



SINSPMAR
Sindicato dos Servidores Públicos
Municipais de Angra dos Reis

EDITAL 002/2024

ANEXO I

PROJETO BÁSICO

1. OBJETO

O presente procedimento administrativo tem por objeto **realizar a contratação de empresa administradora de benefícios**, para prestação dos seguintes serviços:

1.1. Apresentação de oferta/proposta de planos de saúde coletivo, por adesão, por intermédio da contratação de empresa operadora de planos de saúde, devidamente autorizada pela agência nacional de saúde suplementar – ANS objetivando garantir recursos e rede de serviços, em prestação continuada, com a finalidade de assegurar assistência à saúde aos servidores ativos, inativos e pensionistas, do poder executivo do município de Angra dos Reis, incluídos os pertencentes à administração indireta, sejam eles efetivos, comissionados, temporários ou celetistas, com vínculo, por categoria profissional, junto ao SINSPMAR – sindicato dos servidores públicos municipais de Angra dos Reis, que assegure melhor custo benefício aos beneficiários.

1.1.1. É exigido, no mínimo, do plano de saúde ofertado, cobertura nos seguintes produtos e serviços: prestação de assistência médica, paramédica, ambulatorial e hospitalar, com ou sem obstetrícia, padrão de enfermagem e/ou quarto individual, emergência e urgência, psiquiatria, auxiliares de diagnósticos, laboratorial e terapia, internações clínicas e cirúrgicas, unidades de terapia intensiva – UTIS todos exclusivamente para atendimento no país, por meio de sua rede própria e/ou credenciada, devidamente autorizadas pela agência nacional de saúde suplementar – ANS na forma disciplinada pela lei nº 9.656, 03 de junho de 1998, e suas alterações.

1.2. Gestão do contrato da operadora de plano de saúde eleita, observando os seguintes serviços e atividades complementares:

1.2.1. Recebimento, análise e processamento das propostas e documentos de adesão, alteração e exclusão, de acordo com os critérios de elegibilidade definidos pelo contratante;

1.2.2. Criar e manter cadastro individual dos beneficiários e seus dependentes;

1.2.3. Prestar serviços de assessoria administrativa sobre os direitos previstos na legislação de saúde suplementar para consumidores de planos de saúde coletivos;



- 1.2.4. Disponibilizar e manter local com estrutura de atendimento presencial ao consumidor/beneficiário do plano de saúde coletivo contratado;
- 1.2.5. Disponibilizar e manter canal de ouvidoria com atendimento de segunda-feira a sexta-feira de 8h às 18h para atendimento remoto ao consumidor/beneficiário do plano de saúde coletivo contratado;
- 1.2.6. Suporte técnico;
- 1.2.7. Fornecer gratuitamente a primeira via do cartão de identificação do plano, o manual de orientação para contratação de plano de saúde, o guia de leitura contratual, o manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de assistência médico-hospitalar (hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos beneficiários/usuários pela operadora contratada pela empresa administradora de benefícios), por meio físico ou virtual;
- 1.2.8. Promover ampla publicidade aos beneficiários da operadora de plano de saúde eleita, e seus serviços contratados;
- 1.2.10 efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva disponibilizados pela operadora contratada pela administradora de benefícios para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- 1.2.11. Designar 02 funcionários/encarregados responsáveis para representá-la na execução do serviço, que deverá ser o elemento de contato entre a administradora de benefícios e o SINSPMAR;
- 1.2.12. Execução, realização e aquisição de bens e serviços necessários à eficiência de cumprimento das obrigações do contrato;
- 1.2.13. Disponibilizar um canal de comunicação direto para contato do beneficiário (por telefone e/ou por e-mail), visando esclarecimentos, além de denúncias de irregularidade na prestação dos serviços, as quais devem ser repassadas a operadora;
- 1.2.14. Encaminhar mensalmente ao SINSPMAR comprovante de quitação das obrigações financeiras perante a operadora de planos de saúde, contendo a relação nominal dos beneficiários titulares ativos;
- 1.2.15. Negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto à operadora contratada, assuntos relacionados com a administração do plano de saúde eleito, especialmente o reajuste das mensalidades dos planos, a aplicação dos mecanismos de regulação estabelecidos pela operadora dos



planos privados empresariais e a alteração de rede assistencial;

1.2.16. Emitir relatórios gerenciais, incluindo percentual de sinistralidade da carteira, perfil etário, indicadores de utilização e outras informações que se façam relevantes; disponibilizado através de sistema *business intelligence*.

