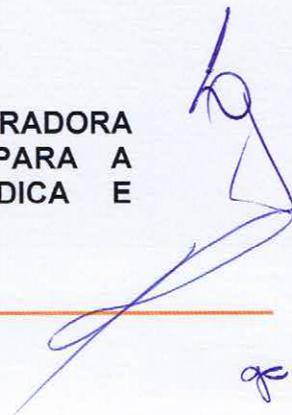


Termo de Contrato que entre si celebram o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL GRANDE ABC** e a empresa **BRADESCO SAÚDE S/A**, que tem por objeto a **CONTRATAÇÃO DE OPERADORA DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR, PARA OS EMPREGADOS DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL GRANDE ABC E RESPECTIVOS DEPENDENTES, NOS TERMOS DA LEI FEDERAL Nº 9.656/1998 E ALTERAÇÕES POSTERIORES**, decorrente do Processo de Compras nº 010/2015.

Pelo presente instrumento, de um lado o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL GRANDE ABC**, associação pública com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, inscrito no CNPJ/MF sob n. 58.151.580/0001-06, com sede na Av. Ramiro Colleoni, 05, Centro, Santo André – SP, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo Presidente, Prefeito do Município de Rio Grande da Serra, Sr. **LUIS GABRIEL FERNANDES DA SILVEIRA**, inscrito no CPF/MF sob n. 147.294.068-77, portador da CI n. 22.149.129-6 expedida pela SSP/SP, doravante denominado simplesmente **CONSÓRCIO** e, de outro lado, **BRADESCO SAÚDE S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n. 92.693.118/0001-60, com sede na Rua Barão de Itapagipe, n. 225 – Parte – Rio Comprido – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.261-000, neste ato representada por seu Procurador, Sr. **ALBERT MEDEIROS BRASIL**, devidamente inscrito no CPF/MF sob n. 339.207.578-74, portador da CI n. 32261063 SSP/SP, doravante referida simplesmente como **CONTRATADA**, as quais, perante testemunhas adiante nomeadas e assinadas, resolvem firmar o presente contrato, com dispensa de licitação com fulcro no art. 24, V da Lei 8.666/93 fundamentada no Processo de Compras n. 010/2015, nos termos das disposições a seguir discriminadas

CLÁUSULA PRIMEIRA DO OBJETO

- 1.1 Constitui objeto do presente contrato a **CONTRATAÇÃO DE OPERADORA DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E**



HOSPITALAR, PARA OS EMPREGADOS DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL GRANDE ABC E RESPECTIVOS DEPENDENTES, NOS TERMOS DA LEI FEDERAL Nº 9.656/1998 E ALTERAÇÕES POSTERIORES, conforme condições do Anexo I – Termo de Referência e Proposta da Contratada.

CLÁUSULA SEGUNDA DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

2.1 Planos de Saúde:

- a) PLANO PADRÃO– Consiste no atendimento de todas as disposições contidas neste TERMO DE REFERÊNCIA, sendo que nos hospitais relacionados, as acomodações serão em enfermaria com até 03 (três) leitos.

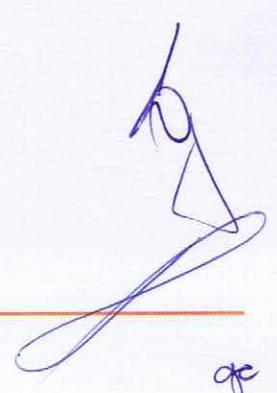
Rede Obrigatória

- ✓ Hospital e Maternidade Brasil e/ou Hospital e Maternidade Dr. Christovão da Gama (Santo André)*;
- ✓ Hospital e Maternidade Assunção e/ou Hospital São Bernardo (São Bernardo do Campo)*;
- ✓ Hospital Nossa Senhora de Fátima (Hospital Beneficência Portuguesa de São Caetano do Sul)*
- ✓ Innova Hospitais Associados (Diadema)*
- ✓ Hospital América (Mauá)*
- ✓ Hospital Ribeirão Pires (Ribeirão Pires)*;

- A Contratada deverá manter o credenciamento de no mínimo 50% das entidades abaixo indicadas como Rede Complementar, sendo obrigatório o credenciamento das entidades acima indicadas com asterisco.

Rede Complementar

- ✓ Hospital e Maternidade São Camilo – Ipiranga;
- ✓ Hospital Paulista;
- ✓ Hospital SEPACO;
- ✓ Hospital Cruz Azul;
- ✓ Hospital Igesp;
- ✓ Hospital Santa Helena;
- ✓ Hospital Bandeirantes;
- ✓ CEMA;
- ✓ Hospital Inglês;
- ✓ Hospital Avicena;
- ✓ Hospital Alvorada (Unid. Materno Infantil);
- ✓ Hospital ABC (Itacolomy);



- ✓ Hospital IFOR;
- ✓ Hospital e Maternidade Central – SCS;
- ✓ IBCC;
- ✓ Hospital e Maternidade Casa Verde;
- ✓ GRAACC;
- ✓ Hospital Portinari;
- ✓ Hospital Nipo Brasileiro;
- ✓ Hospital do Rim e Hipertensão;
- ✓ Hospital Dante Pazzanese;
- ✓ Hospital Dom Antonio Alvarenga;
- ✓ Hospital Ruben Berta;
- ✓ Hospital Bezerra de Menezes; e
- ✓ Hospital Cantareira;
- ✓ Hospital Leforte;
- ✓ Hospital Santa Isabel;
- ✓ Hospital Ana Costa;
- ✓ Hospital São Lucas;

b) PLANO OPCIONAL – Consiste no atendimento de todas as disposições contidas acima para o Plano PADRÃO, sendo que as acomodações serão em apartamento individuais e com banheiro privativo.

2.1.1 No caso de internação para beneficiários menores de 18 (dezoito) anos (Estatuto da Criança e do Adolescente) e acima de 60 (sessenta) anos (Estatuto do Idoso) será concedida acomodação para acompanhante, conforme legislação vigente.

2.1.2 A diferença de valores entre o Plano Padrão e o Plano Opcional escolhido pelo beneficiário, será descontada em Folha de Pagamento.

2.1.3 Não haverá limite de idade para os Titulares e Dependentes, observando o disposto no item 2.3.1 – alínea “b”.

2.1.4 A cobertura Global será imediata e sem carência.

2.1.5 As internações, também contemplarão os serviços de enfermagem, nutrição, diagnósticos e tratamento, incluindo os centros e unidades especializadas em terapia intensiva, coronariana, neonatal e hemodiálise para os casos de insuficiência renal aguda.

