FINALIDADE DA CONTRATAÇÃO

CONTRATAÇÃO DE OPERADORA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - PLANO DE SAÚDE PARA **Hospital Estadual Dr. Jayme dos Santos Neves (HEJSN)**: Av. Paulo Pereira Gomes, s/n, Morada de Laranjeiras – Serra – ES. CEP: 29.166-828; CNPJ 28.127.926/0002-42.

1. IMPORTANTE:

Data da Publicação: 13/08/2018

Limite para o recebimento das propostas: às 17h:00 min do dia 20/08/2018

OBS.: O fechamento e negociação das propostas será no primeiro dia subsequente ao limite de recebimento das propostas. As propostas deverão ser entregues somente no e-mail abaixo.

DÚVIDAS: Será permitido esclarecimento de dúvidas até 02 (Dois) dias úteis anteriores à data fixada para limite de recebimento das propostas, somente através dos seguintes contatos:

- E-mail: compras@aebes.org.br (prioridade)
- Hospital Jayme Santos Neves: (27) 3331-7542 / 3331-7543
- Hospital Evangélico de Vila Velha e Maternidade Municipal de Cariacica: (27) 2121-3778 / 2121-3786

2. CRITÉRIO DE JULGAMENTO PARA AQUISIÇÃO:
( ) Menor Preço
( ) Melhor Técnica
(X) Melhor Preço e Técnica
( ) Outro – *Descrever:*

2.1. Critérios Técnicos:

Serão considerados critérios técnicos os seguintes itens:

- Possuir registro na ANS há mais de 5 anos;
- Possuir escritório ou representante na Grande Vitória;
- Possuir, no mínimo, 25.000 (vinte e cinco mil) vidas cadastradas na ANS, no Estado do Espírito Santo;
- Apresentar Balanço Patrimonial dos últimos 3 anos, no qual deverá constar as provisões técnicas exigidas pela ANS;

2.2. Melhor Preço

Serão considerados os seguintes critérios para estabelecer o conceito de “melhor preço”:

Menor valor do custo global (Custo + Co-participação somente em consultas e atendimentos em pronto socorro).

3. DADOS DA CONTRATANTE

Associação Evangélica Beneficente Espírito Santense – AEBES, Mantenedora de uma unidade de saúde própria e gestora de outras duas unidades de saúde, é responsável pela gestão de mais de 650 leitos e aproximadamente 3.000 (Três mil) funcionários diretos.

- **Hospital Estadual Dr. Jayme dos Santos Neves (HEJSN)**: Av. Paulo Pereira Gomes, s/n, Morada de Laranjeiras – Serra – ES. CEP: 29.166-828; CNPJ 28.127.926/0002-42

4. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DA PROPOSTA

4.1 – DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestação de serviços de assistência à saúde, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme rol de procedimentos exigidos pela Lei Federal nº 9.656/98.

O proponente deverá apresentar a proposta da seguinte forma:

1 - Custo linear – 0 a 100 anos;

4.1.1 - FAIXA ETÁRIA POTENCIAL

Para nortear a proposta, apresenta-se abaixo a tabela com o número de empregados da instituição:

Faixa etária	Quantidade de empregados
00 a 43 anos	1499
44 anos em diante	286
Total	1785

*** Quadro de empregados em 28/06/2018**

A Massa Ativa atual é a seguinte:

Levantamento Faixa Etária Massa Ativa			
Faixa	**Idade**	**Qtda Titular**	**Qtda Dependente**
1ª	0 a 18	-	66
2ª	19 a 23	11	3
3ª	24 a 28	75	4
4ª	29 a 33	74	3
5ª	34 a 38	98	2
6ª	39 a 43	80	3
7ª	44 a 48	49	5
8ª	49 a 53	30	5
9ª	54 a 58	8	2
10ª	59 ou mais	4	4
Total		**429**	**97**

NOTA: A empresa custeia 25% (vinte e cinco) do valor da mensalidade dos empregados. Registra-se, que não é realizado qualquer custeio aos dependentes.