1.2.17. A administradora de benefícios deverá manter 03 postos de atendimento presencial de apoio, no município de Angra dos Reis, nos seguintes bairros: Centro, Jacuecanga e Frade, com horário de atendimento das 13h às 19h, de segunda-feira a sexta-feira, pelo prazo de duração do contrato, para atendimento aos beneficiários, no sentido de orientar e esclarecer dúvidas sobre a rede própria/credenciada e cobertura do plano e carencias.

1.3 São normas de atendimento obrigatório, as legislação correlatas registradas pelas resoluções da agência nacional de saúde suplementar – ANS nº 309, de 24 de outubro de 2012, pela Resolução normativa nº 428, de 7 de novembro de 2017, pela Resolução normativa nº 438, de 03 de dezembro de 2018, pela resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009, e pela resolução nº 196, de 14 de julho de 2009, todas da agência nacional de saúde suplementar, bem como as demais exigências previstas neste edital e seus anexos, orientações e especificações técnicas e demais orientações posteriores, pertinentes ao assunto.

2 JUSTIFICATIVA

2.1. Como ação preventiva e com foco na qualidade de vida do servidor, é determinante possibilitar o acesso à assistência à saúde sempre que necessário. A saúde suplementar no Brasil oferece assistência médica, hospitalar privada através das operadoras de planos de saúde.

2.2. Diante do elevado número de leis e normas reguladoras, que disciplinam a matéria sobre o plano de saúde suplementar, em especial a necessidade de atualizações e elementos específicos de utilização dos serviços e produtos, esta contratação tem por objetivo a contratação de uma administradora de benefícios, para que assim sejam obtidas melhores opções na prestação de serviço, aliada à possibilidade do melhor custo benefício.

2.3. Por fim, evidenciamos que o objeto será melhor atendido pela contratação única e exclusiva da melhor administradora de benefícios, que em condição padronizada, escolha o melhor tipo de plano, de uma mesma operadora.

3 OS BENEFICIÁRIOS

3.1. São considerados beneficiários titulares os servidores ativos, inativos e pensionistas, do



SINSPMAR
Sindicato dos Servidores Públicos
Municipais de Angra dos Reis

poder executivo do município de Angra dos Reis, incluídos os pertencentes à administração indireta, sejam eles efetivos, comissionados, temporários ou celetistas, **com vínculo, por enquadramento sindical da categoria profissional, junto ao SINSPMAR.**

3.1.1. Os servidores ativos e inativos, os pensionistas, os ocupantes de cargos de natureza especial e comissionados da administração direta e indireta do município de Angra dos Reis, titulares de plano de saúde particular, poderão requerer a inclusão de seus dependentes, mediante solicitação expressa de adesão e com obrigação exclusiva de pagamento, cobrada na forma de consignação, em folha de pagamento.

3.1.2. Quando o beneficiário titular solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde suplementar a que estiver vinculado, seus dependentes serão automaticamente excluídos e será exigida, nessa hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição de seus dependentes.

4. DA ADESÃO E DO RETORNO AOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

4.1. A adesão ao plano de assistência à saúde contratado, é automática e será destinada aos servidores ativos, inativos e pensionistas, do poder executivo do município de Angra dos Reis, incluídos os pertencentes à administração indireta, sejam eles efetivos, comissionados, temporários ou celetistas, **com vínculo, por enquadramento sindical da categoria profissional, junto ao SINSPMAR.**

4.1.1. O rol dos beneficiários titulares será apresentado pelo SINSPMAR através de documento oficial contendo a lista nominal dos servidores, que terá adesão automática.

4.1.2. O rol de beneficiários deverá ser atualizado, mensalmente, pelo SINSPMAR de acordo com o fluxo de movimentações.

4.2. A administradora de benefícios contratada figurará na condição de estipulante e será a gestora administrativa, situação formalizada mediante contrato de prestação de serviços.