2.1.6 Será prestado atendimento de acidente pessoal aos beneficiários.

2.1.7 Atendimento deverá ter cobertura estadual, porém com atendimento de urgência e emergência em todo território nacional para beneficiários em trânsito, através de convênio com uma rede credenciada ou atendimento realizado pelo sistema ABRAMGE, conforme estabelece o rol de procedimentos previstos pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), referente à Lei n.º 9.656/98.

2.2 DA UTILIZAÇÃO DOS PLANOS, CONDIÇÕES E CARÊNCIAS

2.2.1 A Contratada se obriga a aceitar o grupo de beneficiários (titulares e dependentes) informados pela Contratante, sem a realização de exames independentemente de seu estado de saúde e de sua faixa etária, bem como o ingresso de novos beneficiários, não cabendo exigência de um número mínimo para imediata inclusão.

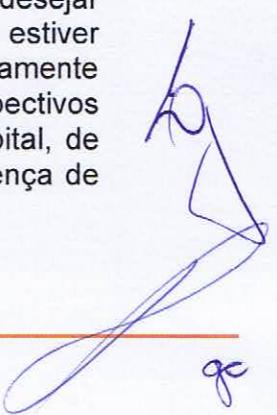
2.2.2 Em caso de pronto atendimento de urgência e emergências, internação para tratamentos clínicos e eventos cirúrgicos e obstétricos, os beneficiários do Plano Padrão, serão internados em estabelecimentos hospitalares próprios, filiados ou credenciados, em qualquer dia da semana e em qualquer horário, sem nenhuma restrição, em enfermaria, permanecendo no hospital até sua plena recuperação.

2.2.3 Quando o beneficiário do Plano Padrão estiver em trânsito e em caso de urgência e emergência, e se não houver serviços credenciados, poderá, o mesmo, utilizar-se de livre escolha, dos serviços existentes no local, em enfermaria ou apartamento. No caso do Plano Opcional da Operadora, a operadora poderá fazer a transferência do paciente para um hospital de sua rede credenciada.

2.2.4 No caso do beneficiário, titular e/ou dependente, encontrar-se em trânsito, fora da área de cobertura e desde que não existam serviços credenciados no local, as despesas ocorridas no atendimento de urgência e emergência em Hospital não credenciado, serão ressarcidas pela Tabela Médica Hospitalar da Contratada, sendo que os honorários serão baseados na Tabela AMB 92.

2.2.5 Não haverá limite de diárias hospitalares, inclusive em UTI, em quaisquer planos.

2.2.6 Havendo disponibilidade de instalações, se o beneficiário desejar internação em acomodação de categoria superior a que estiver cadastrado, e/ou serviços extraordinários não especificadamente cobertos pelos termos do Contrato, o pagamento dos respectivos custos será efetuado pelo beneficiário, diretamente ao hospital, de acordo com as tabelas e normas do mesmo, inclusive diferença de honorários médicos.

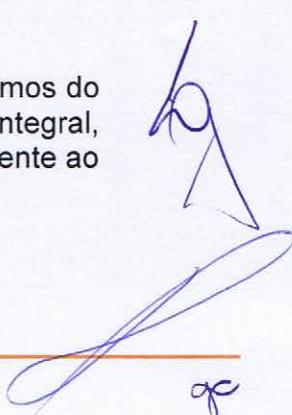


- 2.2.7 Todos os prontos-socorros credenciados deverão prestar atendimento 24 (vinte e quatro) horas, realizando exames e intervenções necessários para conclusão diagnóstica, evitando-se transferências desnecessárias para outros recursos, até o paciente receber alta médica.
- 2.2.8 Não deverá ser imposta carência de qualquer espécie, aos beneficiários por ocasião da implantação do Plano de Assistência Médica e Hospitalar contratado.
- 2.2.9 A inclusão no plano do titular de novos dependentes nos casos de nascimentos de filho (a), adoção ou tutela ou da apresentação do cônjuge ou companheiro (a) deverá ocorrer sem necessidade do cumprimento de carências, para utilização dos serviços contratados, se efetuada em até 30 (trinta) dias corridos do evento.
- 2.2.10 O beneficiário titular e/ou dependente que optar por não aderir ao Plano dentro das condições estipuladas nos itens 2.2.11 e 2.2.12, estará sujeito às carências nos termos da Lei nº 9.656/98, caso queira aderir posteriormente.
- 2.2.11 Os beneficiários inscritos poderão optar pela mudança de plano sem carência uma vez ao ano, durante a vigência corrente do Contrato.
- 2.2.12 O beneficiário titular e seus respectivos beneficiários dependentes, obrigatoriamente deverão estar cadastrados no mesmo Plano, cabendo a opção do Plano ao próprio beneficiário titular.
- 2.2.13 A CONTRATADA proporcionará remoções (terrestres) em ambulâncias (simples ou com UTI, conforme o caso) dos beneficiários, do local do primeiro atendimento para outro local com recursos disponíveis para o atendimento requerido.
- 2.2.14 No caso do beneficiário titular (com vínculo empregatício) de qualquer um dos planos venha a ter o seu contrato de trabalho rescindido sem justa causa, ou afastamento pela previdência social, ou aposentadoria, terá assegurado, assim como seus dependentes, a sua permanência no plano, conforme o § 1º, do artigo 30, da Lei Federal nº 9.656/98 e artigos 4 e 5 respectivamente da Resolução 279 da ANS, nas mesmas condições e cobertura, desde que assumo o pagamento integral, devendo, neste caso, a cobrança ser efetuada diretamente ao titular.

2.3 BENEFICIÁRIOS

2.3.1 Serão considerados beneficiários dos planos os seguintes:

- a) **TITULARES:** - Funcionários ativos e inativos – nos termos do subitem 2.2.14 (desde que assumo o pagamento integral, devendo, neste caso, a cobrança ser efetuada diretamente ao titular);
- b) **DEPENDENTES:**



- Cônjuge ou Companheira (o), desde que comprovada à união estável com o titular, nos termos da Lei Civil;
- Filho não emancipado, menor de 18 (dezoito) anos ou até 24 anos cursando Ensino Superior;
- Filho inválido ou incapaz, assim legalmente declarado;
- Enteado ou tutelado menor de 18 (dezoito) anos, não emancipado, desde que não possua recursos próprios e comprove a dependência econômica relativa ao beneficiário.
- Pai e Mãe.

