicas, básicas e especializadas, consultórios, laboratórios, etc.; próprios da CONTRATADA ou por ela credenciados, com os respectivos endereços e telefones, para cada Beneficiário, de acordo com o plano de saúde contratado;
- b) um Documento de Identificação específico para cada Beneficiário, que o habilitará ao uso dos serviços previstos no plano de saúde, dentre os oferecidos pela CONTRATADA.

§ 1º - A CONTRATADA se obriga a informar, por escrito, ao CONTRATANTE, qualquer mudança na relação dos profissionais, dos hospitais, dos centros médicos, das casas de saúde, das clínicas, básicas e especializadas, dos consultórios, dos laboratórios, etc.; a que se refere a alínea "a", do *caput* desta cláusula, bem como dos respectivos endereços, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da alteração;

§ 3º - O atendimento será realizado em hospitais, centros médicos, casas de saúde, clínicas, básicas e especializadas, consultórios, laboratórios, etc.; mediante apresentação do Documento de Identificação do beneficiário, fornecido pela CONTRATADA, juntamente com a sua Carteira de Identidade, quando exigível.

§ 4º - O atendimento no consultório particular do médico associado/credenciado/referenciado inclui atendimentos clínicos, curativos, gessados e pequenas intervenções cirúrgicas que não exijam anestesia geral e sejam passíveis de serem realizados em consultórios.

§ 5º - Nos casos de urgência ou emergência, os beneficiários poderão recorrer aos hospitais, centros médicos, casas de saúde e clínicas, próprias ou credenciadas pela CONTRATADA e que disponham de atendimento ambulatorial.

§ 6º As internações serão processadas mediante "Pedido de Internação", feito pelo médico assistente, e "Guia de Internação", expedida pela CONTRATADA, excetuando-se os casos de urgência e emergência.

§ 7º - Os exames complementares de diagnóstico e de tratamento previstos no contrato serão realizados mediante "Pedido de Exame", feito pelo profissional associado/credenciado/ referenciado pela CONTRATADA.

§ 8º - Os procedimentos e os demais serviços previstos no contrato e constantes deste Anexo serão realizados mediante solicitação do profissional associado/credenciado/ referenciado pela CONTRATADA.

§ 9º A contratada deverá atender aos beneficiários fora da localidade de suas residências, em todas as especialidades e procedimentos relacionados no objeto do presente certame licitatório, conforme rede credenciada, nos termos do item 3.2.4 deste contrato.

CLÁUSULA QUINTA – DAS AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

Os procedimentos que necessitem de autorização prévia deverão ser fornecidos pela Contratada no prazo máximo de 3 (três) dias úteis.

CLÁUSULA SEXTA – DOS REEMBOLSOS DE DESPESAS

6.1 Caberá o reembolso de despesas:

- a) Nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços da rede credenciada da Contratada ou nas localidades em que a Contratada não dispuser de rede médica hospitalar, laboratorial e serviços complementares ao diagnóstico, credenciada ou própria, deverá ser assegurado aos beneficiários o reembolso das despesas efetuadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação do requerimento, com consultas, exames, honorários médicos e serviços hospitalares e respectivas notas fiscais.
- b) Nos casos do item anterior, será respeitado como teto 100% (cem por cento) dos respectivos valores de referência da Lista de Procedimentos Médicos da Associação Médica Brasileira em vigor, com medicamentos e materiais utilizados durante o período de internação, de acordo com os preços fixados e publicados no Diário Oficial da União e as taxas hospitalares em consonância com a Tabela da Sociedade Hospitalar local.
- c) Os medicamentos utilizados durante a realização de procedimentos hospitalares cobertos, deverão ser reembolsados de acordo com a Tabela do BRASÍNDICE (<http://www.brasindice.com.br/>).
- d) Os beneficiários, para se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuados, deverão apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:
 - I. contas discriminadas das despesas, incluindo relação de materiais, medicamentos utilizados e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as vias originais das notas fiscais ou faturas;
 - II. vias originais dos recibos e comprovantes de pagamento dos honorários médicos, de assistentes e, se for o caso, de auxiliares e anestesistas em que devem constar os números do CRM, do CPF e do ISS e a discriminação do serviço realizado;
 - III. relatórios médicos, justificando o tratamento e especificando o grau de urgência ou emergência, bem como o tempo de permanência do beneficiário no hospital.

CLÁUSULA SÉTIMA – PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

7.1 O presente contrato terá o preço global máximo previsto de **R\$ xxxxxx (xxxxxxxxxxxxx)**, a ser pago mensalmente, o valor de **R\$ xxxxxx (xxxxxxxxxxxxxxxxx)**, de acordo com o contratado pelo Corecon-DF e mediante a apresentação de nota fiscal.