4.3. A administradora de benefícios deverá oferecer planos com isenção de carência para todos os beneficiários titulares nas adesões realizadas em até 30 (trinta) dias, contados da data de início de vigência da implantação do plano de saúde objeto do presente documento. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas, conforme regulamentação da ANS.

4.4. Os beneficiários titulares de plano de assistência à saúde não serão excluídos com a aposentadoria, salvo se solicitarem expressamente sua exclusão, o que implicará na exclusão também de seus dependentes e agregados.



4.5. Os dependentes que adquirirem essa condição após a inclusão dos servidores ativos e inativos, por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade, terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no citado plano, sob pena do cumprimento da carência, conforme regulamentação da ANS.

4.6. Fica sujeito ao cumprimento de carência o retorno de beneficiários, de qualquer natureza, e seus dependentes cuja exclusão tenha sido solicitada voluntariamente ou tenha se dado por motivo de inadimplência.

4.7. Poderá haver transferência de plano inferior para superior, ou vice-versa, desde que obedecidas as condições estabelecidas pela operadora, conforme ofertado/disponibilizado pela administradora de benefícios.

5. DO CANCELAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

5.1. A exclusão do beneficiário titular no plano de assistência à saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição, licença sem vencimento, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, falecimento, e outras situações previstas em lei.

5.2. A administradora de benefícios poderá promover a rescisão unilateral do contrato do plano de saúde dos beneficiários titulares, por fraude ou inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, desde que o SINSPPMAR seja, comprovadamente, notificado até o 50º (quingüagésimo) dia de inadimplência.

5.3. A administradora de benefícios poderá promover a rescisão unilateral do contrato do plano de saúde dos beneficiários dependentes, por fraude ou inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, desde que o beneficiário titular seja, comprovadamente, notificado até o 50º (quingüagésimo) dia de inadimplência.

5.4. É de responsabilidade dos beneficiários titulares solicitar, formalmente, à administradora de benefícios, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

5.5. O cancelamento do beneficiário titular implica no cancelamento de todos os beneficiários dependentes e do grupo familiar.

6. DA CARÊNCIA

6.1. Aos servidores beneficiários titulares e seus dependentes que aderirem aos planos de



assistência à saúde no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação da operadora, será oferecida a isenção de carência conforme termos da RN 557/2022 ANS

7 DA PORTABILIDADE

7.1. A administradora de benefício deverá observar e garantir a portabilidade de carências conforme prevista nas regras DA ANS.

7.1.1. É um direito do beneficiário realizar esse processo de forma individual e de maneira em que não haja interferência da administradora. Em caso de portabilidade de carências, a única ação da administradora, se acionada, será providenciar a carta de permanência do plano atual. Os demais passos são todos dados pelo próprio beneficiário junto à nova operadora de destino que se dará de acordo com a norma de vigência estabelecida pela ANS (RN nº 252/2011 e alterações posteriores).

8 DAS EXCLUSÕES

8.1 As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na lei nº 9.656/98, e nas resoluções da agência nacional de saúde suplementar.

9 DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

9.1. Os atendimentos de emergência e urgência na forma da legislação específica, sem prejuízo daqueles descritos a seguir:

9.1.1. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

9.2. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras 24 (vinte e quatro) horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente.

10. DAS ACOMODAÇÕES

10.1. Nas acomodações será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede própria/credenciada pela operadora contratada pela administradora de benefícios, dependendo do tipo de plano aderido, independente da terminologia usada pelas instituições hospitalares, conforme a seguir:

10.1.1. Plano básico: plano ambulatorial e hospitalar, com acomodação em enfermaria.

10.1.2. Plano especial: compreende o plano básico, mas com acomodação em apartamento



individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante, conforme resolução vigente da ANS.

10.2. A administradora de benefícios poderá ofertar adicionalmente aos produtos apresentados para atender às exigências deste projeto, outros planos de saúde com condições contratuais diferenciadas, desde que observados os requisitos mínimos exigidos neste projeto básico

11. DA UTI MÓVEL (PRONTO SOCORRO MÓVEL)

11.1. A administradora de benefícios deverá oferecer plano de saúde que contemple o serviço de UTI MÓVEL aos beneficiários, sendo este um item obrigatório deste projeto básico.