2.4 SERVIÇOS ESPECIALIZADOS (Especialidades Médica)

2.4.1 Deverão ser cobertas todas as especialidades médicas previstas na Lei nº 9.656/1998 e suas alterações, bem como nas Resoluções da ANS, que disciplinam o rol de procedimentos obrigatórios, sem limite de utilização ou de valor, além das admitidas pelo Conselho Federal de Medicina e/ou Associação Médica Brasileira. Deverão ser cobertos, no mínimo, os seguintes procedimentos:

- ✓ Acupuntura (consulta e sessões);
- ✓ Alergologia;
- ✓ Anatomia patológica;
- ✓ Anestesiologia;
- ✓ Angiologia;
- ✓ Cancerologia;
- ✓ Cardiologia pediátrica;
- ✓ Cardiologia, eletrocardiografia e holter;
- ✓ Cirurgia cardiovascular (inclusive implante de marcapasso);
- ✓ Cirurgia de mama;
- ✓ Cirurgia de mão, cabeça, pescoço e buco-maxilo-facial;
- ✓ Cirurgia gastroenterológica;
- ✓ Cirurgia geral, cirurgia laparoscópica e vídeo laperoscópica;
- ✓ Cirurgia oftalmológica inclusive corretiva (miopia, catarata, facectomia, hipermetropia), com introdução de lente ocular nacionalizada, dentro das previsões da Lei n.º 9.656/98 e suas alterações;
- ✓ Cirurgia oncológica;
- ✓ Cirurgia ortopédica e traumatológica;
- ✓ Cirurgia pediátrica;
- ✓ Cirurgia plástica reparadora e/ou restauradora não estética (inclusive a não decorrente de acidente pessoal);



- ✓ Cirurgia refrativa para grau igual ou maior que sete uni ou bilateral;
- ✓ Cirurgia torácica;
- ✓ Cirurgia urológica;
- ✓ Cirurgia vascular periférica;
- ✓ Cirurgia intra-ocular
- ✓ Citologia;
- ✓ Clínica médica;
- ✓ Dermatologia clínica e cirúrgica;
- ✓ Doenças infecciosa e parasitárias de qualquer natureza, inclusive assistência à AIDS;
- ✓ Endocrinologia e metabologia clínica e cirúrgica;
- ✓ Fisiatria e Foniatria;
- ✓ Fonoaudiologia;
- ✓ Gastroenterologia;
- ✓ Geriatria;
- ✓ Ginecologia;
- ✓ Hematologia;
- ✓ Hepatologia;
- ✓ Homeopatia;
- ✓ Mastologia;
- ✓ Medicina nuclear;
- ✓ Microcirurgia reconstrutiva;
- ✓ Nefrologia;
- ✓ Neonatologia;
- ✓ Neurocirurgias (inclusive a pediátrica);
- ✓ Neurologia (inclusive a pediátrica);
- ✓ Obstetrícia;
- ✓ Oftalmologia;
- ✓ Oncologia;
- ✓ Ortopedia;
- ✓ Otorrinolaringologia;
- ✓ Patologia clínica;
- ✓ Pediatria;
- ✓ Pneumologia;
- ✓ Proctologia;



- ✓ Psiquiatria, consultas e tratamento ambulatoriais, inclusive internamento;
- ✓ Reumatologia;
- ✓ Tisiologia;
- ✓ Traumatologia;
- ✓ Traumatologia-ortopedia clínica e cirúrgica
- ✓ Urologia;
- ✓ Vascular;
- ✓ Venereologia;

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.

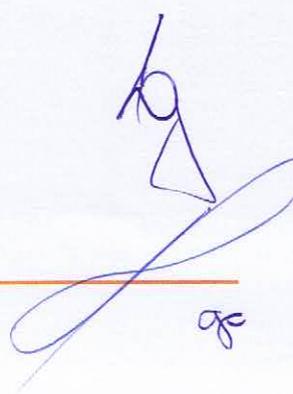
2.4.2 Deverá ser coberta qualquer outra patologia clínica classificada pela Organização Mundial da Saúde cuja cobertura seja determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e/ou pelo respectivo órgão fiscalizador da área médica.

2.4.3 A Contratada deverá ter consultórios médicos e/ou clínicas credenciadas e/ou próprias, distribuídas na cidade de São Paulo e nas cidades da Região do Grande ABC: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá e Ribeirão Pires, para atendimento das especialidades acima mencionadas.

2.5 SERVIÇOS AUXILIARES, LABORATORIAIS, DE DIAGNÓSTICO E DE TERAPIA

2.5.1 Deverão ser cobertos todos os exames previstos em lei, necessários ao diagnóstico e ao tratamento, sem limite de utilização ou de valor, destacando-se:

- ✓ Análises clínicas;
- ✓ Anatomia patológica;
- ✓ Angiografia;
- ✓ Angioplastia;
- ✓ Arteriografia;
- ✓ Audiometria;
- ✓ Bioimpedanciometria, "Tilt Tests" e seus Derivados;
- ✓ Biópsia;
- ✓ Broncoesofoscopia;
- ✓ Broncoscopia
- ✓ Cardiotocografia;



- ✓ Cateterismo;
- ✓ Cicloergometria;
- ✓ Cineangiocoronariografia;
- ✓ Cintilografia;
- ✓ Cirurgias laparoscópicas e vídeo-laparoscópicas;
- ✓ Citopatologia;
- ✓ Cobaltoterapia;
- ✓ Colpocitologia;
- ✓ Colposcopia;
- ✓ Coronariografia;
- ✓ Cromatografia para Doenças Genéticas;
- ✓ Densitometria óssea;
- ✓ Doppler;
- ✓ Dosagens de Substâncias Relacionadas a Erros Inatos do Metabolismo;
- ✓ Ecocardiografia;
- ✓ Ecografia;
- ✓ Eletrocardiografia;
- ✓ Eletrococleografia;
- ✓ Eletrodiagnóstico;
- ✓ Eletroencefalografia;
- ✓ Eletromiografia;
- ✓ Eletroneuromiografia;
- ✓ Embolizações e radiologia intervencionista;
- ✓ Endoscopia;
- ✓ Endoscopia Diagnóstica, Cirúrgica e Terapêutica (Digestiva, Ginecológica, Peroral, Respiratória, Ortopédica e Urológica), inclusive com utilização de Vídeo;
- ✓ Ensaio Enzimáticos;
- ✓ Ergometria;
- ✓ Exames Citológicos e Colposcópicos;
- ✓ Exames Oftalmológicos;
- ✓ Exames Otorrinolaringológicos;
- ✓ Fisioterapia;
- ✓ Fluoresceinografia;
- ✓ Fonocardiografia;
- ✓ Hemodiálise e diálise;