NOTA: A adesão ao plano NÃO é compulsória, ou seja, trata-se de uma prerrogativa dos empregados aderir ou não ao plano disponibilizado pela instituição

4.2. TIPOS DE PLANO

De acordo com o estabelecido pela ANS, deverão ser apresentadas propostas considerando os seguintes tipos de plano:
1 - Cobertura Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia.

4.3 ABRANGÊNCIA DO ATENDIMENTO

Atendimento em todo Estado do Espírito Santo, de acordo com o tipo do plano.

4.4 HOSPITAIS CREDENCIADOS

- A proposta deverá conter, como anexo, a lista dos hospitais, clínicas e locais de atendimento credenciado por município.

4.4.1 REDE CREDENCIADA

- A operadora deverá possuir no mínimo, um hospital credenciado nos municípios de Serra, Vila Velha, Vitória e Cariacica, o qual deverá conter, no mínimo, as seguintes especialidades: Obstetrícia, Ortopedia e Hospital Geral Adulto e Infantil.

- Possuir rede credenciada que atenda a todas as especialidades médicas, exames simples e especializados, atendimento de urgência adulto e infantil, nos municípios de Serra, Vila Velha, Vitoria e Cariacica.

4.5 – BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES

- Cônjuge;
- Companheiro, mediante certidão de união estável;
- Filho(a) adotivo ou não até 18 anos (incompletos), se universitários até 24 anos (incompletos), sempre solteiros;
- Menor que por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do titular;

4.6 – TIPO DE ACOMODAÇÃO

- Enfermaria.

4.7 – DA CARÊNCIA

Conforme regra da ANS, será aplicada as carências constantes na tabela abaixo para cada plano que atingir adesão até 29 vidas.

NOTA: No caso dos planos que possuírem 30 vidas ou mais, haverá isenção total da carência.

Procedimentos	Inferior a 30 vidas
Urgência e Emergência	Imediato
Consultas	30 dias
Exames básicos de diagnóstico	30 dias
Exames intermediários	90 dias
Exames especiais e de alta complexidade	180 dias
Cirurgias Obstétricas	300 dias
Internação / UTI	180 dias
Doenças pré-existentes	720 dias

4.8 – PLANO PARA DEMITIDOS E APOSENTADOS

Garantir aos demitidos e aposentados sem justa causa conforme Lei 279 o direito a permanecer no plano de saúde por um 1/3 do tempo que contribuiu para o benefício, sendo o prazo mínimo de 06 meses e máximo de 02 anos.

Aposentados com mais de 10 anos de contribuição poderá permanecer por tempo indeterminado. Os boletos dos demitidos e aposentados será emitido com o valor integral da mensalidade e enviado para o endereço do titular.

4.9 – DA SINISTRALIDADE

Apresentar e discutir mensalmente, junto com a empresa relatório de sinistralidade contendo:

- Maiores usuários;
- Maiores prestadores;
- Implantar ações para conter o uso;
- Sugestão de ações para diminuir a sinistralidade.

5. QUALIFICAÇÃO DA EMPRESA

5.1. Documentação obrigatória para habilitação:

A empresa deve estar devidamente habilitada, consoante a legislação regulamentar, para a prestação do serviço para o qual poderá ser contratada. Devendo fornecer sempre que solicitado, as certidões de:

- Certidão Negativa de débito Estadual;
- Certidão negativa de débito emitida pela Secretaria de Fazenda do município no qual a empresa estiver sediada;
- Certidão Negativa de Débitos relativos aos tributos federais e dívida ativa da União;
- Certidão Negativa de débitos Trabalhistas emitida pelo site do Ministério do Trabalho e Emprego;
- Certidão de Regularidade do FGTS.
- Alvará de funcionamento e demais alvarás obrigatórios em relação ao ramo de atividade desenvolvida. (Exemplos: Alvará de vigilância sanitária e corpo de bombeiro);
- Certidão de regularidade técnica (CRT), se houver imposição legal para o ramo de atividade;
- Anotação de responsabilidade técnica (ART), se houver imposição legal para o ramo de atividade;
- Contrato social e alterações;
- Apresentação da Carta de Referência emitida por duas empresas atestando a capacidade técnica nos casos em que se aplicar;
- Carta de Exclusividade se for o caso.