12. REDE PRÓPRIA E/OU CREDENCIADA

12.1. A rede de atendimento disponibilizada pela operadora contratada pela administradora de benefícios deverá oferecer no mínimo 1 (uma) unidade hospitalar própria ou credenciada, no município de Angra dos Reis.

12.2. A operadora de plano de saúde contratada pela administradora de benefícios para execução do presente projeto básico, deverá oferecer a rede própria/credenciada, estadual ou nacional, de assistência médico- hospitalar, contemplando atendimentos em hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

12.3. Será obrigatório manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta, sendo facultado à administradora de benefícios, em momento posterior à assinatura do contrato de prestação de serviços, disponibilizar operadoras e/ou produtos com a finalidade de ampliar o atendimento oferecido.

13. OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

13.1. São obrigações da administradora de benefícios, sem prejuízo daquelas já indicadas no item 01 deste projeto básico:

13.1.1.1 Aplicação de mecanismos de regulação estabelecidos pelas operadoras dos planos privados de assistência à saúde;

13.1.1.2 Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas no contrato de prestação de serviços, na legislação de saúde suplementar e na proposta de adesão;

13.1.1.3 Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços e, na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, de forma a evitar a descontinuidade do atendimento aos usuários.



SINSPMAR
Sindicato dos Servidores Públicos
Municipais de Angra dos Reis

13.1.1.4 Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial na forma especificada na proposta de adesão dos beneficiários, e, responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços à operadora escolhida.

13.1.1.5 Visando a prestação de contas, a administradora de benefícios deverá apresentar, trimestralmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante a operadora de plano de saúde.

13.1.1.6 Informar, por meio de carta (digital e/ou física), aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pela operadora de plano de saúde contratada pela administradora com antecedência mínima de 30 dias.

13.1.1.7 Efetivar, quando solicitado, o aproveitamento de carências, conforme legislação em vigor.

13.1.1.8 Fornecer a declaração anual de quitação, relacionando os pagamentos mensais e o total dos dependentes.

13.1.1.9 Comunicar os beneficiários, por meio de carta (digital e/ou física), com antecedência mínima de 30 dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 anos, ou 24 anos para estudantes.

13.1.1.10 A administradora de benefícios contratada deverá proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no crm, observando o que dispõe a rn ans 255/2011.

13.1.1.11 Após assinatura do contrato comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;

13.1.1.12 Informar os beneficiários, por meio de carta (eletrônica e/ou física) ou outro meio de comunicação digital, sobre situações e pendências cadastrais ou financeiras que possam acarretar o cancelamento do plano de saúde contratado.

13.1.1.13 Acompanhar e fiscalizar a atuação da operadora perante os beneficiários, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes, bem como a disponibilização da rede credenciada.

13.1.1.14 Prestar apoio, incentivar ou executar, quando solicitado pelo SINSPMAR, ações de saúde preventiva, bem como de qualidade de vida dos beneficiários, sem ônus financeiro para o SINSPMAR.

13.1.1.15 Manter, durante a vigência do contrato de prestação de serviços, todas as condições que ensejaram a contratação da instituição, particularmente ao que se refere à atualização de documentos e as condições exigidas por ocasião da realização de inspeções.

13.1.1.16 Comunicar ao gestor deste instrumento, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências



anormais verificadas na execução dos serviços, bem como a mudança de endereço de suas instalações físicas;

13.1.1.17 Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela fiscalização, com os seguintes dados:

- a) Perfil demográfico da carteira;
- b) Relatório de sinistralidade;
- c) Indicadores sobre a utilização;
- d) Beneficiários;
- e) Prestadores;
- f) Índices de reajustes aplicados pela operadora;

13.1.1.18 Poderão ser solicitados relatórios para divulgação pública, garantindo a transparência do contrato de prestação de serviços, respeitados os sigilos impostos pela legislação;

13.1.1.19 A administradora de benefícios poderá manter nas dependências do SINSPMAR, em Angra dos Reis/RJ, posto de apoio para atendimento aos servidores, podendo ser de forma fixa, em dias determinados ou em eventos específicos.