- ✓ Hemodinâmica – procedimento diagnóstico e terapêutico;
- ✓ Hemodinâmica (Cineangiocoronariografia e Cateterismo Cardíaco)
- ✓ Hemoterapia;
- ✓ Holter;
- ✓ Implantes;
- ✓ Inaloterapia;
- ✓ Internações;
- ✓ Laparoscopia;
- ✓ Litotripsia;
- ✓ Mamografia de alta resolução;
- ✓ Medicina nuclear;
- ✓ Material de osteossíntese tal como: placas, parafusos e pinos;
- ✓ Neuroradiografia;
- ✓ Neurofisiologia Clínica;
- ✓ Neuroradiologia e Radiologia intervencionista;
- ✓ Nutrição parenteral e enteral;
- ✓ Patologia Clínica e Cirúrgica (inclusive Neuromotora, Respiratória, Osteomioarticulares, Cardiovasculares, Dermatológicas e Patologias Diversas);
- ✓ Peniscopía;
- ✓ Potencial Evocado (Auditivo, Visual e Somato-Sensitivo);
- ✓ Provas de função pulmonar completa
- ✓ Protéses intra-operatórias;
- ✓ Quimioterapia;
- ✓ Radiologia (inclusive intervencionista);
- ✓ Radioterapia;
- ✓ Remoções inter hospitalares (exceto para consulta e exames);
- ✓ Ressonância magnética;
- ✓ Ressonância Magnética Funcional;
- ✓ Teste Alérgico;
- ✓ Teste Ergométrico;
- ✓ Teste Oftalmológico;
- ✓ Teste Otorrinolaringológico
- ✓ Tococardiografia;



- ✓ Tomografia computadorizada;
- ✓ Transplantes de rins e córnea;
- ✓ Triagem para Erros Inatos de Metabolismo na Urina;
- ✓ Ultrassonografia;
- ✓ Urodinâmica;
- ✓ Vídeo Histeroscopia;
- ✓ Vídeo Laparoscopia Diagnóstica e Cirúrgica;
- ✓ Vídeo Laringoscopia;
- ✓ Videolaringostroboscopia;
- ✓ Vulvoscopia;
- ✓ 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.

2.5.2 A Contratada deverá ter clínicas credenciadas e/ou próprias de serviços Auxiliares, Laboratoriais e de Diagnóstico, distribuídas na cidade de São Paulo e nas cidades da Região do Grande ABC: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá e Ribeirão Pires, para atendimento dos serviços acima mencionados.

2.6 PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS AUXILIARES

2.6.1 Atendimento de todos os procedimentos e os serviços auxiliares a seguir:

- ✓ Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o beneficiário ou para terceiros, bem como risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- ✓ 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;
- ✓ Serviços de apoio diagnóstico, prestados por médico psiquiatra, tratamento e demais procedimentos solicitados pelo médico assistente;
- ✓ Internação em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, em casos de transtornos psiquiátricos em situações de crise;

- ✓ Internação, em hospital geral, para beneficiários portadores de quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de internação.
- ✓ Acompanhamento Clínico no Pós-Operatório Imediato ou Tardio dos beneficiários submetidos a Transplante de Rim e Córnea (exceto medicação de manutenção);
- ✓ Angioplastia, Revascularização e Revascularização do Miocárdio;
- ✓ Artroscopia;
- ✓ Atendimento psiquiátrico;
- ✓ Betaterapia;
- ✓ Cauterização;
- ✓ Citoplastia;
- ✓ Colonoscopia;
- ✓ Cobaltoterapia;
- ✓ Colocação de Gesso ou Similares;
- ✓ Colocação de Sínteses;
- ✓ Criocauterização;
- ✓ Diálise;
- ✓ Eletrofisiologia Cardíaca;
- ✓ Embolizações;
- ✓ Escleroterapia ou Tratamento Esclerosante
- ✓ Exames Pré-estésicos ou Pré-cirúrgicos;
- ✓ Fisioterapia;
- ✓ Fisioterapia Respiratória;
- ✓ Nutricionista (consulta e acompanhamento);
- ✓ Gasoterapia;
- ✓ Hemodiálise;
- ✓ Hemodinâmica (Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos);
- ✓ Hemoterapia;
- ✓ Hipertermia prostática;
- ✓ Histopatologia;
- ✓ Inaloterapia;
- ✓ Internação, inclusive em UTI ou similar;
- ✓ Laparoscopia Terapêutica;
- ✓ Laserterapia;
- ✓ Litotripsias;



- ✓ Neurofisiologia;
- ✓ Nutrição Paraenteral e Enteral;
- ✓ Oxigenoterapia Hiperbárica (Não Estética);
- ✓ Próteses, Órteses e seus Acessórios (somente ligados ao ato cirúrgico);
- ✓ Quimioterapia;
- ✓ Quimioterapia Anti-Neoplásica;
- ✓ Radiologia Intervencionista;
- ✓ Radioterapia (inclusive Radiomoldagem, Radioimplante e Braquiterapia);
- ✓ Reeducação Postural Global – RPG;
- ✓ Reabilitação Cardiológica e Neurológica;
- ✓ Remoção;
- ✓ Transfusão de Sangue ou Aplicação de Plasma;
- ✓ Transplante de rim e córnea;
- ✓ 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.

2.7 DAS CONSULTAS MÉDICAS E EXAMES.

2.8.1 A marcação de consultas médicas de rotina serão realizadas em: ambulatórios, consultórios médicos, clínicas próprias, filiadas ou credenciadas ou em hospitais próprios ou credenciados pela Contratada, com hora marcada pelo beneficiário, exceto nos casos de emergência/urgência (independentemente do plano), que terão atendimento sem hora marcada.

2.8 ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

2.8.1 Os planos devem prever tratamentos de Transtornos Psiquiátricos e Dependência Química, de acordo com as disposições da Lei Federal nº 9.656, de 03 de Junho de 1998 e Resolução CONSU nº11, de 04 de novembro de 1998.

2.8.2 Os usuários terão direito a todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

2.8.3 Terão também direito ao custeio integral de:

- a) Internações hospitalares, limitadas a 30 (trinta) dias em hospital psiquiátrico, em unidade ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral, até 08 (oito) semanas de tratamento em regime de hospital-dia, contínuos ou não, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, por usuário, por ano de contrato, não cumulativos.
- b) Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79, e F80 a F87, relacionados no CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão, a cobertura em regime de hospital-dia para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise será estendida a 180 (cento e oitenta dias), contínuos ou não, por ano de vigência do Contrato, não cumulativos.
- c) Internações hospitalares, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, limitadas a 15 (quinze) dias por usuário por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral.

2.8.4 Nos casos de transtornos psiquiátricos em que for necessário um prazo de internação maior que os estabelecidos nos itens anteriores, os usuários terão direito à cobertura, conforme estabelecido na Lei Federal nº 9.656/98.