5.2. Documentação Específica exigida do serviço/produto:

- A empresa deve estar devidamente habilitada, regularizada junto a ANS, consoante a legislação regulamentar, para a prestação do serviço.
- **Importante:** Caso o serviço a ser prestado tenha necessidade de alocar pessoa(s) na CONTRATANTE, será solicitado a apresentação da documentação exigida pelo SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho) descrita no Anexo II - Solicitação de documentos a terceiros, após análise do Anexo I - Ficha de Registro do Prestador de Serviços referente ao Manual de terceiros, o qual é parte integrante do presente documento. O Anexo II será enviado pelo SESMT caso necessário.
- **Importante:** Nas contratações que envolverem a prestação de serviços, serão retidos na fonte os tributos federais.

6. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA E FORMA DE REMUNERAÇÃO

- Cumprir integralmente as exigências para a modalidade de plano coletivo empresarial previstas na Lei Federal nº 9.656/98.
- **Importante:** Não é permitida a contratada a subcontratação total ou parcial do objeto deste contrato, bem como sua cessão ou transferência, total ou parcial.
- **Importante:** É expressamente vedado a qualquer das partes desconto ou cobrança de duplicata através de rede bancária ou de terceiros, bem como a cessão de crédito dos valores objetos deste contrato ou sua dação em garantia.

7. FORMA DE REMUNERAÇÃO

- **Importante:** Os pagamentos serão condicionados à apresentação mensal da Nota Fiscal dos serviços executados/produtos entregues, acrescida das certidões negativas (Conforme item 5.1), que comprovem a regularidade fiscal da CONTRATADA, **sendo pago em até 15 (quinze) dias após a data de emissão da nota fiscal.**

8. A VIGÊNCIA DO CONTRATO

A vigência do contrato se dará por 12(doze) meses. **(Caso seja contrato de adesão deve ser enviado o contrato juntamente com o orçamento).**
Importante: Nos casos específicos de contratação com o Hospital Estadual Dr. Jayme dos Santos Neves, deverá ser observada a vigência do Contrato de Operacionalização do referido Hospital com a SESA – Secretaria de Saúde do Espírito Santo. Caso o mesmo seja rescindido durante a vigência do contrato, não haverá penalidades contratuais para nenhuma das partes em caso de rescisão.

AEBES	**FICHA DE REGISTRO DO PRESTADOR DE SERVIÇO**	HOSPITAL ESTADUAL DR. JAYME SANTOS NEVES

Razão Social:		
Nome Fantasia:		
Endereço:		
CEP:	Cidade:	UF:
Tel.:	E-mail:	
Representante(s) legal(s) do Contrato Social:		
Tel:		
Tempo previsto para realização do trabalho:	Previsão de Início do Trabalho:	
Nº Total de funcionários:	Quantos atuarão na AEBES:	
Nº de Sócios:	Quantos atuarão na AEBES:	

1. Descrição sumária das atividades:

_____

_____

_____

2. Setores de atuação:

_____

_____

3. Listar os materiais a serem utilizados (máquinas, equipamentos, dosímetros, ferramentas e outros) e produtos químicos:

_____

_____

_____

_____

4. Definir os momentos de ruídos, odor intenso, necessidade de Paralisação ou outro fator que podem intervir na rotina diária dos empregados da AEBES:

_____

_____

_____

5. Informar quais os equipamentos de proteção individual - EPI's serão utilizados, com respectivo Nº do Certificado de Aprovação – CA do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE

_____

_____

6. Indicar um empregado para compor a CIPA, conforme NR 05 - Contratantes e Contratadas, participando das reuniões mensais (no caso de tempo de serviço superior a seis meses).

_____

7. Observações:

_____

Data: ____/____/_____ Assinatura do Prestador de Serviço_____