14 OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA POR MEIO DE SUAS OPERADORAS

14.1 São obrigações da administradora por meio da operadora escolhida:

14.1.1 Caberá à operadora contratada pela administradora de benefícios, além das responsabilidades resultantes do contrato de prestação de serviços celebrados entre o SINSPMAR e a administradora de benefícios, cumprir os dispositivos da lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, com suas alterações e das resoluções da agência nacional de saúde suplementar – ans nº 428, de 7 de novembro de 2017, nº 309, de 24 de outubro de 2012, nº 196, de 14 de julho de 2009, nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela rn nº 200, de 13 de agosto de 2009; das orientações e especificações técnicas constantes neste projeto básico, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados, bem como atualizações posteriores.

14.1.2 Oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 (vinte e quatro) horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico.

14.1.3 Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados.

14.1.4 Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência da prestação de serviços.



14.1.5 Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato de prestação de serviços com a administradora de benefícios, sendo certo que em caso de alteração, deverão ser substituídos por prestadores de tão boa qualidade quanto os anteriormente apresentados.

14.1.6 Fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários, bem como encaminhar, mensalmente, relatório com o quantitativo de servidores ativos nos planos de saúde do SINSPPMAR.

14.1.7 Oferecer os serviços de "disque 24 horas", para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

14.1.8 Informar, por meio de carta (digital e/ou física), aos beneficiários sobre inadimplências e eventuais cancelamentos, com antecedência.

15 OBRIGAÇÕES DO SINSPPMAR

15.1 São obrigações do SINSPPMAR, sem ônus financeiro para a administração:

15.1.1 Colocar à disposição da administradora de benefícios informações e dados cadastrais dos beneficiários qualificados no objeto do presente contrato de prestação de serviços que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;

15.1.2 Permitir à administradora de benefícios a divulgação de sua carteira de benefícios junto aos beneficiários de que trata o objeto do presente contrato de prestação de serviços por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

15.1.3 Permitir aos profissionais da administradora de benefícios o acesso às dependências do SINSPPMAR, mediante prévia autorização e identificação, para orientar e explicar aos beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência do presente contrato de prestação de serviços.

15.1.4 Acompanhar e fiscalizar a execução do contrato de prestação de serviços, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do contrato e será exercida por um representante do SINSPPMAR especialmente designado, comunicando as ocorrências de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas à autoridade superior.

16 REQUISITOS TÉCNICOS PARA CONTRATAÇÃO



16.1 As empresas administradoras de benefícios interessadas em firmar contrato de prestação de serviços com o SINSPMAR deverão cumprir as seguintes condições:

16.2 Estar devidamente registrada na ANS como administradora de benefícios, conforme exigência da RN ANS nº 196/2009, e possuir autorização de funcionamento;

16.3 Possuir mais de 80.000 (oitenta mil) vidas (beneficiários) em carteira, conforme comprovação apresentada durante o processo de seleção;

16.4 Estipular plano(s) de operadora(s) prestadora(s) dos serviços de saúde, devidamente registrada na ANS que ofereçam aos servidores públicos municipais pertencentes a categoria profissional representada do SINSPMAR, a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde, na forma da lei 9658/98 e todos complementos publicados pela ANS e neste projeto básico;

16.5 Comprovar, através de atestados de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde em número igual ou superior por intermédio de operadoras devidamente registradas na ANS;

16.5.1. É permitido o somatório de atestados.

16.6 Apresentar declaração de não possuir em seu quadro de pessoal, menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de 14 (catorze) anos em qualquer tipo de trabalho;

17 DA VIGÊNCIA E DO REAJUSTE

17.1 O prazo de vigência da prestação do serviço objeto deste documento será de 12 (doze) meses.

17.2 O prazo estabelecido no item anterior, para assinatura do contrato de prestação de serviços, poderá ser prorrogado por iguais e sucessíveis períodos, sendo certo que a renovação se dará mediante carta de interesse das partes.

17.3 Observando o disposto na RN ANS nº 565, e demais normas em vigor, os preços dos planos contratados pelo SINSPMAR poderão ser objeto de reajuste, observado o transcurso mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora, bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 80% (oitenta por cento).



17.4 Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados pela administradora de benefícios, comunicando ao SINSPMAR, diretamente ao presidente.