2.9 MEDICAMENTOS

2.9.1 São de responsabilidade da CONTRATADA, os medicamentos aplicados durante a internação, por ocasião dos atendimentos de urgência e emergência, nos tratamentos quimioterápicos, bem como os necessários à realização de procedimentos diagnósticos e auxiliares, desde que previstos na legislação pertinente (Lei n.º 9.656/98) e suas normativas resolutivas.

2.10 DESPESAS NÃO COBERTAS

- a) Todos os procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos – RN nº 262/11 – ANS.
- b) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.
- c) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como, órteses e próteses para o mesmo fim.
- d) Inseminação artificial.
- e) Tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética.
- f) Fornecimento de medicação importada e não nacionalizada.
- g) Fornecimento de insumos e medicamentos para tratamento domiciliar, observadas as ressalvas da Lei 9656/98.



- h) Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.
- i) Tratamento ilícito ou antiético, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecido pelas autoridades competentes.
- j) Decorrentes de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- k) Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
- l) Transplantes, com exceção dos de córneas e de rins.
- m) Qualquer procedimento odontológico.
- n) Procedimentos relativos ao Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).
- o) Consultas e atendimentos domiciliares.
- p) Vacinas não previstas em contrato.
- q) Necropsias, cirurgias fetais, check-ups, internações e cirurgias para mudança de sexo.
- r) Enfermagem domiciliar,
- s) Despesas com extraordinários não relacionados com o atendimento médico-hospitalar, tais como: jornais, televisão, telefone, acomodação de acompanhante (com exceção para beneficiários menores de 18 anos e acima de 60 anos, conforme legislação vigente), frigobar e/ou similares.

2.11 MEDICINA PREVENTIVA

2.11.1 Desenvolvimento de no mínimo 20 (vinte) programas dentre os relacionados abaixo a serem ofertados aos usuários do plano;

- ✓ "Stress",
- ✓ Acidentes do lar,
- ✓ AIDS,
- ✓ Alergia,
- ✓ Amamentação,
- ✓ Auto-massagem para gestantes,
- ✓ Cuidados com o bebê,
- ✓ Desenvolvimento da criança,
- ✓ Detecção precoce de deficiências visuais,
- ✓ Exercícios para asmáticos,
- ✓ Exercícios para gestantes,
- ✓ Exercícios pós-parto,



- ✓ Exercícios posturais,
- ✓ Hipertensão,
- ✓ Menopausa/climatério,
- ✓ Noções básicas de nutrição,
- ✓ Obesidade,
- ✓ Planejamento familiar,
- ✓ Preparo para o parto,
- ✓ Prevenção de doenças infecto-contagiosas,
- ✓ Prevenção do câncer,
- ✓ Primeiros-socorros,
- ✓ Problemas de coluna,
- ✓ Puericultura,
- ✓ Relaxamento,
- ✓ Relaxamento para gestantes,
- ✓ Sexualidade e sexualidade infantil.

2.12 GERENCIAMENTO DE DOENTES CRÔNICOS

2.12.1 Em pelo menos quatro das seguintes patologias:

- ✓ Diabetes,
- ✓ Hipertensão arterial,
- ✓ Obesidade,
- ✓ Problemas de coluna e
- ✓ Depressão.

2.13 GERENCIAMENTO DE DOENTES DE ALTA COMPLEXIDADE

2.13.1 A Contratada deverá desenvolver programas de acompanhamento de doentes de alta complexidade tais como: os que têm tido internações múltiplas, os com diagnósticos difíceis e múltiplos, os com patologias crônicas com descompensações frequentes, prematuridade, gravidez de alto risco, problemas respiratórios crônicos, câncer, cardíacos, dor crônica, AIDS e múltiplos traumas. A operadora deverá descrever a estrutura existente, as características do programa e indicação da equipe técnica e administrativa responsável pelo programa.

2.14 PROGRAMA DE SAÚDE DO IDOSO

2.14.1 Desenvolvimento de um programa para idosos, em especial para aqueles que apresentem maiores restrições de atividades diárias, além de um programa específico para os dependentes, pertencentes a esta faixa etária.

2.15 A CONTRATADA DEVERÁ DISPONIBILIZAR:

2.15.1 Central de atendimento 24 (vinte e quatro) horas para informações sobre os serviços contratados, da rede credenciada e para marcação de consultas e exames na rede própria. A central de atendimento deverá dispor de sistema informatizado.

2.15.2 Serviços de atendimento à Contratante para dar completa assistência e orientação desde a implantação e durante toda vigência contratual, assim como diretamente aos beneficiários, para a perfeita utilização dos serviços contratados.

2.15.3 Sistemas informatizados, para que o Contratante possa administrar todas as inclusões, exclusões, alterações dos dados cadastrais dos beneficiários.

2.15.4 Fornecer relatórios com discriminação de consultas, exames, internações e outros procedimentos que tenham sido utilizados, demonstrando o local onde foi realizado e o beneficiário sempre que solicitado formalmente.

2.15.5 Disponibilizar a rede credenciada através de Manual do Usuário com Periodicidade Anual.

2.16 REDE DE ASSISTÊNCIA

2.16.1 A Contratada deverá possuir hospitais próprios ou credenciados em toda a região do Grande ABC e São Paulo, observando o rol mínimo indicado no item 2.1 acima, além de garantia de atendimento de urgência e emergência na região metropolitana de São Paulo.

2.17 CARTEIRAS DE IDENTIFICAÇÃO E MANUAL DO USUÁRIO

2.17.1 O atendimento aos beneficiários deverá ser prestado mediante apresentação única e exclusivamente da carteira de identificação fornecida pela Contratada.

2.17.2 A Contratada deverá fornecer 01 (uma) carteira de identificação para cada beneficiário (Titular e dependentes), até a data do início da prestação dos serviços.

2.17.3 A Contratada deverá encaminhar à Contratante, novas carteiras de identificação, com novo prazo de validade, até no máximo 15 (quinze) dias úteis antes do vencimento das carteiras a serem substituídas.

2.17.4 A Contratada deverá emitir e entregar ao beneficiário principal, gratuitamente Manual da Rede de Serviços Completo, contendo relação de profissionais e estabelecimento próprios, filiados ou credenciados e informações sobre planos de assistência médica.

2.17.5 As hipóteses abaixo discriminadas constituem exclusões dos beneficiários dependentes, devendo ser respeitado a legislação vigente:

- a) Falecimento do titular;
- b) Divórcio ou cancelamento de união estável;
- c) Exoneração do titular;
- d) Vacância do titular para posse de outro cargo inacumulável;
- e) Demissão do titular;
- f) Destituição do titular de cargo em comissão.