7.2 O pagamento será efetuado somente após atestação da nota fiscal/fatura, nos termos do edital.

CLÁUSULA OITAVA – ENCARGOS

Correrá por conta da empresa contratada as despesas com encargos trabalhistas, previdenciárias, fiscais e comerciais decorrentes da execução do objeto deste contrato, na forma da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA NONA – DA VIGÊNCIA

O presente instrumento terá 12 (doze) meses de vigência, com início a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, com fundamento no art. 57, Inciso II, da Lei nº 8666/93, tendo validade e eficácia legal após a publicação do seu extrato no Diário Oficial do DF – DODF.

CLÁUSULA DÉCIMA – RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

As despesas com os serviços resultantes do presente Contrato correrão à conta do código nº 3.1.30.02.07 – Serviços de Assistência à Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO REAJUSTE DOS PREÇOS

Os preços contratados serão fixos e irrevogáveis, exceto na hipótese de haver prorrogação de vigência contratual, mediante negociação entre as partes, tendo como limite máximo a variação do IGP/DI-FGV, nos termos da Lei, e na ocorrência de dispensa ou contratação de funcionários, quando haverá diminuição ou aumento do preço global explicitado na Cláusula Sétima, considerados os preços unitários por faixa etária contratados.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS RESPONSABILIDADES

I – DO CONTRATANTE

O Corecon-DF se obriga a:

- a) Efetuar o pagamento dos serviços ajustados, na forma prescrita na Cláusula Sétima do contrato (minuta – anexo I do Edital);
- b) Prestar as informações e esclarecimentos que venham a ser solicitados pela Contratada, para a perfeita prestação dos serviços;
- c) Proporcionar todas as facilidades para que a CONTRATADA possa desempenhar seus serviços dentro das normas preestabelecidas no contrato;
- d) Acompanhar e a manter fiscalização efetiva da execução dos serviços objeto do presente contrato, através de servidor formalmente designado para esse fim, na forma prevista no art.67 da Lei nº 8.666/93;
- e) Avaliar a capacidade operacional da Contratada, sobretudo as reais condições de prestação dos serviços, devendo o fiscal notificá-la, por escrito, toda e qualquer irregularidade observada, nos termos legais;
- f) Atestar as faturas correspondentes, por intermédio do servidor designado, e efetuar o respectivo pagamento nos prazos estabelecidos, se atendidas as demais disposições e condições estipuladas no Contrato;
- g) Relacionar os beneficiários, prestando todas as informações necessárias (principalmente: nome, sexo, faixa etária e qualificação completa), para fins de cadastramento;
- h) Informar periodicamente à Contratada qualquer inclusão ou exclusão de possível Beneficiário, por meio de Termo específico, cujo formulário poderá ser fornecido pela

Contratada, a critério do Contratante;

- i) Comunicar à Contratada, por escrito, os casos em que o Beneficiário, por qualquer motivo perder o direito de atendimento nas condições exigidas na forma do Contrato;
- j) Recolher e devolver, quando possível, na ocasião da exclusão de Beneficiários, assim como no caso de rescisão contratual, as respectivas carteiras de identificação, bem como qualquer documento análogo, fornecido pela Contratada;
- k) Disponibilizar suas instalações, quando for o caso e houver possibilidade, se necessárias à prestação de algum serviço; e,
- l) Rejeitar, no todo ou em parte, os serviços fora do estabelecido e que estejam em desacordo com este contrato.

II – DA CONTRATADA

A CONTRATADA se obriga a:

- a) Assegurar aos beneficiários do Corecon-DF os serviços, de acordo com as condições correspondentes a cada plano, conforme estabelecido no Termo de Referência do qual este Contrato é parte integrante;
- b) Prestar os serviços até 10 (dez) dias a partir da data da assinatura do contrato, aos beneficiários cadastrados pelo Corecon-DF e, a partir de 10 (dez) dias após o cadastramento, aos beneficiários cadastrados posteriormente;
- c) Fornecer aos beneficiários do Corecon-DF documento de identificação constando seus nomes e o plano a que pertencem, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, assegurará aos beneficiários o direito à utilização dos benefícios;
- d) Entregar as carteiras provisórias dos beneficiários ou dependentes na sede ou no local indicado pelo Corecon-DF, no prazo máximo de 10 (dez) dias e as carteiras definitivas no prazo máximo de 15 (quinze) dias, após a entrega das solicitações;
- e) Fornecer um guia médico impresso (manual/orientador) para cada beneficiário constando nome, telefone e endereço dos Médicos, Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios, Institutos e outras entidades da área de saúde e serviços auxiliares credenciados, conforme o domicílio do beneficiário, atualizando-o semestralmente, se for o caso;
- f) Manter a rede de atendimento credenciada em número igual ou superior ao apresentado e, caso haja descredenciamento de qualquer Profissional, Hospital, Casa de Saúde, Clínica, Laboratório ou Centro Radiológico, credenciar outro de mesmo porte e com a mesma capacitação técnica, abrangência e número de leitos, conforme art. 17, §1º, 2ª, 3º, 4º da Lei 9656/98;