18 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

18.1 Conforme termo de convênio nº 0001/2004 as despesas decorrentes do presente correrão à conta da ficha: 20242432, dotação orçamentária 20.2005.02.122.0204.2797.33503958.15000000 e plano de trabalho 2797;

18.2 Na forma da Lei Municipal nº 4196/2023, regulamentada pelo decreto municipal nº 13.555/2023, o pagamento da mensalidade do plano de assistência à saúde é de responsabilidade exclusiva do município de Angra dos Reis, mediante repasse mensal ao SINSPMAR dos recursos necessários à execução do auxílio saúde suplementar, e será realizado com 10 (dez) dias de antecedência da data firmada em contrato para pagamento dos serviços contratados

18.3 O SINSPMAR realizará o pagamento mediante boleto bancário emitido mensalmente pela administradora de benefícios, no prazo de 10 dias após a emissão.

19 DO INÍCIO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

19.1 Após assinatura do contrato de prestação de serviços, a administradora de benefícios vencedora tem até 70 (setenta) dias para iniciar o oferecimento da prestação dos serviços aos beneficiários.

20 DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1 A administradora de benefícios, por meio da operadora dos planos de saúde, reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, sem prejuízo do item 12.3 e obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da lei nº 9.656, de 1998.

20.2 O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionadas na rede de serviço da operadora de plano de saúde contratada pela administradora de benefícios, de acordo com o plano eleito, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à operadora efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

20.3 A operadora de plano de saúde contratada pela administradora de benefícios poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos, conforme disposto em contrato ou convênio,

devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

20.4 Nos casos em que a operadora de plano de saúde contratada pela administradora de benefícios estabelecer autorização prévia, deverão ser atendidos os requisitos do art. 3º da rn nº 259, de 17 de junho de 2011, e alterações posteriores.

20.5 Nos casos em que seja necessária a avaliação por junta médica, será conforme previsto na RN 424/2017 cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

20.6 É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

20.7 Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar, por vontade da operadora de plano de saúde contratada pela administradora de benefícios, durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

20.8 No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

20.9 A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade, na forma da RN 566 DA ANS

20.10 A operadora de plano de saúde contratada pela administradora de benefícios não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

20.11 Casos omissos neste projeto básico deverão seguir a legislação em vigor sobre o assunto.

20.12 Os casos omissos ou ambíguos na legislação serão dirimidos pela comissão de avaliação, em conjunto com a administradora de benefícios, devendo sempre ser seguida a legislação em vigor sobre o assunto.

Angra dos Reis, 19 de março de 2024



SINSPMAR
Sindicato dos Servidores Públicos
Municipais de Angra dos Reis

Comissão de avaliação

EDITAL 002/2024 – PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PROJETO BÁSICO

ENCARTE A

DECLARAÇÃO

A) _____ (razão social),
CNPJ Nº _____, com sede na _____
_____ (logradouro), nº _____,
(complemento), _____ (bairro), _____ (município),
_____(UF), CEP nº: _____, por intermédio de seu/sua representante legal o(a)
Sr.(a) _____,
_____ (nacionalidade) _____ (estado Civil), _____ (profissão), portador
(a) da Carteira de Identidade nº _____, expedida por _____,
e devidamente cadastrado no CPF nº _____, **DECLARA,**
perante a Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a sua
habilitação no presente processo de seleção simplificado.

Estamos ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

_____, de _____ de 20 _____

(nome e número da identidade do declarante)



**EDITAL 02/2024 – PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO
PROJETO BÁSICO**

ENCARTE B

D E C L A R A Ç Ã O

B) _____ (razão social),
CNPJ Nº _____, com sede na _____
_____ (logradouro), nº _____,
(complemento), _____ (bairro), _____ (município),
_____(UF), CEP nº: _____, por intermédio de seu/sua representante legal o(a)
Sr.(a) _____,
_____ (nacionalidade) _____ (estado Civil), _____ (profissão), portador
(a) da Carteira de Identidade nº _____, expedida por _____,
e devidamente cadastrado no CPF nº _____, **DECLARA,**
para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de
1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, regulamentada pelo
Decreto 4.358/2002, que **não emprega** menor de dezoito anos em trabalho
noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezasseis anos.

Em caso afirmativo, assinalar a ressalva:

Ressalva: () **emprega menor**, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz

_____, de _____ de 20_____

(nome e número da identidade do declarante)