2.17.6 O titular responderá por qualquer prejuízo causado pelo uso indevido da carteira de identificação durante o período em que permanecer cadastrado no plano de saúde e após a vigência de sua exclusão do plano – nos termos do subitem 2.2.14, sendo de única e exclusiva responsabilidade do beneficiário, o qual deverá efetuar o ressarcimento diretamente à CONTRATADA.

2.18 BENEFICIÁRIOS

2.18.1 Estima-se um quantitativo de **168** beneficiários, entre funcionários e dependentes.

Atualmente o quadro é composto por 21 funcionários com projeção de expansão por concurso para 56 funcionários até 2017.

Faixa	Titular		Dependentes		Total		* Total
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	
Até 18 anos			7	7	7	7	14
De 19 até 23 anos		1	1		1	1	2
De 24 até 28 anos		4				4	4
De 29 até 33 anos	3	2	2	1	5	3	8
De 34 até 38 anos	1	1	2		3	1	4
De 39 até 43 anos	2	2		3	2	5	7
De 44 até 48 anos		1		1		2	2
De 49 até 53 anos	1	2	1		2	2	4
De 54 até 58 anos	1				1		1
Acima de 59 anos			1		1		1
Total Geral:	8	13	14	12	22	25	47

** Tabela com base no quadro de funcionários e dependentes - mês referência Dezembro/2014.*

2.18.2 O número de beneficiários pode variar ao longo do contrato, visto que a adesão é facultativa, não havendo nenhuma obrigatoriedade de permanência no plano de saúde.

- 2.18.3** Caberá a CONTRATANTE a apresentação de documentos que comprovem o vínculo do empregado ativo e a relação de parentesco de seus dependentes.
- 2.18.4** A adesão dos beneficiários será feita mediante a assinatura de um "Termo de Adesão", a ser fornecido pelo CONTRATANTE, no qual deve constar a opção pelos planos oferecidos pela CONTRATADA: assistência médica (Padrão ou Opcional).
- 2.18.5** A adesão dos dependentes no plano de assistência médica dar-se-á na mesma categoria do plano do respectivo beneficiário titular (Padrão ou Opcional).
- 2.18.6** Os beneficiários dependentes já incluídos no plano, cujo beneficiário titular venha a falecer no período de vigência do contrato, poderão permanecer no plano, nos limites e condições estabelecidos no contrato, desde que arque com o custo total, efetuando o pagamento diretamente à Contratada.

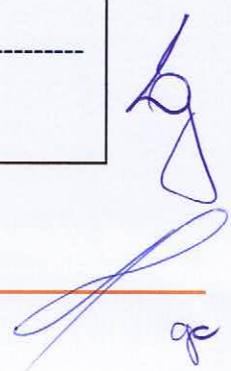
CLÁUSULA TERCEIRA
DA VIGÊNCIA

- 3.1** O presente contrato terá vigência de 12 (doze) meses contados a partir da sua assinatura, podendo ser prorrogado até o limite legal de 60 (sessenta) meses, nos termos do art. 57 da Lei Federal 8666/93 e posteriores alterações.

CLÁUSULA QUARTA
DO VALOR E DOS RECURSOS

- 4.1** O valor total estimado do presente contrato é de **R\$ 601.050,24 (seiscentos e um mil, cinqüenta reais e vinte e quatro centavos)**, conforme preços detalhados abaixo:

Tabela de Preços					
Plano	Beneficiário	Valor Unitário	Valor Mensal	Valor Global (12 meses)	Valor por Extenso
PADRÃO Nome Comercial e Registro junto a ANS	Titular Ativo e Dependente	R\$ 298,14	R\$ 50.087,52	R\$ 601.050,24	
OPCIONAL Nome Comercial e Registro junto a ANS	Titular Ativo, Inativo e Dependente	R\$ 337,27	-----		



Obs.: O valor do Plano Opcional ficará registrado em contrato a fim de possibilitar a divulgação para os empregados do Consórcio e sua contratação futura.

Para composição dos valores mensais e totais, considera-se o quantitativo estimado de 168 beneficiários, entre funcionários e dependentes.

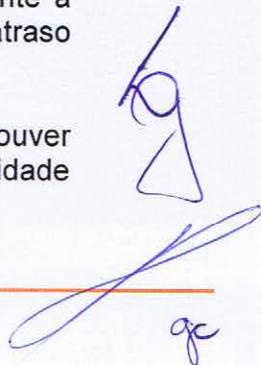
A quantidade total de funcionários, bem como a de seus dependentes é estimada, podendo haver variações durante a execução contratual.

O número de beneficiários pode variar ao longo do contrato, visto que a adesão é facultativa, não havendo nenhuma obrigatoriedade de permanência no plano de saúde.

- 4.2 As despesas com a execução do objeto deste Edital onerarão a(s) dotação(ões) consignada(s) no orçamento deste Exercício, sob o nº 01301.01.3.3.90.39.04.122.0011.04 e em orçamento(s) futuro(s), quando necessário.

CLÁUSULA QUINTA DO PAGAMENTO E REAJUSTE

- 5.1 Os pagamentos serão realizados mensalmente em até 05 (cinco) dias úteis após atesto da Nota Fiscal/Fatura, a qual deverá ser aprovada, conferida e assinada pela Diretoria Requisitante e encaminhada posteriormente, à Diretoria Administrativa e Financeira para lançamento e demais providências.
- 5.1.1 O CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, pelos serviços contratados e prestados, o valor correspondente a cada beneficiário incluído no plano de saúde.
- 5.2 A atestação do objeto contratado, somente ocorrerá se não houver a constatação de qualquer irregularidade. Em havendo irregularidades a contratante poderá:
- 5.2.1 Caso os serviços apresentem irregularidades ou estejam fora dos padrões determinados, a unidade solicitará a regularização no prazo de 24 (vinte e quatro) horas. O atraso na regularização acarretará nas penalidades previstas no Edital.
- 5.3 Havendo divergência ou erro na emissão do documento fiscal, fica interrompido o prazo para o pagamento, sendo iniciada a nova contagem somente após a regularização dessa documentação.
- 5.4 Ocorrendo atraso na liberação do pagamento por motivo injustificado, a Contratante poderá ser penalizada com multa de mora correspondente a 0,01% (um centésimo de percentual), do valor a ser pago, por dia de atraso até seu efetivo pagamento.
- 5.5 Não será efetuado qualquer pagamento a Contratada enquanto houver pendência de liquidação da obrigação financeira em virtude de penalidade



ou inadimplência contratual.

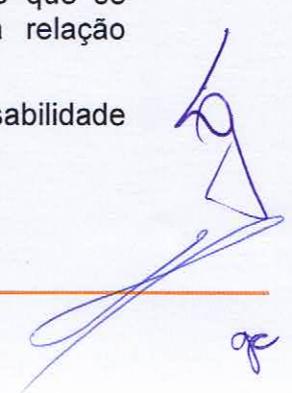
- 5.6 Os pagamentos serão efetuados através de fatura, que deverá ser acompanhada de ficha de compensação e extrato de movimentação mensal de vidas.
- 5.7 O reajuste do preço cobrado no contrato celebrado com a CONTRATADA terá como parâmetro o índice de reajuste fixado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - para os planos individuais e familiares.
- 5.7.1 Para a aplicação do reajuste deverá, sempre, ser respeitado o período mínimo de 12 (doze) meses contados da assinatura do contrato, sendo vedado qualquer tipo de reajuste com periodicidade inferior a tal período, de acordo com o disposto na Lei nº 10.192/2001.

CLÁUSULA SEXTA DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

- 6.1 Obrigações da Contratada:
- a) Responsabiliza-se a CONTRATADA a manter durante a vigência do contrato, as condições de habilitação;
 - b) Correrão por conta da CONTRATADA todas as despesas de seguros, transporte, tributos, demais encargos sociais, trabalhistas e previdenciários decorrentes da contratação;
 - c) Assegurar a execução dos serviços, conforme estabelecido no instrumento convocatório;
 - d) Entregar aos beneficiários o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e o Guia de Leitura Contratual, conforme os padrões especificados pela Instrução Normativa nº 20 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos DIPRO, de 29.09.2009.
 - e) Fornecer aos beneficiários carteiras de identificação constando seus nomes e o plano a que pertencem, até o prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data da inclusão ou da solicitação de 2ª via, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, assegurará aos beneficiários o direito à utilização dos benefícios. Até a entrega das carteiras de identificação, o atendimento deverá ser garantido mediante a apresentação do documento de identidade dos beneficiários.
 - f) Instituir controle de validade das carteiras de identificação, devendo, até o prazo máximo de 15 (quinze) dias antes de expirado o prazo de validade, entregar novas carteiras a CONTRATANTE, relativamente aos usuários que se encontrem na situação descrita.
 - g) Fornecer um guia médico impresso e ainda acessível por internet, constando nome, telefone e endereço dos médicos, hospitais, clínicas, laboratórios e outras instituições da área de saúde e serviços auxiliares credenciados, conforme o domicílio do beneficiário, atualizando-o semestralmente.



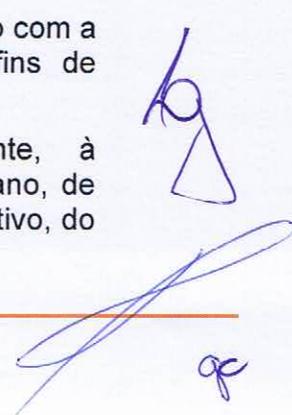
- h) Manter a rede de atendimento credenciada em número igual ou superior ao apresentado no ato da contratação, e, caso haja descredenciamento de qualquer serviço, credenciar outro de mesmo porte e com a mesma capacidade técnica, abrangência e número de leitos, mediante consulta e aprovação da CONTRATANTE;
- i) Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante o período de internação do beneficiário, a CONTRATADA se obriga a providenciar a manutenção da internação naquele estabelecimento e a pagar as respectivas despesas até a alta hospitalar;
- j) Em caso de substituição do prestador de serviço contratado ou credenciado por outro equivalente, a CONTRATADA deverá comunicar o fato à CONTRATANTE com 15 (quinze) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- k) A CONTRATADA fica obrigada a autorizar a realização de exames laboratoriais requeridos por profissionais não credenciados.
- l) Encaminhar semestralmente a CONTRATANTE, listagem atualizada dos beneficiários cadastrados, constando os seguintes itens: nome e matrícula do titular e respectivos dependentes, data de nascimento e o plano em que estão inscritos, bem como extrato de utilização do plano por especialidade e titular, além de relatório de eventos;
- m) Assegurar aos beneficiários, sempre que houver indisponibilidade de leito nos hospitais ou clínicas próprios ou credenciados da CONTRATADA, acomodação em outro estabelecimento de qualidade igual ou superior, sem ônus adicional;
- n) Assegurar a remoção do beneficiário para outro estabelecimento hospitalar, em qualquer parte do território nacional, sempre que necessário e recomendado pelo médico do paciente, sem qualquer ônus adicional;
- o) Assegurar aos usuários autorização para procedimentos de forma ágil, sempre em tempo real, exceto nos casos de procedimentos eletivos que demandem perícia médica para a sua liberação, a qual não deve exceder o prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas;
- p) As movimentações cadastrais, inclusão, exclusão e alteração, deverão ser feitas via sistema da CONTRATADA (internet) ou online via email;
- q) Providenciar a imediata correção das deficiências nos serviços contratados, apontadas pela CONTRATANTE, responsabilizando-se pelos fatos advindos da ineficiência, morosidade e irregularidades praticadas por seus empregados e prepostos, exceto no que se refere a procedimentos médicos, em que prevalece a relação médico-paciente, e a responsabilidade de ambos;
- r) Não transferir a outrem, no todo ou em parte, a responsabilidade pela execução dos serviços, objeto da presente licitação;



- s) Demonstrar, durante toda a vigência do Contrato, a manutenção da qualidade na prestação dos serviços especificados neste instrumento;
- t) Cumprir demais obrigações previstas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- u) Resguardar o sigilo dos dados e documentos que lhe forem confiados para o desempenho dos serviços ora contratados;
- v) Indicar um profissional na qualidade de preposto como responsável pelos serviços contratados.
- w) Arcar com o ônus decorrente de eventuais danos causados, direta ou indiretamente, ao CONTRATANTE ou a terceiros, em função da execução deste contrato;
- x) Executar diretamente o contrato, não podendo a CONTRATADA transferir ou subcontratar, total ou parcialmente, os serviços objeto deste contrato sem a prévia e expressa anuência da CONTRATANTE;
- y) Em havendo cisão, incorporação ou fusão da CONTRATADA, a aceitação de qualquer uma destas operações, como pressuposto para a continuidade do contrato, ficará condicionada à análise, por parte do CONTRATANTE, do procedimento realizado e da documentação da nova empresa, considerando todas as normas aqui estabelecidas como parâmetros de aceitação, tendo em vista a eliminação dos riscos de insucesso na execução do objeto contratado;
- z) Comunicar por escrito ao CONTRATANTE qualquer anormalidade de caráter urgente e prestar os esclarecimentos que julgar necessários;
- aa) Assumir a responsabilidade pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do presente contrato, sendo que a inadimplência da CONTRATADA, com referência a estes encargos, não transfere a responsabilidade por seu pagamento ao CONTRATANTE, nem poderá onerar o objeto deste contrato, razão pela qual a CONTRATADA renuncia expressamente a qualquer vínculo de solidariedade ativa ou passiva, com o CONTRATANTE;
- bb) Apresentar as provas de regularidade fiscal e trabalhista, juntamente com a Fatura/Nota Fiscal dos serviços ou sempre que o CONTRATANTE solicitar.

6.2 Obrigações da Contratante

- a) Relacionar os beneficiários, quando da assinatura do Contrato com a CONTRATADA, com todos os dados necessários para fins de cadastramento;
- b) Informar, por escrito ou via eletrônica, mensalmente, à CONTRATADA, as inclusões, exclusões e alterações de plano, de beneficiários, bem como os casos de perda, por qualquer motivo, do



- direito ao atendimento, sem prejuízo da movimentação diária via *on-line*;
- c) Prestar as informações e os esclarecimentos que por ventura venham a ser solicitados;
 - d) Efetuar o pagamento à CONTRATADA, na forma estabelecida;
 - e) Indicar o funcionário responsável pelo acompanhamento do Contrato;
 - f) Fiscalizar a execução dos serviços, zelando pelo fiel cumprimento do presente contrato, quanto à qualidade dos serviços prestados, especificação exigida dos mesmos, assim como os preços apresentados.

CLÁUSULA SÉTIMA DAS SANÇÕES

- 7.1 São aplicáveis as sanções previstas na Lei Federal nº 10.520/02, e subsidiariamente da Lei Federal nº 8.666/93, com as alterações posteriores, e demais normas pertinentes, a seguir indicadas:
- I. Advertência;
 - II. Multa;
 - III. Suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com o Consórcio, nos termos indicados no subitem 07.12;
 - IV. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública;
- 7.2 A multa pela recusa da adjudicatária em assinar o Contrato ou em retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo estabelecido neste Edital será de 10% (dez por cento) do valor da proposta comercial, sem prejuízo da aplicação da pena de suspensão temporária do direito de licitar e contratar com o Consórcio Intermunicipal Grande ABC, pelo prazo de até 2 (dois) anos.
- 7.3 Multa por atraso: 1% (um por cento) por dia sobre o valor da parcela em atraso, até o limite de 10% (dez por cento), podendo o Consórcio a partir do 10º dia considerar rescindido o Contrato, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.
- 7.4 Multa por inexecução parcial do Contrato: 10% (dez por cento) sobre o valor da parcela inexecutada.
- 7.5 Multa por inexecução total do Contrato: 10% (dez por cento) sobre o valor total do Contrato.



- 7.6 Multa de 10% (dez por cento), por descumprimento de quaisquer das obrigações decorrentes do ajuste, que não estejam previstas nos subitens acima, a qual incidirá sobre o valor total do Contrato.
- 7.7 Perda da garantia oferecida se houver, em caso de culpa pela rescisão contratual.
- 7.8 As penalidades são independentes e a aplicação de uma não exclui a das outras, quando cabíveis.
- 7.9 Constatada a inexecução contratual ou a hipótese do subitem 07.2, será a Contratada intimada da intenção do Consórcio Intermunicipal Grande ABC quanto à aplicação da penalidade, concedendo-se prazo para interposição de defesa prévia, nos termos do art. 87, §2º e §3º da Lei 8.666/93.
- 7.10 Não sendo apresentada a defesa prévia pela Contratada ou havendo o indeferimento da mesma quando interposta, o Consórcio providenciará a notificação da Contratada quanto à aplicação da penalidade, abrindo-se prazo para interposição de recurso administrativo, nos termos do artigo 109, I, "f" da Lei no 8.666/93.
- 7.11 Decorridas as fases anteriores, o prazo para pagamento das multas será de 3 (três) dias úteis a contar da intimação da Contratada. A critério do Consórcio e sendo possível, o valor devido será descontado da garantia prestada, ou sendo esta insuficiente, será descontado dos pagamentos eventualmente devidos pelo Consórcio. Não havendo tais possibilidades, o valor será inscrito em dívida ativa, sujeitando a devedora a processo executivo.
- 7.12 Sem prejuízo da aplicação de outras penalidades cabíveis, a empresa que, convocada dentro do prazo de validade de sua proposta, não celebrar o Contrato ou deixar de retirar o instrumento equivalente, deixar de entregar documentação exigida para a sessão pública ou apresentar documentação falsa, ensejar o retardamento da execução de seu objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do contrato, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal, ficará impedida de licitar e contratar com o Consórcio Intermunicipal Grande ABC, pelo prazo de até 2 (dois) anos, sem prejuízo das multas previstas em Edital, no Contrato e nas demais cominações legais.

CLÁUSULA OITAVA
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- 8.1 O presente Contrato reger-se-á segundo as disposições contidas nas Leis Federais nºs. 8.666/93, 10.520/02 e posteriores alterações; no Código Civil, no que couber, pelas Cláusulas deste Contrato, pelo Edital e pela Proposta da Contratada inserta às folhas 372 a 390.



**CLÁUSULA NONA
DO FORO**

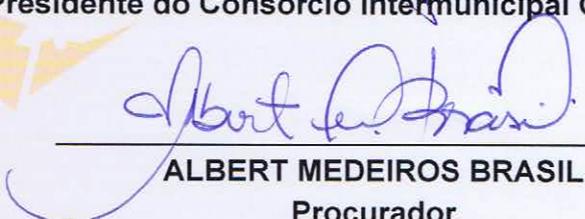
9.1 O foro competente para dirimir qualquer dúvida ou ação decorrente do presente Contrato é o foro da Comarca de Santo André, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justos e contratados, assinam as partes o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas para que produza seus efeitos legais.

Região do Grande ABC, 01 de Setembro de 2015.

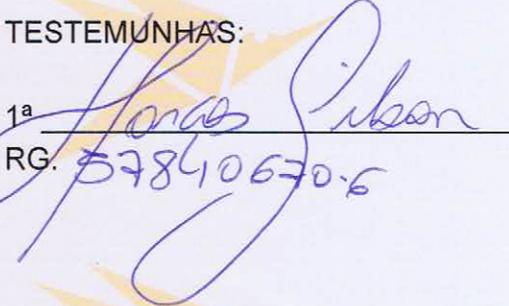


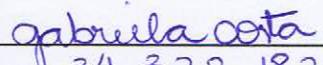
LUIS GABRIEL FERNANDES DA SILVEIRA
Prefeito de Rio Grande da Serra
Presidente do Consórcio Intermunicipal Grande ABC



ALBERT MEDEIROS BRASIL
Procurador
Bradesco Saúde S/A

TESTEMUNHAS:

1ª 
RG. 57840670-6

2ª 
RG. 34.322.182.2