- g) Manter preposto especialmente designado para representá-la perante o CONTRATANTE;
- h) Substituir, no prazo máximo de 5 (cinco) dias após notificação, sempre que exigido pelo CONTRATANTE e independentemente de qualquer justificativa por parte deste, preposto seu, cuja atuação, permanência e/ou comportamento sejam julgados prejudiciais, inconvenientes ou insatisfatórios à disciplina da Administração ou ao interesse do Serviço Público;
- i) Manter serviço (emergencial) de atendimento telefônico gratuito, 24 horas por dia, para informações e esclarecimentos dos beneficiários;
- j) Encaminhar mensalmente ao Corecon-DF listagem atualizada dos beneficiários cadastrados, constando os seguintes itens: nome e matrícula do titular e respectivos dependentes ou agregados, data de nascimento e o plano em que estão inscritos;
- k) Apresentar, a cada trimestre, para análise do CONTRATANTE, relatório de utilização e estatística, discriminando cada serviço prestado a cada beneficiário no respectivo período;
- l) Assegurar aos beneficiários titulares que porventura se desligarem do Corecon-DF, ou se aposentarem, e a seus dependentes, a manutenção da condição de beneficiário nos termos e pelo período instituído pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 03.06.98 com as modificações introduzidas pela Medida Provisória nº 2.097-35;
- m) Assegurar aos beneficiários do Corecon-DF, sempre que houver indisponibilidade de leito nos hospitais ou clínicas próprios ou credenciados do Contrato, acomodação em outro estabelecimento de qualidade igual ou superior, sem ônus adicional;
- n) Assegurar a remoção do beneficiário para outro estabelecimento hospitalar, em território nacional, sempre que recomendado pelo médico do paciente sem qualquer ônus adicional;
- o) Assegurar aos dependentes dos beneficiários titulares entre 18 e 21 anos de idade, que porventura percam a condição de estudante, o direito de, ao readquiri-la, retornar à situação de beneficiário dependente até completarem 21 anos;
- p) Arcar com o ônus decorrente de eventuais danos por ela causados, direta ou indiretamente, ao CONTRATANTE ou a terceiros, em função da execução deste contrato;
- q) Responsabilizar-se e assumir os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do presente contrato. A inadimplência da CONTRATADA, com referência a estes encargos, não transfere ao CONTRATANTE a responsabilidade pelo seu pagamento nem poderá onerar o preço ajustado para a execução do objeto deste contrato;
- r) Não transferir ou subcontratar, total ou parcialmente, os serviços objeto deste contrato sem a prévia e expressa anuência do CONTRATANTE; e,

- s) Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – PENALIDADES E VALOR DA MULTA

O atraso injustificado na execução do objeto desta licitação, sujeitará o adjudicado à multa de 10% (dez por cento) sobre o valor da nota fiscal e esta será descontada da fatura a ser paga, não impedindo sua aplicação na rescisão unilateral por parte do Corecon-DF, se assim desejar, além das outras sanções previstas na Lei nº 8.666/93.

- a) O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas caracterizará a inadimplência da adjudicatária/contratada sujeitando-a as seguintes penalidades:
- a.1) advertência;
 - a.2) multa de 10% (dez por cento) sobre o valor da nota fiscal; e,
 - a.3) suspensão temporária da participação em licitação e impedimento de contratar com o Corecon-DF pelo prazo de 02 (dois) anos.
- b) Na aplicação de penalidade prevista no subitem 13.1.3, será facultada a defesa prévia do interessado ao respectivo processo, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados a partir da sua notificação.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – ALTERAÇÃO

O presente Contrato poderá ser alterado pelo Corecon-DF ou por acordo entre as partes, nas hipóteses previstas nos incisos I e II, do art. 65, da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – RESCISÃO

Por estrita conveniência do Corecon-DF o presente instrumento poderá ser rescindido, a qualquer tempo, por iniciativa do Corecon-DF, independentemente de aviso, interpelação ou notificação extrajudicial, e, em conformidade com os artigos 77 e 78, da Lei nº 8.666/93, reconhecendo a CONTRATADA neste ato, os direitos do Corecon-DF no caso de rescisão administrativa, conforme art. 55, inciso IX, combinado com o art. 77, ambos da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – NORMAS E DOCUMENTOS QUE INTEGRAM O CONTRATO

Faz parte deste instrumento o Edital e a Temo de Referência, as especificações e os elementos que as acompanham, cujas disposições devem ser integralmente cumpridas, mesmo que aqui não tenham sido reproduzidas ou contempladas.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DOS CASOS OMISSOS

Este contrato regula-se pela Lei 8.666/93, pelas suas cláusulas e pelos preceitos de Direito Público, aplicando-lhe, supletivamente, os princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições de Direito Privado.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – FORO

Fica eleito o foro de Brasília, no Distrito Federal para os litígios porventura decorrentes deste contrato. E, por estarem de pleno acordo com o estabelecido, firmam o presente Contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Brasília,



ECON. Carlos Eduardo de Freitas
Presidente
Conselho Regional de Economia da 11ª
Região-DF

CONTRATADA

Testemunhas;

1. _____
Nome:
CPF:

2. _____
Nome:
CPF: