



SEÇÃO JUDICIÁRIA DO MATO GROSSO DO SUL

R. Delegado Carlos Roberto Bastos de Oliveira, 128 - Parque dos Poderes, Campo Grande - MS, 79037-102 - CEP - @cidade_unidade@ - -
www.jfms.jus.br

TERMO DE REFERÊNCIA Nº 11181404/2024

Processo Administrativo nº 0002424-40.2023.4.03.8002.

1. DAS CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO

1.1. Contratação de empresa para **prestação de serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia**, destinados aos magistrados e servidores, ativos ou aposentados, os pensionistas e os respectivos dependentes, conforme especificações constantes neste Termo de Referência, nos termos da tabela abaixo, conforme condições e exigências estabelecidas neste instrumento.

GRUPO 1

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	CATSER	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE	VALOR MENSAL	VALOR TOTAL
1	Contratação de empresa para prestação de serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia - estadual com coparticipação em consultas e procedimentos	13340	MÊS	30	325.024,78	9.750.743,40
2	Contratação de empresa para prestação de serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia - nacional sem coparticipação	13340	MÊS	30	341.204,97	10.236.149,10

ESTADUAL COM COPART. EM CONSULTAS E PROCEDIMENTOS

Faixa Etária	Quantidade de beneficiários	Valor da mensalidade por beneficiário	Valor mensal	Valor anual	Valor 30 meses
0-18	134	167,36	22.426,24	269.114,88	672.787,20
19-23	46	192,49	8.854,54	106.254,48	265.636,20
24-28	43	220,97	9.501,71	114.020,52	285.051,30
29-33	49	254,45	12.468,05	149.616,60	374.041,50
34-38	42	292,93	12.303,06	147.636,72	369.091,80
39-43	53	339,82	18.010,46	216.125,52	540.313,80
44-48	67	410,15	27.480,05	329.760,60	824.401,50
49-53	59	534,01	31.506,59	378.079,08	945.197,70
54-58	50	721,51	36.075,50	432.906,00	1.082.265,00
59 ou mais	146	1.002,73	146.398,58	1.756.782,96	4.391.957,40
Total:	689		325.024,78	3.900.297,36	9.750.743,40

NACIONAL SEM COPARTICIPAÇÃO

Faixa Etária	Quantidade de beneficiários	Valor da mensalidade por beneficiário	Valor mensal	Valor anual	Valor 30 meses
0-18	101	330,28	33.358,28	400.299,36	1.000.748,40
19-23	11	379,85	4.178,35	50.140,20	125.350,50
24-28	13	436,03	5.668,39	68.020,68	170.051,70
29-33	33	502,12	16.569,96	198.839,52	497.098,80
34-38	43	578,04	24.855,72	298.268,64	745.671,60
39-43	49	670,56	32.857,44	394.289,28	985.723,20
44-48	36	809,34	29.136,24	349.634,88	874.087,20
49-53	28	1.053,75	29.505,00	354.060,00	885.150,00
54-58	27	1.423,73	38.440,71	461.288,52	1.153.221,30
59 ou mais	64	1.978,67	126.634,88	1.519.618,56	3.799.046,40
Total:	405		341.204,97	4.094.459,64	10.236.149,10

Os dados estimativos têm como base a distribuição atualizada em março/2024 dos beneficiários dos planos de saúde vigentes (estadual e nacional), não estando a Justiça Federal de Mato Grosso do Sul obrigada a manter qualquer quantitativo estabelecido, visto que a adesão é voluntária.

1.2. Os serviços objeto desta contratação são caracterizados como comuns, conforme justificativa constante do Estudo Técnico Preliminar - ETP

1.3. O prazo de vigência da contratação é de 30 (trinta) meses contados do(a) termo inicial definido no contrato, prorrogável por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133/2021.

1.3.1. A prorrogação dependerá de motivação, mediante a constatação de vantagens para a Administração.

1.3.2. O contrato oferece maior detalhamento das regras que serão aplicadas em relação à vigência da contratação.

1.4. Do valor individual do plano:

1.4.1. O valor do plano de deverá obedecer aos critérios estabelecidos pela Resolução Normativa ANS nº 563/2022 e ao limite previsto neste Termo, conforme abaixo:

1.4.1.2 Deverá ser obedecido o limite de 5% entre as faixas etárias, a fim de possibilitar a manutenção do quantitativo inscrito.

1.4.1.3. A variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e sétima faixas.

1.4.1.4. As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

1.4.1.5. A variação do preço em razão da faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite e no mês subsequente ao do seu aniversário.

1.4.2. Com base nos critérios acima e valores estabelecidos para esta contratação, o valor da mensalidade a ser cobrada pelo contratado não poderá exceder aos valores estimados pela Administração, conforme quadros constantes do item 1.1;

1.5. O custo estimado total da contratação é de R\$ **19.986.892,50** (dezenove milhões, novecentos e oitenta e seis mil oitocentos e noventa e dois reais e cinquenta centavos), conforme custos unitários dispostos na tabela acima.

1.6. A licitação será realizada no âmbito da Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul (JFMS).

1.7 Do início da execução dos serviços:

a) Os serviços deverão ter início na data especificada na ordem de serviço (Anexo I do Termo de Referência).

b) Considera-se início da execução dos serviços, a prestação da assistência médica aos beneficiários cadastrados.

1.8. Pesquisa de Preços

1.8.1. Considerando a natureza específica e singular do objeto a ser licitado, bem como as circunstâncias particulares envolvidas, foi realizada pesquisa de mercado local, em que se verificou as seguintes possibilidades:

- Caixa de Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul (CASSEMS);
- UNISAÚDEMS - Caixa de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado de Mato Grosso do Sul;
- Bradesco Saúde;
- HAPVIDA;
- UNIMED Campo Grande.

1.8.2. Tal pesquisa visou a obtenção de orçamentos para compor o valor estimado da licitação. Esta pesquisa incluiu o envio de e-mails às operadoras de plano de saúde, contudo, não foi possível obter respostas que permitissem a formação de uma média de preços de mercado, pois não houve manifestação da maior parte das empresas pesquisadas, conforme detalhado no item 3 (Levantamento de Mercado).

1.8.3. Adicionalmente, consultamos outros órgãos públicos (TRT 24ª, TRE/MS, TJ/MS, TRF3, SJSP), banco de preços (10687702) e painéis de referência de preços disponíveis (10687708), os quais corroboraram a dificuldade em encontrar parâmetros comparativos precisos, devido à singularidade do objeto em questão. Os contratos pesquisados junto a esses órgãos revelaram que, apesar da similaridade em termos gerais, o objeto específico não coincide integralmente com o que se pretende licitar, o que compromete a obtenção de uma média realista de preços.

1.8.4. Diante dessa situação, optamos pela adoção de um único preço para compor o valor estimado da

licitação, o qual reflete o resultado das pesquisas realizadas e considera as características únicas do objeto a ser contratado. Ressaltamos que essa abordagem se pauta pela transparência e pela busca contínua pela eficiência na administração dos recursos públicos, garantindo a conformidade com os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, conforme preconizado pela legislação vigente, razão pela qual solicitamos a aprovação desta justificativa para a definição de um único preço como valor estimado da presente licitação.

1.8.5. Tal medida encontra respaldo no art. 5º, § 2º, inciso IV, da Instrução Normativa SEGES/ME nº. 65, de 7 de julho de 2021.

1.8.6. O quantitativo a ser contratado refere-se à quantidade, atualizada até março/2024, de usuários inscritos no plano de saúde (magistrados e servidores, ativos e inativos, pensionistas e todos os seus dependentes), podendo haver variação no decurso do contrato.

1.8.7. Em razão do valor, a contratação não será exclusiva para ME/EPP, mas será garantida a preferência na contratação, com fulcro na Lei Complementar nº 123/2006

2. FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

2.1. Faz-se necessária a contratação de empresa (pessoa jurídica), especializada na prestação de serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, por meio de plano de saúde, destinados aos magistrados e servidores, ativos e inativos, aos respectivos dependentes, agregados e pensionistas, da Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul, contemplando o Programa de Benefícios e Assistência Social - Pró-Social, regulamentado pela Instrução Normativa 38-03 do Conselho da Administração do TRF da 3a. Região e suas atualizações, visando a promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças.

2.2. Esta contratação está em conformidade com a Resolução CNJ 294/2019 e suas atualizações, que regulamenta o programa de assistência à saúde suplementar para magistrados e servidores do Poder Judiciário e com a Resolução CNJ no 207/15 e suas atualizações, que institui a Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário e a Resolução CJF 02/2008 que regulamenta os benefícios do plano de seguridade social da Lei 8.112/1990.

2.3 Considerando o vencimento improrrogável do contrato atualmente vigente, a ocorrer em 08/10/2024, a presente contratação visa proporcionar, sem interrupção, a garantia de acesso a serviços privados de assistência à saúde aos senhores(as) juizes(as), servidores(as) e grupos familiares, considerando autorização legal (art. 230 da Lei 8.112/1990 e art. 5º, II, da Resolução 207/2015 do CNJ) e disponibilidade orçamentária.

2.4 O objetivo da contratação é viabilizar assistência à saúde aos magistrados, servidores, seus dependentes, agregados e pensionistas, por meio de plano privado, nos termos da legislação de regência.

Dispõe a Lei 8.112/1990:

Art. 230. A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, terá como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde e será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor, ativo ou inativo, e seus dependentes ou pensionistas com planos ou seguros privados de assistência à saúde, na forma estabelecida em regulamento”. ([Redação dada pela Lei nº 11.302 de 2006](#))

2.5 Verifica-se, ainda, o alinhamento da contratação aos planos do órgão diante:

- 1) da importância da promoção e preservação da saúde de magistrados e servidores para o alcance dos macrodesafios estabelecidos na Estratégia Nacional do Poder Judiciário para o sexênio 2021-2026, a teor da Resolução CNJ 325, 29 de junho de 2020 e;
- 2) da responsabilidade da instituição pela promoção da saúde, prevenção de riscos e doenças de seus membros e servidores (Resolução nº 207/2015-CNJ).

3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO CONSIDERADO O CICLO DE VIDA DO OBJETO

3.1. Assistência à saúde, por intermédio de Pessoa Jurídica na forma do inciso de I do art.1º e incisos de I a III do art. 12º. da Lei 9.656/98, e suas atualizações, e normativas atualizadas da ANS, no segmento Médico-Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, incluindo, dentre outros, exames, consultas, tratamentos, procedimentos ambulatoriais, internações, cirurgias e partos, de acordo com as seguintes categorias de plano:

a) AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, de **Abrangência Nacional**, com serviços prestados por meio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, para atendimentos de rotina, urgências ou emergências, abrangendo todas as cidades dos 26 estados da federação e o Distrito Federal, **sem coparticipação**, com acomodação para internação individual, realizada em **apartamento**, com banheiro privativo, ar condicionado e direito à acompanhante.

b) AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, com **Abrangência Estadual**, com serviços prestados por meio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, para atendimentos de rotina, urgências ou emergências, **abrangendo todas as cidades do Estado do Mato Grosso do Sul, admitida a coparticipação máxima de 50%, limitado ao valor máximo estipulado em contrato**, incidente apenas em consultas, exames e outros procedimentos ambulatoriais eletivos, de baixa e média complexidade, com acomodação para internação individual, realizada em **apartamento**, com banheiro privativo, ar condicionado e direito à acompanhante.

3.2. O serviço à saúde será prestado através da contratação de Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré-estabelecido, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes **de rede credenciada, contratada ou referenciada**, visando a assistência médica e hospitalar, a ser paga integralmente às expensas da operadora/seguradora contratada, consoante o disposto no art. 1º, inciso I da Lei nº 9.656/98.

3.3. A contratação dar-se-á pelo regime **coletivo empresarial**, nos termos do art. 16, VII, alínea b da Lei nº 9656/98, pelo sistema de mensalidade pré-fixada, aceitando-se o reembolso nos casos exclusivamente previstos neste Termo de Referência ou quando previstos em normas regulamentares da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS ou, ainda, em outras situações não previstas, mas previamente acordada com o contratado.

3.4. O objetivo da contratação é a prestação de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, de natureza clínica e cirúrgica, por profissionais e hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios ou credenciados, nas internações normais ou terapia intensiva, obrigando-se na execução dos serviços direcionados à prevenção de riscos e doenças, ao tratamento, a recuperação, a manutenção e a reabilitação da saúde.

3.5. O Plano Privado de Assistência à Saúde contratado deverá estar de acordo com o art. 230, §3º, inciso II da Lei nº 8.112/90 e nos termos da Lei nº 9.656/98, observando-se todas as normas expedidas pela ANS, devendo, também, abranger todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

A presente contratação alinha-se ao Plano Anual de Contratações (PAC) 2024, linha 85 (doc SEI 10580225).

A contratação tem por objeto a prestação de serviços:

Assistência à saúde, por intermédio de Pessoa Jurídica na forma do inciso de I do art.1º e incisos de I a III do art. 12º. da Lei 9.656/98, e suas atualizações, e normativas atualizadas da ANS, no segmento Médico-Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, incluindo, dentre outros, exames, consultas, tratamentos, procedimentos ambulatoriais, internações, cirurgias e partos, de acordo com as seguintes categorias de plano:

a) AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, de **Abrangência Nacional**, com serviços prestados por meio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, para atendimentos de rotina, urgências ou emergências, abrangendo todas as cidades dos 26 estados da federação e o Distrito Federal, **sem coparticipação**, com acomodação para internação individual, realizada em **apartamento**,

com banheiro privativo, ar condicionado e direito à acompanhante.

b) **AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**, com **Abrangência Estadual**, com serviços prestados por meio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, para atendimentos de rotina, urgências ou emergências, **abrangendo todas as cidades do Estado do Mato Grosso do Sul, admitida a coparticipação máxima de 50%**, incidente apenas em consultas, exames e outros procedimentos ambulatoriais eletivos, de baixa e média complexidade, e limitada ao valor máximo de R\$ 189,54 (cento e oitenta e nove reais e cinquenta e quatro centavos), com acomodação para internação individual, realizada em **apartamento**, com banheiro privativo, ar condicionado e direito à acompanhante.

A precificação será em função da categoria de serviços ofertados para cada plano.

O contratado deverá oferecer e garantir, no mínimo, a cobertura para todos os itens constantes na última edição do Rol da ANS e suas atualizações para ambos os planos.

As exclusões da cobertura assistencial compreendem aquelas previstas no artigo 17, da Resolução Normativa nr. 465/2021 da ANS, e suas atualizações.

4.1. DA REDE DE ATENDIMENTO

a) Os serviços serão prestados pela rede assistencial da operadora ou seguradora, que compreende a rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, correspondente ao plano contratado, incluindo médicos, hospitais, clínicas, laboratórios de imagem, serviços de diagnóstico por imagem e prontos-socorros e deverá cobrir, minimamente, todo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

b) O contratado deverá disponibilizar no mínimo consultas médicas na áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia em todas as localidades onde estão instaladas as Varas Federais e a Sede da Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul (Campo Grande, Corumbá, Dourados, Três Lagoas, Coxim, Naviraí e Ponta Porã).

c) O contratado deverá disponibilizar aos beneficiários acesso a laboratórios de análises clínicas, recursos hospitalares que disponham de pronto-socorro com atendimento 24 horas por dia e centro cirúrgico adequado para a realização de procedimentos de, no mínimo, baixa e média complexidade, além de clínicas de fisioterapia e psicologia em todas as localidades onde estão instaladas as Varas Federais e a Sede da Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul (Campo Grande, Corumbá, Coxim, Dourados, Naviraí, Ponta Porã e Três Lagoas).

d) O contratado deverá disponibilizar aos beneficiários acesso a serviços especializados em atendimento obstétrico, pronto socorro infantil, hemoterapia, unidade de terapia intensiva, hemodiálise e tratamento oncológico nas cidades de Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas.

e) O contratado deverá disponibilizar aos beneficiários acesso a serviços hospitalares de alta complexidade e unidade de terapia intensiva infantil e neonatal nas cidades de Campo Grande e Dourados-MS.

f) Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora/seguradora deverá garantir o atendimento nos termos e prazos fixados na Resolução Normativa nº 566/2022 da ANS e atualizações.

g) A substituição de entidade hospitalar só poderá ser feita por outra equivalente mediante autorização prévia da ANS e comunicação ao contratante, salvo se ocorrer por pedido da entidade hospitalar credenciada.

4.1.2 DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS

a) Os procedimentos médicos a serem cobertos pelo plano indicado acima, são aqueles constantes da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID 10, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definidos pelo Ministério da Saúde, nos termos da Lei nº 9.656/98 e suas alterações, e em todas as normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e, nos termos do art. 14 da RN ANS nº 465/2021, a

cobertura relacionada ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, visando assistência clínica e cirúrgica, eletiva, de urgência e emergência, por intermédio de profissionais, hospitais e serviços de diagnóstico e terapia próprios, credenciados ou cooperados, obrigando-se na execução dos serviços direcionados à prevenção das doenças e recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, nos termos e condições ajustados, exclusivamente na área de abrangência contratada. O plano compreende os segmentos **ambulatorial, hospitalar e obstetrícia**.

b) Não haverá coparticipação nas internações, inclusive psiquiátricas.

c) Todas as internações devem ser realizados em apartamentos, com quarto privativo, ressalvadas as hipóteses do local não dispor da acomodação contratada, o qual fica garantido o atendimento mesmo em outra acomodação.

d) **Da cobertura à saúde mental** – transtornos psiquiátricos:

I - O plano também deverá dar cobertura ao tratamento de transtornos psiquiátricos, no plano ambulatorial e hospitalar, nos termos da Resolução Normativa ANS Nº 465/2021 e nos termos do art. 12 da Lei nº 9656/98, com alterações e demais normativas expedidas pela ANS e demais órgãos competentes. A cobertura deve abranger todos os atendimentos clínicos e cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, compreendendo:

Custeio integral de internação em hospital psiquiátrico, unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos ;

Custeio integral de de internação em hospital geral para portadores de quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos, consoante o parágrafo primeiro do art. 10º da RN ANS nº 465/2021.

4.1.3 DA COBERTURA RELACIONADA A REMOÇÕES E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

a) Remoções entre domicílio do beneficiário e rede credenciada hospitalar, e vice-versa, apenas em situações de urgência ou emergência em pacientes com regime de Internação Domiciliar (*Home Care*), e com a devida indicação médica;

b). Seguindo o Rol da ANS, remoção inter-hospitalar, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

c) *Home Care* - A cobertura da internação domiciliar (*Home Care*) poderá ser ofertada de acordo com a indicação do médico assistente, mas obedecendo prioritariamente os critérios técnicos de elegibilidade (score NEAD e/ou similares), e compreenderá diferentes níveis de complexidade de atendimento, a saber:

I. *Home Care* de alta complexidade, que consiste no atendimento domiciliar aos pacientes hospitalares estáveis, mas com alta demanda de cuidados de enfermagem, como, por exemplo, ventilação mecânica, aspirações frequentes de vias aéreas e manejo de ventiladores. Nesta modalidade, a cobertura poderá incluir materiais, medicamentos, equipamentos e assistência de enfermagem 24 horas, com os critérios de elegibilidade acima descritos, bem como visitas médicas e de enfermagem, atendimento regular de fisioterapia e, quando indicado, atendimentos de fonoaudiologia.

II. *Home Care* no formato de assistência domiciliar, que pode englobar:

a) Suporte intensivo de reabilitação, contemplando fisioterapia motora e/ou respiratória, e/ou fonoterapia domiciliar, em casos de média ou baixa complexidade de cuidados, desde que presentes os critérios de elegibilidade acima descritos, e comprovação da necessidade do atendimento estritamente domiciliar;

b) Situação de desospitalização, quando da necessidade de terapias endovenosas prolongadas.

c) Nestas modalidades dos itens “i” e “ii”, a assistência de enfermagem não é obrigatória, ou quando

necessária, apenas em períodos curtos de tempo.

Não está prevista a oferta de cuidadores ou profissional de enfermagem para pacientes, ainda que acamados ou incapacitados, quando os procedimentos não exigirem atendimento de enfermagem especializado, bem como visitas médicas de especialistas, psicoterapia ou psiquiatria. São da responsabilidade dos cuidadores, os procedimentos, tais como: banhos; auxílio à deambulação e mobilização no leito; administração de medicamentos por via oral; alimentação por via oral, por sonda nasogástrica, nasoenteral ou gastrostomia, e realização de curativos simples, entre outros.

4.1.4 DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

4.1.4.1 Estão excluídos os seguintes procedimentos, dentro das coberturas:

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- c) Inseminação artificial;
- d) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética ou de rejuvenescimento, assim como em *spas*, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- e) Fornecimento de medicamentos e materiais para a saúde não registrados na ANVISA.
- f) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvadas as situações previstas em regulamentação pela Agência Nacional de Saúde;
- g) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico;
- h) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios e materiais sem o registro no órgão competente;
- i) Aviação de óculos, lentes de contato e aparelhos de audição (materiais não implantáveis);
- j) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- k) Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
- l) Despesas hospitalares extraordinárias referentes a ligações telefônicas, lavagem de roupas particulares, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável ou outros serviços extraordinários requeridos pelo beneficiário, que excedem ao limite do contrato;
- m) Plano odontológico, previsto na Lei nº 9.656/98, salvo a cirurgia buco-maxilo-facial, realizada em ambiente hospitalar com cobertura prevista e regulamentada pela Lei nº 9.656/98 e por normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- n) Exames e procedimentos realizados durante o período de carência;
- o) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados com profissionais, laboratórios, clínicas ou hospitais não cooperados/contratados/credenciados à operadora/seguradora contratada, exceto para os casos de urgência e emergência, e consoante o previsto no subitem 4.1.4.3;
- p) Vacinas;
- q) Serviço de enfermagem em caráter particular.

4.1.4.2 Os procedimentos previstos nas alíneas acima passarão a ser cobertos caso passem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estipulados pela ANS.

4.1.4.3 Conforme alínea “o” acima descrita, não há cobertura para atendimentos fora da rede credenciada, cooperada ou referenciada, exceto nos casos de urgência e emergência, ou outro caso não previsto, **autorizado** pelo contratado.

4.1.4.4 Na hipótese de não haver credenciado para consultas, exames ou procedimentos cobertos na localidade onde se encontra o usuário, caberá ao contratado proceder à cobertura na forma prevista na RN

4.1.5 DOS CRITÉRIOS DE ADMISSÃO, PERMANÊNCIA E EXCLUSÃO

4.1.5.1 São usuários do Plano de Saúde os/as Juízes/as e Servidores/as da Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul, e seus respectivos dependentes e agregados, sendo:

4.1.5.1.1 Beneficiários titulares, sem limite de idade, para os Planos A e B:

- a) Magistrados ativos e inativos;
- b) Servidores ativos e inativos, inclusive os removidos, cedidos, requisitados e com lotação provisória na JFMS, vendada a acumulação com o plano de saúde de outro órgão;
- c) Comissionados sem vínculo;
- d) Pensionistas, com direito limitado à sua pessoa.

4.1.5.1.2 Beneficiários dependentes, para os Planos A e B:

- a) Cônjuge ou companheiro(a), que comprove união estável com o beneficiário titular, inclusive para os casos de união homoafetiva;
- b) Filhos(as) e enteados (as) menores de 21 anos ou inválidos;
- c) Filhos e enteados entre 21 e 24 anos, solteiros, dependentes financeiramente do titular e cursando ensino superior;
- d) Menor de 21 anos sob guarda judicial ou tutela do beneficiário titular.

4.1.5.1.3 Agregados aos beneficiários titulares para os Planos A e B:

- a) Pai e mãe, inclusive os adotantes (carteira residual);
- b) Padrasto e madrasta (carteira residual);
- c) Curatelados;
- d) Irmã(o)s inválido(a)s permanentes, desde que assim declarado por laudo médico pericial e que dependam financeiramente do beneficiário titular;
- e) Filho ou enteado, acima de 21 anos, quando não estiver cursando o ensino superior, ou acima de 24 anos, até o limite de 40 anos.

4.1.5.1.3.1 A inscrição dos agregados na carteira atual deverá ser realizada no Pró-social e no contratado.

4.1.5.1.3.2 Não serão permitidas novas adesões às classes de beneficiários agregados constantes nos itens "a" e "b", por tratar-se de carteira residual.

4.1.5.1.3.2.1 A carteira residual é composta pelos beneficiários "pai, mãe, padrasto e madrasta" constantes dos itens "a" e "b", cadastrados como agregados no Pró-Social até setembro/2024.

4.1.5.1.3.3 Os beneficiários titulares responderão pela integralidade do pagamento dos beneficiários agregados.

4.1.5.2 Cessarão os direitos de utilização do Plano, nos seguintes casos:

4.1.5.2.1 Aos beneficiários titulares, quando:

- a) solicitado pelo próprio beneficiário titular;
- b) à disposição de outro órgão, sem ônus para a JFMS;
- c) exonerado ou demitido;
- d) exonerado ou destituído do cargo em comissão de investidura originária;
- e) retornar ao órgão de origem do servidor requisitado ou à disposição;
- f) houver perda da qualidade de beneficiário da pensão;
- g) em licença ou afastamento sem remuneração, que não tenha optado pela manutenção do vínculo com o

Plano de Seguridade Social do Servidor Público – PSSS, na forma do art. 183, § 3º, da Lei nº 8.112/90.

h) desfrutar de benefício igual ou equivalente, custeado pelos cofres públicos, ainda que como dependente beneficiário, decorrente de relação funcional ou empregatícia com outro órgão, assegurado o prévio exercício do direito de opção.

4.1.5.2.2 Aos seus dependentes:

a) nas hipóteses do item anterior;

b) a pedido do beneficiário titular;

c) por óbito do beneficiário titular, quando o dependente passa à categoria de titular, quando declarado pensionista, com direito exclusivo à sua pessoa;

d) quando desfrutar de benefício igual ou equivalente, custeado pelos cofres públicos, ou quando já possuir a qualidade de beneficiário decorrente de relação funcional ou empregatícia em outro órgão, assegurado o prévio exercício do direito de opção;

e) para o cônjuge, pela separação judicial, divórcio ou anulação do casamento, não podendo ser oferecido a título de pensão para ex-cônjuge. O beneficiário titular poderá incluir apenas um cônjuge/companheiro;

f) para o(a) companheiro(a), com a dissolução da união estável;

g) para os(as) filhos(as), enteados(as), ou tutelados(as), ao completarem 21 anos e não estiver cursando curso superior;

h) para os filhos e enteados entre 21 e 24 anos, ao completarem 24 anos, ao cessar a condição de estudantes, ou de dependentes econômicos, ou pelo casamento;

i) para o menor sob guarda, pela cessação da dependência econômica, tutela ou guarda, ou quando atingirem a maioridade;

j) para os dependentes inválidos em geral, pela cessação da condição de invalidez.

4.1.5.2.3 Aos agregados:

a) nas hipóteses contempladas no subitem 4.1.5.2.1;

b) pelo falecimento do beneficiário titular, a não ser que designados pensionistas, de acordo com o assentamento funcional;

c) pela perda da condição de curatelado;

d) para irmãos inválidos, pela perda da condição de invalidez;

e) aos filhos ou enteados ao completarem 40 (quarenta) anos de idade.

4.1.5.3 A inclusão de dependentes dependerá da participação do(a) titular no plano de assistência à saúde.

4.1.5.4 Os dependentes e agregados estão vinculados ao mesmo Plano do beneficiário titular para efeito de inclusão nos Planos contratados.

4.1.5.5 Nos casos de cessação do direito por idade, a cobertura deverá ser oferecida até o último dia do mês de aniversário.

4.1.5.6 Não será permitida a cobrança de taxa de inscrição/inclusão ou outras taxas não previstas neste termo.

4.1.5.7 A emissão e entrega das Carteiras de Identificação deverá ser realizada para a JFMS no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis após o recebimento da solicitação de inclusão ou do pedido de 2ª via, sem prejuízo do início da utilização dos serviços.

4.1.5.8 As inclusões serão encaminhadas pela JFMS ao Contratado até o dia 30 de cada mês, para vigorar a contar do primeiro dia do mês subsequente ao protocolo do pedido, exceto nas situações que necessitar de inclusão antecipada tais como: inclusão imediata de recém-nascido ou de titular recém-ingresso na JFMS, quando necessário para não cumprir carência, em virtude dos prazos estipulados pela ANS.

4.1.5.9 A JFMS informará ao Contratado, até o dia 30 de cada mês, as exclusões de usuários.

4.1.5.10 É assegurado ao servidor/magistrado exonerado pela JFMS, sem que haja justa causa, que

contribuiu para o plano de saúde, em decorrência de vínculo com o Órgão, o direito de manter temporariamente sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial, desde que assuma o seu pagamento integral constante em contrato, consoante o art. 30 da Lei 9.656/98.

4.1.5.11 O período de manutenção após a exoneração será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para o plano de saúde da JFMS, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses, no mesmo plano em que se encontrava quando da exoneração, na forma prevista no art. 4 e art. 13, inciso I Resolução Normativa ANS nº 488/2022.

4.1.5.12 manutenção temporária do beneficiário ocorrerá no mesmo plano contratado, consoante art. 13, inciso I da RN ANS nº 488/2022, nas mesmas condições e valores constantes do contrato.

4.1.5.13 A manutenção acima será extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do vínculo com a JFMS.

4.1.5.14 A condição prevista no caput do item 4.1.5.10 deixará de existir quando da admissão do titular em novo cargo ou emprego público ou privado ou se mantiver vínculo com órgão ou empresa que possibilite o ingresso do ex-servidor em um plano de assistência à saúde empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão. O direito de manutenção também deixará de existir pelo decurso do prazo previsto no item 4.1.5.15 e pelo cancelamento pela JFMS do plano de saúde.

4.1.5.15 O ex-servidor/magistrado, exonerado sem justa causa, poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias do seu pedido ou da ciência de sua exoneração, consoante art. 10 da Resolução Normativa ANS nº 488/2022.

4.1.5.15.1 A contagem do prazo previsto no item 4.1.5.14 somente se inicia a partir da comunicação inequívoca sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

4.1.5.16 O previsto no item 4.1.5.10 não se aplica na hipótese de exoneração, vacância ou dispensa, a pedido do magistrado ou servidor.

4.1.5.17 Em caso de morte do titular, havendo pensionista, este assumirá a titularidade do plano, com direitos de permanência exclusivos a sua pessoa. Não havendo pensionista, o direito de permanência é assegurado, temporariamente, aos dependentes cobertos pelo plano coletivo de assistência à saúde, consoante art. 30, §3º, da Lei 9.656/98.

4.1.5.18 Em caso de morte do titular, os dependentes poderão, sem prejuízo do disposto no §3º do artigo 30 da Lei nº 9.656/1998, exercer a portabilidade especial de carências no prazo de 60 dias do falecimento, conforme a norma contida no art. 8º, I, da Resolução nº 438/2018 da ANS;

4.1.5.19 Após o período de permanência temporária descrita no item 4.1.5.11, o (a)(s) beneficiário(a)(s) será(ão) excluído(s) do plano da JFMS.

4.1.5.20 No caso de aposentadoria de servidor cedido/removido para a JFMS, que se aposentaram pelo Órgão de origem ou pelo INSS, a permanência no plano de saúde somente será realizada se houver norma da ANS ou outro de outro órgão competente que assim determine.

4.1.5.21 O recém-nascido, filho(a) natural ou adotivo(a) do beneficiário(a), terá cobertura dentro do respectivo plano de saúde, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, prazo necessário à inclusão do dependente em plano de saúde, sem o cumprimento de carência.

4.1.5.22 No caso de inclusão de usuários com doenças ou lesões pré-existentes, não será cobrado agravo, nem haverá cobertura parcial temporária.

4.1.5.23 Não haverá exclusão de usuários ou impedimento no ingresso do plano de saúde, por doença e lesões pré-existentes.

4.1.5.24 Perderá a condição de beneficiário do plano de saúde, o magistrado ou servidor, e seus dependentes, que perder o vínculo com a JFMS, como nos casos de exoneração, demissão, redistribuição de cargos, dispensa de cedidos, ou retorno de removidos, etc, respeitadas as garantias previstas em normas da ANS. Também serão excluídos o ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) e os demais usuários incluídos no plano em virtude da relação de parentesco por afinidade. Outras hipóteses de exclusão serão regulamentadas por norma da JFMS ou do TRF3.

4.1.6. DAS CARÊNCIAS, AGRAVO E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

4.1.6.1. Em virtude do plano privado de assistência à saúde ser pactuado pelo regime de contratação coletivo empresarial com número de participantes superior a trinta beneficiários, não haverá cláusula de agravo nem cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões pré-existentes, nem será permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência dos beneficiários titulares e dependentes inscritos na data da contratação do plano, ou que formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo, bem como dos novos magistrados e servidores, e seus dependentes e agregados, que formalizarem o pedido de ingresso até 30 dias da data de admissão na JFMS.

4.1.6.2. Fica ainda isento do cumprimento de carência o recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, nos termos do art. 21, inciso III da RN ANS nº 465/2021 e nos itens 4 a 5 da Súmula Normativa ANS nº 25/2012.

4.1.6.3. O menor de 12 anos adotado por beneficiário de plano de saúde, ou sob guarda ou tutela deste, inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda, ou tutela, aproveitará os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, nos termos de item 7 da Súmula Normativa ANS nº 25/2012.

4.1.6.4. Os cônjuges recém-casados, inscritos até 30 (trinta) dias da data do casamento aproveitarão os períodos de carência já cumpridos pelo(a) titular, bem como os companheiros que tenham reconhecido sua união estável.

4.1.6.5 Com exceção aos itens anteriores, haverá carência apenas para os usuários incluídos após à contratação, conforme definido abaixo:

- a) 60 dias para tomografias e ressonâncias magnéticas;
- b) 90 dias para internações cirúrgicas;
- c) 120 dias para cirurgias cardíacas.
- d) 300 dias para partos a termo;
- e) O item 4.1.6.5 e respectivos subitens deverão observar o disposto na Súmula Normativa ANS nº 25/2012.

4.1.7. DO REEMBOLSO

4.1.7.1 A operadora/seguradora assegurará o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, nos casos de urgência e emergência, quando não tenha sido possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados, correspondente ao plano contratado.

4.1.7.2 O reembolso de que trata a cláusula anterior será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos originais relacionados abaixo, de acordo com os valores de tabela praticada pela operadora/seguradora, vigente na data do evento, disponibilizada para fins de consulta em sua sede administrativa.

4.1.7.3 O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

4.1.7.4 Deverá ser entregue à operadora/seguradora, com o pedido de reembolso, a seguinte documentação:

- a) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, a descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;
- b) Conta hospitalar discriminando a quantidade e tipo de materiais e medicamentos consumidos, com preços por unidade, com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- c) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, com os respectivos

números de CRM, discriminando funções e evento a que se referem;

d) Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente e exame anátomo patológico decorrente de procedimento cirúrgico.

4.1.8 DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

4.1.8.1 Deverá ser dada a cobertura de remoção inter-hospitalar, por ambulância, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade que realiza o atendimento de urgência e emergência, para a continuidade de atendimento ao usuário ou pela necessidade de internação, nos termos da Resolução CONSU N° 13/98 e demais normas vigentes.

4.1.9. DOS SERVIÇOS E DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

4.1.9.1. Após o recebimento dos nomes dos usuários a serem inscritos, a operadora/seguradora disponibilizará aos usuários, preferencialmente em meio eletrônico, nos prazo máximo de até 15 dias:

- a) relação da rede de atendimento, com a indicação de suas especialidades e endereços completos;
- b) relação dos serviços auxiliares de diagnóstico e terapia;

4.1.9.2. Não haverá cobrança pela emissão da 1ª via do cartão de identificação e pela emissão dos cartões no caso de renovações contratuais. O usuário pagará à operadora/seguradora o valor máximo de **R\$ 10,00 (dez reais)** pela emissão de 2ª via do cartão de identificação em caso de extravio, roubo, furto ou inutilização da via original.

4.1.9.2.1. Em caso de extravio, roubo ou furto do cartão, o usuário deverá comunicar imediatamente a operadora/seguradora do ocorrido, sendo responsável pelas despesas pelo uso indevido até a data e horário da informação à operadora/seguradora.

4.1.9.2.2. Não será cobrada a emissão de 2ª via de cartão por falhas na impressão de dados ou no magnético do cartão, salvo se decorrente de mau uso pelo beneficiário.

4.1.9.3. Em caso de atendimento sem o documento de identificação, o usuário deverá solicitar à operadora/seguradora autorização específica para cada atendimento que venha necessitar ou, sempre que possível, permitir o atendimento na rede credenciada/cooperada mediante a apresentação pelo beneficiário de documento público de identificação e fornecimento dos dados do cartão.

4.1.9.4. O início de atendimento ao usuário ocorrerá a partir da data de vigência do contrato ou da data de sua inclusão, exceto o recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular ou do dependente, que terá cobertura imediata até 30 dias subsequentes ao nascimento, pelo cartão da mãe ou pai, inscritos no plano.

4.1.9.5 Os cartões assistenciais devem ser individuais, para cada beneficiário (titular/dependente/agregado);

4.1.9.6. Nos cartões assistenciais, deverão constar o nome do CONTRATANTE (pessoa jurídica), seu próprio nome e os dados do plano de saúde.

4.1.9.7. Os cartões assistenciais deverão ser enviados pelo CONTRATADO para as respectivas Subseções Judiciárias, para distribuição local aos beneficiários no endereço do CONTRATANTE.

4.1.10. DAS QUANTIDADES DE USUÁRIOS A SEREM INSCRITOS

4.1.10.1. A quantidade total de usuários que ingressarão nos planos é de aproximadamente 1.094 (um mil noventa e quatro) vidas, podendo variar conforme as necessidades da JFMS, observados os limites de acréscimo e supressão previstos em lei.

4.1.10.2. O critério de valores das mensalidades ocorrerá por faixa etária.

4.1.10.3. O quantitativo de usuários do plano de saúde da JFMS, a ser distribuído entre os dois itens (plano de abrangência estadual e plano de abrangência nacional) conforme opção do usuário por faixa

etária é o seguinte:

Faixa Etária	Quantidade de beneficiários Estadual Coparticipativo	Quantidade de beneficiários Estadual Coparticipativo	Quantidade total por faixa etária
0-18	134	101	235
19-23	46	11	57
24-28	43	13	56
29-33	49	33	82
34-38	42	43	85
39-43	53	49	102
44-48	67	36	103
49-53	59	28	87
54-58	50	27	77
59 ou mais	146	64	210
Total:	689	405	1094
Total de usuários em março/2024*			1094

* Os dados estimativos têm como base a distribuição atualizada em março/2024 dos beneficiários dos planos de saúde vigentes (estadual e nacional), não estando a Justiça Federal de Mato Grosso do Sul obrigada a manter qualquer quantitativo estabelecido, visto que a adesão é voluntária.

4.1.11 SUSTENTABILIDADE

Sustentabilidade econômica - Preferência na contratação de Microempresa e Empresa de Pequeno Porte, com fulcro na Lei Complementar 123/2006

Sustentabilidade ambiental - Tendo em vista a natureza da contratação, poucos parâmetros podem ser exigidos. No entanto, optou-se pela liberação da empresa para que não entregue manuais impressos, apresentando as informações e recursos credenciados apenas online. Isto permite menor utilização de recursos naturais, maior vida útil, tendo em vista a rotatividade constante da rede de credenciados e geração de menor volume de resíduos.

4.1.12 GARANTIA DE EXECUÇÃO

Não haverá exigência da garantia da contratação dos artigos 96 e seguintes da Lei nº 14.133, de 2021, pelas razões constantes do ETP.

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

5.1. REGIME DE EXECUÇÃO

5.1.1 O regime de execução é o de contratação de serviços continuados em regime de empreitada por preço unitário.

5.2. ENCARGOS DAS PARTES

5.2.1 Obrigações do CONTRATANTE:

5.2.1.1 Comunicar à operadora/seguradora as inclusões e exclusões que vierem a ocorrer durante a vigência do contrato, nos prazos estabelecidos.

5.2.1.2 Efetuar o pagamento mensal ao contratado mediante a entrega da Nota Fiscal devidamente

atestada pelo gestor do contrato, nas condições e preços pactuados;

5.2.13. Demais obrigações constam do Termo de Contrato.

5.2.2 Obrigações do CONTRATADO:

5.2.2.1 ABORDAGEM DOS TRATAMENTOS EM CURSO

a) Deverão ser mantidos e continuados os tratamentos que se encontrarem em curso anteriormente à vigência do Contrato, que vinham sendo realizados por meio do plano de saúde contratado na ocasião. Os beneficiários que se encontrarem internados, por ocasião do início da vigência do Contrato, em hospital sem cobertura no novo plano contratado, deverão ser transferidos para um hospital da nova rede credenciada, desde que estejam estáveis clinicamente e aptos para remoção inter-hospitalar, com autorização do médico assistente, respeitada, quando possível, a escolha do beneficiário ou familiar, por recurso que conste no Contrato vigente.

b) Nas hipóteses de autorização de transporte pelo médico assistente, devidamente justificadas, em que o beneficiário ou familiar optar pela permanência em internação em recurso hospitalar não credenciado, o CONTRATANTE e o CONTRATADO não se responsabilizarão pelas respectivas despesas.

c) Para os beneficiários que não se encontrarem internados durante o período de implantação do novo plano, não será exigida a manutenção do tratamento no mesmo recurso hospitalar no qual eram acompanhados, se este não constar do rol de serviços credenciados do novo Contrato.

d) Os beneficiários em atendimento domiciliar, sob quaisquer dos níveis de home care, deverão ser mantidos com a mesma estrutura de atendimento e cuidados, desde que com a devida indicação médica, podendo ser substituída a empresa prestadora dos serviços de home care.

e) Deverá ser garantida a continuidade do acompanhamento pré-natal e parto das gestantes que apresentarem idade gestacional acima de 36 semanas no início da vigência do Contrato, com o mesmo médico assistente, se este aceitar negociação com o CONTRATADO e se esta for a opção da gestante.

f) Para os portadores de neoplasias malignas com tratamento em curso (ex. ciclos de quimioterapia), deverá ser garantida a finalização do ciclo no mesmo serviço, permitindo-se o encaminhamento posterior para outro recurso médico no rol de credenciados do novo CONTRATADO.

g) Deverá ser garantida a manutenção dos tratamentos de todos os pacientes portadores de patologias graves ou complexas, em recursos médico e/ou hospitalares no rol de credenciados do novo CONTRATADO.

5.2.2.2 OBRIGAÇÕES ADMINISTRATIVAS DO CONTRATADO

a) O CONTRATADO deverá manter central de atendimento telefônico 24 horas para atendimento à distância aos beneficiários da SJMS, com funcionários que tenham acesso às especificidades do Contrato.

b) Não será permitida a cobrança de taxa de adesão aos planos.

c) O CONTRATADO deve dispor de sistema informatizado para administração de dados cadastrais dos beneficiários, sendo disponibilizado acesso ou relatórios aos gestores e fiscais dos Contratos indicados pela SJMS.

d) O CONTRATADO deve dispor de serviço de divulgação da rede credenciada atualizada, através da Internet. Não serão exigidos manuais impressos, em consonância com o Plano de Logística Sustentável (PLS-JF3R), instituído pela Resolução nº 504/2022-PRES, de acordo com a Resolução nº 400/2021-CNJ.

e) O CONTRATADO deverá disponibilizar por via eletrônica, extratos de utilização individual e familiar, quando solicitados pelo CONTRATANTE ou pelo beneficiário.

f) Todas as correspondências e solicitações, inclusive via e-mail, enviadas pela SJMS, deverão ser respondidas através de ofício ou e-mail no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis.

g) Todos os procedimentos e custos concernentes à implantação dos novos planos serão da responsabilidade do CONTRATADO, incluindo-se o cadastro dos beneficiários, a confecção dos cartões

assistenciais e os ajustes necessários para a migração de dados.

5.2.2.3 OBRIGAÇÕES TÉCNICAS DO CONTRATADO

a) O CONTRATADO fica obrigada a manter, durante toda a vigência do Contrato, o quantitativo e o nível de qualidade da rede credenciada, inclusive dos hospitais, informados por ocasião da apresentação da proposta, sob pena de rescisão contratual.

b) Fica vedado ao CONTRATADO determinar o atendimento em serviço próprio (ambulatórios, clínicas, hospitais) ou de empresas controladas ou coligadas.

b.1) Esta proibição inclui direcionamento e/ou transferência para rede própria, exceto em localidades onde essa seja a única opção de atendimento, ou que seja da livre escolha do usuário;

b.2) Nos casos de internações de urgência ou emergência, deverá ser comprovada, por meio de declaração do recurso credenciado, a inexistência de vagas nos hospitais de escolha do beneficiário, para que seja oferecido atendimento em rede própria.

c) Durante a execução do Contrato, toda e qualquer exclusão ou inclusão de novos recursos hospitalares e/ou laboratoriais da rede credenciada deverá ser previamente analisada e autorizada pelo CONTRATANTE.

d) O CONTRATADO deverá possibilitar aos gestores e fiscais (médicos ou enfermeiros) do CONTRATANTE o acesso às faturas por meio físico ou eletrônico, com discriminação das despesas realizadas durante as internações e demais procedimentos, conforme parâmetros a serem definidos pelo CONTRATANTE, no período de 12 meses de análise, para fins de reajuste.

e) O contratado deverá emitir justificativa fundamentada, por escrito, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, sempre que solicitada pelo beneficiário do serviço em face de negativa de autorização para procedimentos, exames, etc.

5.2.2.4 PROCEDIMENTOS PARA ATENDIMENTO

a) A autorização para procedimentos e internações deverá ocorrer nos prazos máximos previstos na Resolução Normativa nº 566 da ANS, de 29/12/2022 e alterações posteriores. Caso os prazos sejam ultrapassados, o CONTRATADO deverá apresentar as devidas justificativas aos gestores e fiscais (médicos ou enfermeiros) da Justiça Federal designados pela Administração, quando solicitado pelo CONTRATANTE, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis.

b) No caso da inexistência ou indisponibilidade de profissional ou recurso credenciado na especialidade no município pertencente à área geográfica de abrangência e atuação do plano, o CONTRATADO deverá providenciar o transporte e o atendimento na rede credenciada mais próxima que ofereça o recurso necessário. Na hipótese do beneficiário arcar com os custos do atendimento, aplicar-se-á os termos do artigo 10º da Resolução Normativa nº 566 da ANS, de 29/12/2022, e atualizações, devendo o reembolso integral, inclusive do transporte, ser realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de protocolo do recibo, ficando expressamente proibida a inclusão dos custos na sinistralidade.

c) O CONTRATADO deverá processar e pagar o reembolso apenas das despesas médicas mencionadas no item acima, referentes aos serviços prestados por instituições hospitalares e outros recursos não-credenciados, quando aplicável, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, contados a partir da data de protocolo.

5.2.2.5 DEMANDAS JUDICIAIS

a) Todos os tratamentos, internações, atendimentos, procedimentos, fornecimento de medicamentos não previstos em Contrato e obtidos por meio de ação judicial, assim como seu andamento, deverão ser comunicados em até 05 (cinco) dias úteis aos gestores do Contrato da SJMS, indicando a respectiva composição do custo, com o detalhamento dos valores com cobertura contratual e acréscimos decorrentes da demanda.

5.2.3. Demais obrigações do contratado constam do Termo de Contrato.

5.3 Mecanismos formais de comunicação

5.3.1 São definidos como mecanismos formais de comunicação, entre o contratante e o contratado, os seguintes:

- a) Ordem de Serviço (OS);
- b) Ata de Reunião;
- c) Ofício;
- d) Sistema de abertura de chamados;
- e) E-mails e Cartas.

6. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

6.1 GERENCIAMENTO DO CONTRATO

6.1.1. O gerenciamento do Contrato será exercido pela Divisão de Gestão de Pessoas - DIGP, sendo a fiscalização realizada pelo(s) servidor(es) ou seus substitutos especialmente designado(s) pela autoridade competente, mediante Portaria, em conformidade com o disposto no art. 7º da Lei nº 14.133/2021.

6.1.2 O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133/2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

6.1.3 Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do contrato, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostila.

6.1.4 As comunicações entre o órgão e o contratado devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

6.1.5 O órgão poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

6.1.6 Após a assinatura do contrato ou instrumento equivalente, o órgão convocará o representante da empresa contratada para reunião inicial para apresentação do plano de fiscalização, que conterá informações acerca das obrigações contratuais, dos mecanismos de fiscalização, das estratégias para execução do objeto, do plano complementar de execução do contratado, quando houver, do método de aferição dos resultados e das sanções aplicáveis, dentre outros.

6.1.6.1 Na oportunidade da reunião inicial, o órgão dará conhecimento ao contratado da política de prevenção e enfrentamento do assédio moral, do assédio sexual e da discriminação instituída na Justiça Federal da 3.^a Região pela Resolução nº 521, de 24 de maio de 2022, da Presidência do Tribunal Regional Federal da 3.^a Região, ou outra que venha a substituí-la, disponível no endereço <https://web.trf3.jus.br/atos-normativos/>

6.2 FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

6.2.1 A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) do contrato, ou pelos respectivos substitutos.

6.2.2 O fiscal técnico do contrato acompanhará a execução do contrato, para que sejam cumpridas todas as condições estabelecidas no contrato, de modo a assegurar os melhores resultados para a Administração.

6.2.3 O fiscal técnico do contrato anotarà no histórico de gerenciamento do contrato todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, com a descrição do que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados.

6.2.4 Identificada qualquer inexistência ou irregularidade, o fiscal técnico do contrato emitirá notificações

para a correção da execução do contrato, determinando prazo para a correção.

6.2.5 O fiscal técnico do contrato informará ao gestor do contrato, em tempo hábil, a situação que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem sua competência, para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso.

6.2.6 No caso de ocorrências que possam inviabilizar a execução do contrato nas datas aprazadas, o fiscal técnico do contrato comunicará o fato imediatamente ao gestor do contrato.

6.2.7 O fiscal técnico do contrato comunicará ao gestor do contrato, em tempo hábil, o término do contrato sob sua responsabilidade, com vistas à renovação tempestiva ou à prorrogação contratual.

6.2.8 Caso haja designação de fiscal administrativo, sua atuação está adstrita aos aspectos estabelecidos no manual de fiscalização instituído pela Resolução PRES n.º 489/2022 ou outra que venha a substituí-la.

6.2.9 Além do disposto acima, a fiscalização contratual obedecerá às seguintes rotinas:

6.2.9.1 Não obstante o contratado seja a única e exclusiva responsável pela execução de todos os serviços, o contratante se reserva ao direito de, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude dessa responsabilidade, exercer a mais ampla e completa fiscalização sobre os serviços, por intermédio do fiscal do contrato.

6.2.9.2 A existência de fiscalização por parte do contratante não exclui nem reduz a responsabilidade do contratado por quaisquer irregularidades na execução dos serviços assumidos, nem perante terceiros, ainda que resultante de imperfeições técnicas ou vícios redibitórios e, na ocorrência destes, não implica a corresponsabilidade do contratante ou de seus agentes.

6.2.9.3 A ação ou a omissão, total ou parcial, por parte da fiscalização da SJMS, não eximirá o contratado da total responsabilidade pela execução dos serviços contratados.

6.2.9.4 As atividades de gestão e fiscalização da execução contratual compreenderão o conjunto de ações com o objetivo aferir o cumprimento dos resultados previstos pela Administração para o serviço contratado, verificar a regularidade das obrigações previdenciárias, fiscais e trabalhistas, bem como prestar apoio à instrução processual e o encaminhamento da documentação pertinente à repactuação, alteração, reequilíbrio, prorrogação, pagamento, eventual aplicação de sanções e extinção do contrato, dentre outras, com vista a assegurar o cumprimento das cláusulas avençadas e a solução de problemas relativos ao objeto.

6.3 GESTÃO DO CONTRATO

6.3.1 O gestor do contrato é o responsável pelo acompanhamento das atividades exercidas pelos fiscais; instrução processual dos requerimentos do contratado e dos procedimentos de alteração e prorrogação contratual; adoção de providências, nos casos de inadimplemento contratual, inclusive para instauração de procedimento de apuração de falta contratual e de extinção dos contratos; aderência às normas e atendimento às diretrizes e obrigações contratuais; e recebimento definitivo do objeto, observadas as competências definidas em cada unidade gestora.

6.3.2 O gestor do contrato coordenará a atualização do processo de acompanhamento e fiscalização do contrato contendo todos os registros formais da execução no histórico de gerenciamento do contrato, a exemplo da ordem de serviço, do registro de ocorrências, das alterações e das prorrogações contratuais, elaborando relatório com vistas à verificação da necessidade de adequações do contrato para fins de atendimento da finalidade da administração.

6.3.3 O gestor do contrato acompanhará a manutenção das condições de habilitação do contratado, para fins de empenho de despesa e pagamento, acompanhará o empenho, o pagamento, as garantias, as glosas e a formalização de apostilamento e termos aditivos, solicitando quaisquer documentos comprobatórios pertinentes, caso necessário e anotará os problemas que obstem o fluxo normal da liquidação e do pagamento da despesa em relatório de riscos eventuais.

6.3.4 O gestor do contrato acompanhará os registros realizados pelos fiscais do contrato, de todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato e as medidas adotadas, informando, se for o caso, à autoridade superior àquelas que ultrapassem a sua competência.

6.3.5 O gestor do contrato emitirá documento comprobatório da avaliação realizada pelos fiscais quanto ao cumprimento de obrigações assumidas pelo contratado, com menção ao seu desempenho na execução contratual, baseado nos indicadores objetivamente definidos e aferidos, e a eventuais penalidades aplicadas, devendo constar do cadastro de atesto de cumprimento de obrigações.

6.3.6 O gestor do contrato tomará providências para a formalização de processo administrativo de responsabilização para fins de aplicação de sanções.

6.3.7 O gestor do contrato deverá elaborar relatório final com informações sobre a consecução dos objetivos que tenham justificado a contratação e eventuais condutas a serem adotadas para o aprimoramento das atividades da Administração.

6.3.8 O gestor do contrato deverá enviar a documentação pertinente ao setor competente para a formalização dos procedimentos de liquidação e pagamento, no valor dimensionado pela fiscalização e gestão nos termos do contrato se for caso.

6.3.9 Antes de formalizar ou prorrogar o prazo de vigência do contrato, o gestor ou os fiscais, conforme o caso, deverá verificar a regularidade fiscal do contratado, consultar o Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (Ceis) e o Cadastro Nacional de Empresas Punidas (Cnep), emitir as certidões negativas de inidoneidade, de impedimento e de débitos trabalhistas e juntá-las ao respectivo processo.

6.4 PREPOSTO

6.4.1 O contratado designará formalmente o preposto da empresa, antes do início da prestação dos serviços, no prazo de 05 (cinco) dias a contar da assinatura do contrato, indicando no instrumento os poderes e deveres em relação à execução do objeto contratado.

6.4.2 Não será exigido a manutenção do preposto da empresa dentro das dependências da SJMS.

6.4.3 O contratante poderá recusar, desde que justificadamente, a indicação ou a manutenção do preposto da empresa, hipótese em que o contratado designará outro para o exercício da atividade.

6.4.4 O órgão poderá convocar o preposto da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

7. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E PAGAMENTO

7.1. INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO DE RESULTADO (IMR)

A avaliação da execução do objeto utilizará o Instrumento de Medição de Resultado (IMR), conforme disposto abaixo:

7.1.1 O Instrumento de Medição de Resultado - IMR visa estabelecer critérios de aferição de resultados da contratação, definindo, em bases compreensíveis, tangíveis, objetivamente observáveis e comprováveis, os níveis esperados de qualidade da prestação do serviço e respectivas adequações de pagamento desta contratação.

7.1.2. O Instrumento de Medição de Resultado – IMR será aplicado pelo fiscal do contrato mensalmente.

7.1.3. Serão monitorados pelo fiscal para mensuração dos resultados da prestação do serviço os seguintes indicadores:

a) cumprimento dos prazos previstos no art. 3º da Resolução nº 566/2022 da ANS para garantia do acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

b) cumprimento do prazo de 30 (trinta) dias (item 4.1.7.2) para efetivação de reembolso ao beneficiário, quando cabível;

c) cumprimento do prazo para atendimento (item 5.2.2.2 "f") das solicitações do contratante;

d) cumprimento do prazo para emissão de cartão de identificação do usuário (item 4.1.5.7);

e) cumprimento do prazo contido no item 5.2.2.3 "e" (emissão de justificativa fundamentada para negativa de autorizações).

7.1.4 O contratado terá a qualidade dos serviços prestados medidos por meio do IMR desde o início da execução do contrato, contudo, para permitir adequação ao sistema de avaliação, os efeitos financeiros do descumprimento do IMR serão aplicados em 03 etapas:

7.1.4.1 Fase Inicial (primeiros 30 dias do efetivo início da execução): os resultados serão apenas medidos (IMR) e apresentados ao contratado, sem que haja a aplicação do sistema de ajustes de pagamentos (redutores);

7.1.4.2 Fase de Transição (do 31º a 90º dia do efetivo início da execução): Os resultados serão medidos (IMR) e apresentados ao contratado, contudo, os ajustes financeiros de pagamento (redutores) serão aplicados à razão de 50% das faixas previstas neste documento;

7.1.4.3 Fase de Aplicação (após o 91º dia do efetivo início da execução): ocorrerá a aplicação integral dos ajustes financeiros de pagamento (redutores), conforme as faixas previstas neste documento.

7.1.4.4 Em caso de prorrogação contratual não será aplicada a sistemática de adaptação prevista nos itens 7.1.4.1 e 7.1.4.2.

7.1.5. O não cumprimento pelo CONTRATADO das obrigações elencadas no item 7.1.3.. deste Termo de Referência, acarretará em desconto no pagamento da fatura, de acordo com o número registrado de ocorrências apuradas, devidamente comprovadas, no período do primeiro até o último dia de cada mês.

7.1.6. O valor pago pelos serviços efetivamente prestados a cada mês será ajustado ao resultado da avaliação do serviço (IMR) na seguinte proporção:

a) Isento – de 00 a 05 ocorrências;

b) Desconto de 1% - de 06 a 15 ocorrências;

c) Desconto de 3% - de 16 a 25 ocorrências;

d) Desconto de 5% - de 25 a 30 ocorrências;

e) A partir da 31ª ocorrência, o CONTRATADO estará sujeita, além do desconto de 3% sobre a fatura, à penalização conforme o Contrato.

7.1.7. O CONTRATADO será notificada até o quinto dia útil do mês subsequente ao mês da apuração de ocorrências, acerca de eventuais descumprimentos de obrigações no tocante ao IMR.

7.1.8. O CONTRATADO poderá apresentar, em 05 dias úteis da data da notificação, manifestação acerca das ocorrências relatadas.

7.1.8.1. Quando oferecida, O CONTRATANTE deverá analisar a manifestação do CONTRATADO e comunicá-la acerca de eventuais glosas.

7.1.8.2. O CONTRATANTE poderá aceitar as justificativas do CONTRATADO, desde que comprovada a excepcionalidade da ocorrência, resultante exclusivamente de fatores imprevisíveis e alheios ao controle do contratado, excluindo-se, no todo ou em parte, a aplicação do item 7.1.6.

7.1.9 Respeitado o procedimento administrativo, que assegurará o contraditório e ampla defesa, o contratado poderá ser penalizada com a rescisão contratual nas seguintes condições:

7.1.9.1 Em caso de reincidência de penalizações com o desconto de 3% (três por cento) durante a vigência do contrato (anual), se houver;

7.1.9.2 Em caso de reincidência de penalizações o desconto de 2% (dois por cento) por mais de 3 (três) vezes durante a vigência do contrato (anual), se houver;

7.1.10 O IMR vinculará o pagamento dos serviços aos resultados alcançados, em complemento à mensuração dos serviços efetivamente prestados, não devendo as adequações de pagamento, originadas pelo descumprimento, serem interpretadas como penalidades ou multas.

7.1.11 O valor descontado do faturamento, decorrente da aplicação do IMR, não comporá a receita para fins de apuração da sinistralidade.

7.1.12 Nos termos do item 1, do Anexo VIII-A da Instrução Normativa SEGES/MP nº 5/2017, será indicada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que o contratado:

- a) não produziu os resultados acordados;
- b) deixou de executar, ou não executar com a qualidade mínima exigida as atividades contratadas; ou
- c) deixou de utilizar materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizá-los com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

7.1.13 A utilização do IMR não impede a aplicação concomitante de outros mecanismos para a avaliação da prestação dos serviços.

7.2 DO RECEBIMENTO

7.2.1 Os serviços serão recebidos provisoriamente, pelo fiscal técnico, mensalmente, mediante termo circunstanciado assinado pelas partes, até o 5º dia útil após o recebimento do documento de cobrança

7.2.1.1 O prazo da disposição acima será contado do recebimento de comunicação de cobrança oriunda do contratado com a comprovação da prestação dos serviços a que se referem a parcela a ser paga.

7.2.1.2 O termo detalhado deverá conter o registro, a análise e a conclusão acerca das ocorrências na execução do contrato e será encaminhado ao gestor do contrato para recebimento definitivo.

7.2.2 Para efeito de recebimento provisório, ao final de cada período de faturamento, o fiscal técnico do contrato irá apurar o resultado das avaliações da execução do objeto e, se for o caso, a análise do desempenho e qualidade da prestação dos serviços realizados em consonância com os indicadores previstos, que poderá resultar no redimensionamento de valores a serem pagos ao contratado, registrando em relatório a ser encaminhado ao gestor do contrato.

7.2.3 Será considerado como ocorrido o recebimento provisório com a entrega do termo detalhado.

7.2.4 O contratado fica obrigado a reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, às suas expensas, no todo ou em parte, o objeto em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou materiais empregados, cabendo à fiscalização não aprovar a medição de serviços até que sejam sanadas todas as eventuais pendências que possam vir a ser apontadas no Recebimento Provisório.

7.2.5 A fiscalização não efetuará o ateste da medição de serviços até que sejam sanadas todas as eventuais pendências que possam vir a ser apontadas no Recebimento Provisório.

7.2.6 O recebimento provisório também ficará sujeito, quando cabível, à conclusão de todos os testes de campo e à entrega dos manuais e instruções exigíveis.

7.2.7 Os serviços poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta, devendo ser corrigidos/refeitos/substituídos no prazo de 10 dias, a contar da notificação do contratado, às suas custas, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

7.2.8 Os serviços serão recebidos definitivamente no prazo de 20 dias, contados do recebimento provisório, pelo gestor do contrato, após a verificação da qualidade e quantidade do serviço e consequente aceitação mediante termo detalhado que comprove o atendimento das exigências contratuais, obedecendo as seguintes diretrizes:

7.2.8.1 Emitir documento comprobatório da avaliação realizada pelo fiscal no cumprimento de obrigações assumidas pelo contratado, com menção ao seu desempenho na execução contratual, baseado em indicadores objetivamente definidos e aferidos, e a eventuais penalidades aplicadas, devendo constar do cadastro de atesto de cumprimento de obrigações, conforme regulamento.

7.2.8.2 Realizar a análise dos relatórios e de toda a documentação apresentada pela fiscalização e, caso haja irregularidades que impeçam a liquidação e o pagamento da despesa, indicar as cláusulas contratuais pertinentes, solicitando ao contratado, por escrito, as respectivas correções;

7.2.8.3 Emitir Termo Detalhado para efeito de recebimento definitivo dos serviços prestados, com base nos relatórios e documentações apresentadas;

7.2.8.4 Comunicar a empresa para que emita a Nota Fiscal ou Fatura, com o valor exato dimensionado pela fiscalização, com base no Instrumento de Medição de Resultado (IMR), ou instrumento substituto, quando houver.

7.2.8.5 Enviar a documentação pertinente ao setor competente para a formalização dos procedimentos de liquidação e pagamento, no valor dimensionado pela fiscalização.

7.2.9 No caso de controvérsia sobre a execução do objeto, quanto à dimensão, qualidade e quantidade, deverá ser observado o teor do art. 143 da Lei nº 14.133/2021, comunicando-se à empresa para emissão de Nota Fiscal no que pertine à parcela incontroversa da execução do objeto, para efeito de liquidação e pagamento.

7.2.10 Nenhum prazo de recebimento ocorrerá enquanto pendente a solução, pelo contratado, de inconsistências verificadas na execução do objeto ou no instrumento de cobrança.

7.2.11 O recebimento provisório ou definitivo não excluirá a responsabilidade civil pela solidez e pela segurança do serviço nem a responsabilidade ético-profissional pela perfeita execução do contrato.

7.2.12 O fiscal do contrato deverá:

a) receber demandas de servidores e avaliar sua pertinência, considerando sempre a indicação técnica (médica) e o estabelecido no Contrato.

b) conferir custo e receita para o cálculo do índice de sinistralidade que poderá impactar em reajuste contratual.

c) conferir, do ponto de vista documental, a utilização dos beneficiários que geraram maiores custos.

7.2.13 Ao gestor do contrato caberá a conferência mensal da documentação necessária para liquidação das despesas e sua efetivação.

7.3 CONDIÇÕES DE FATURAMENTO

7.3.1 O faturamento será feito somente após a APROVAÇÃO pelo FISCAL, e será expedida comunicação formal (Ofício e/ou correio eletrônico) ao contratado, autorizando-a à emissão da respectiva nota fiscal para pagamento.

7.3.2 O documento de cobrança será emitido em nome do Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul, situada na Rua Delegado Carlos Roberto Bastos de Oliveira n. 126, Parque dos Poderes - Campo Grande/MS, CEP 79.037-102, CNPJ 05.422.922/0001-00, sem emendas ou rasuras, fazendo menção expressa ao número da Nota de Empenho e contendo todos os dados desta e outros, conforme abaixo especificado:

7.3.2.1. O documento de cobrança deverá ser emitido com o mesmo número de CNPJ constante da documentação apresentada para a habilitação e da Proposta Comercial, o qual serviu de base para a emissão da Nota de Empenho.

7.3.2.2. Na hipótese de divergência entre o CNPJ do documento de cobrança e o constante na Nota de Empenho, decorrente da necessidade de alteração do estabelecimento comercial emitente durante a execução do Contrato, o contratado deverá apresentar, previamente à emissão do referido documento, declaração justificando a alteração, apresentando, ao mesmo tempo, os comprovantes de regularidade previstos no art. 68, inc. III, da Lei nº 14.133/2021, relativos ao estabelecimento comercial emitente.

7.3.2.3. A justificativa, prevista no subitem anterior, para a alteração do estabelecimento comercial emitente do documento de cobrança, se aceita pelo contratante, após a análise jurídica, implicará em adequação do Contrato, por meio de Termo Aditivo, para inclusão do estabelecimento em questão e de seu respectivo CNPJ, bem como para modificação do favorecido dos recursos orçamentários correspondentes.

7.3.2.4. No caso de alteração, nos termos do subitem anterior, o contratado deverá apresentar os dados bancários relativos ao CNPJ do estabelecimento responsável pela emissão do documento de cobrança, para que o pagamento possa ser efetuado por meio de ordem bancária.

7.3.3. No documento de cobrança deverão constar os nomes e os números do banco e da agência, bem como o número da conta corrente à qual se dará o depósito bancário para pagamento, repetindo-se os dados informados na Proposta Comercial.

7.3.3.1. Qualquer alteração de dados bancários só será permitida desde que informada em papel timbrado da empresa, assinada por representante legal e encaminhada à Divisão de Orçamento, Finanças,

Licitações e Patrimônio - DULF, antes do processamento do respectivo pagamento.

7.3.4. No documento de cobrança não deverá constar material ou serviço de outra Nota de Empenho.

7.3.5. Todos os tributos incidentes sobre os produtos ou serviços deverão estar inclusos no valor total do documento de cobrança, observada a legislação tributária aplicável à espécie, principalmente àquela pertinente aos órgãos públicos federais.

7.3.5.1. Se o contratado sofrer qualquer uma das retenções dos tributos a seguir elencados: Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), Contribuição para o PIS/PASEP (art. 2º, § 6º, da IN RFB nº 1.234/2012) e Contribuição à Previdência Social (artigo 121, da IN RFB nº 2110/2022), deverá efetuar o destaque, no respectivo documento de cobrança, do valor do imposto de renda e das contribuições a serem retidos na operação, e, se a legislação municipal assim o exigir, o destaque do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN).

7.3.6. O documento de cobrança (Nota Fiscal, Fatura, etc.) deverá ser encaminhado ao contratante por meio do endereço eletrônico admms-subs@trf3.jus.br ou aos cuidados da Seção de Benefícios Sociais, Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul, situada na Rua Delegado Carlos Roberto Bastos de Oliveira n. 126, Parque dos Poderes - Campo Grande/MS, CEP 79.037-102, telefone (67) 3320-1100, que providenciará o protocolo.

7.3.6.1. Quando do recebimento do documento de cobrança, será confirmada a regularidade fiscal e trabalhista do contratado mediante consulta "on-line" ao Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF ou, na impossibilidade de acesso ao referido Sistema, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais referentes à documentação relacionada no edital de licitação e anexos.

7.3.6.2. O contratado deverá manter os documentos citados no subitem anterior atualizados.

7.4 RETENÇÃO DE IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES

7.4.1 Quando do pagamento ao contratado e de acordo com as suas condições específicas, aplicar-se-á, no que couber, o disposto na Lei nº 9.430/1996, Lei nº 8.212/1991 e regulamentação, e Lei Complementar nº 116/2003, combinada com a correspondente Lei Municipal do local de prestação dos serviços, em cotejo com a Lei Municipal do estabelecimento sede da empresa.

7.4.2 Se o contratado gozar de tratamento diferenciado em virtude de lei, seja na forma de benefícios ou isenções, deverá obrigatoriamente, no ato da assinatura do Contrato, apresentar a comprovação definida no dispositivo legal ou regulamentar que lhe garantiu o direito, sob pena de retenção de tributos na fonte.

7.4.3 O contratado optante pelo SIMPLES NACIONAL deverá apresentar no ato da assinatura do contrato, Declaração na forma do Anexo IV da IN RFB nº 1.234/2012 e alterações posteriores, devendo informar imediatamente ao contratante qualquer alteração da sua permanência no referido regime de arrecadação.

7.5 LIQUIDAÇÃO E PAGAMENTO

7.5.1 O pagamento será efetuado mediante ordem bancária, em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data final do período de adimplemento do contrato, ou de cada parcela, mediante a apresentação do regular documento de cobrança.

7.5.1.1 O local e a forma de apresentação do documento de cobrança estão indicados no item "Condições de Faturamento" deste Termo de Referência.

7.5.1.2 O prazo para a liquidação da despesa, que não deverá ser superior a 20 (vinte) dias, está inserido no prazo de pagamento constante no item 7.5.1. Havendo erro no documento de cobrança ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, aquele será devolvido ao contratado, e o pagamento ficará interrompido até que sejam providenciadas as correções. Nessas hipóteses, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a regularização da situação ou reapresentação do documento de cobrança, não acarretando qualquer ônus para o contratante.

7.5.1.3 Nos casos de eventuais atrasos de pagamento, desde que o contratado não tenha concorrido de

alguma forma para tanto, fica convencionado que a taxa de atualização financeira devida pelo contratante, entre a data acima referida e a correspondente ao efetivo adimplemento da parcela, será calculada mediante a aplicação da seguinte fórmula:

$$EM = I \times N \times VP$$

Onde:

EM = Encargos moratórios;

N = Número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento;

VP = Valor da parcela em atraso;

I = Índice de atualização financeira, assim apurado:

$$I = (TX/100)/365 \quad I = (6/100)/365 \quad I = 0,00016438 \text{ ao dia}$$

TX = Percentual da taxa de juros de mora anual = 6%

7.5.1.4 O pagamento dos encargos moratórios deverá ser objeto de solicitação pelo contratado, não cabendo à Administração fazê-lo de ofício.

7.5.1.5 Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.

7.5.1.5.1 Independentemente do percentual de tributo inserido na planilha, quando houver, serão retidos na fonte, quando da realização do pagamento, os percentuais estabelecidos na legislação vigente.

8. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

8.1. O fornecedor será selecionado por meio da realização de procedimento de LICITAÇÃO, na modalidade PREGÃO, sob a forma ELETRÔNICA, com adoção do critério de julgamento pelo MENOR PREÇO.

8.2. As exigências de habilitação jurídica, fiscal, social e trabalhista são as usuais para a generalidade dos objetos, conforme disciplinado no Anexo II do Edital de licitação.

8.3. Os critérios de habilitação econômico-financeira a serem atendidos pelo fornecedor estão previstos no Anexo II do Edital de licitação.

8.4. Os critérios de habilitação técnica a serem atendidos pelo fornecedor serão:

Qualificação Técnica

8.4.1 Comprovante da regularidade da situação cadastral relativo à autorização de funcionamento na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

8.4.2 Comprovação de inscrição no Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul;

8.4.3 Comprovação de que a classificação mais recente quanto ao IDSS (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar) calculado pela ANS, seja igual ou superior a 0,65, para todos os planos. Será aceita a comprovação documental oficial da classificação, ou a pesquisa na página da ANS. Considerando que o IDSS é um índice oficial da ANS e um indicador de qualidade que leva em consideração diversos aspectos importantes tais como: a qualidade em atenção à saúde, a garantia de acesso, a sustentabilidade no mercado e a gestão e regulação, a exigência de um indicador mínimo desse índice corresponde à necessidade de se garantir que a operadora que venha a ganhar o certame tenha padrões mínimos de qualidade e sustentabilidade do plano.

8.4.4 Comprovação de aptidão para a prestação dos serviços similares de complexidade tecnológica e operacional equivalente ou superior com o objeto desta contratação, ou com o item pertinente, por meio da apresentação de certidões ou atestados, por pessoas jurídicas de direito público ou privado, ou regularmente emitido(s) pelo conselho profissional competente, quando for o caso.

8.4.4.1 Para fins da comprovação de que trata o subitem anterior, os atestados deverão dizer respeito a contratos executados com as seguintes características mínimas, consideradas similares às do serviço que se pretende contratar:

8.4.4.1.1 Atestado(s) de capacidade técnica, que comprove(m) estar executando ou ter executado, a

conteúdo, serviços compatíveis em características, quantidades e prazos, indicando a prestação de serviços de plano ou seguro privado de assistência médica emitido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado, para, no mínimo 50% (cinquenta por cento) do total estimado de beneficiários dos planos A e B.

8.4.4.2 Será admitido, para fins de comprovação de quantitativo mínimo, o somatório de atestados.

8.4.4.3 Os atestados de capacidade técnica podem ser apresentados em nome da matriz ou da filial da empresa licitante.

8.4.4.4 O licitante disponibilizará todas as informações necessárias à comprovação da legitimidade dos atestados, apresentando, quando solicitado pela Administração, cópia do contrato que deu suporte à contratação, endereço atual do contratante e local em que foram prestados os serviços, entre outros documentos.

8.4.4.5 Os atestados deverão referir-se a serviços prestados no âmbito de sua atividade econômica principal ou secundária especificadas no contrato social vigente.

8.4.4.6 Serão aceitos atestados ou outros documentos hábeis emitidos por entidades estrangeiras quando acompanhados de tradução para o português, salvo se comprovada a inidoneidade da entidade emissora.

8.4.4.7 A apresentação de certidões ou atestados de desempenho anterior emitido em favor de consórcio do qual tenha feito parte será admitido, desde que atendidos os requisitos do art. 67, §§ 10 e 11, da Lei nº 14.133/2021 e regulamentos sobre o tema.

8.4.5 Antes da assinatura do Termo de Contrato, será exigido da Licitante vencedora:

a) Para cada plano, comprovação do registro do(s) produto(s), em vigor, oferecido(s) na Agência Nacional de Saúde Suplementar.

b) Na impossibilidade de apresentação do documento de inscrição definitiva até o dia da assinatura do contrato, a LICITANTE vencedora deverá apresentar o protocolo de sua solicitação e justificar o fato para análise e deliberações do CONTRATANTE.

9. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

9.1. As despesas decorrentes da presente contratação é feito em parte pelos recursos orçamentários da Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul e em parte pelos beneficiários titulares cadastrados, mediante desconto em folha de pagamento.

9.1.1. A contratação será atendida pela seguinte dotação:

Gestão/Unidade: 090015/00001;

Fonte de Recursos: 100 - Tesouro Nacional;

Programa de Trabalho: 1.0005.04.010.33.90.39.0200;

Elemento de Despesa: 339039-50 (serviço médico-hospitalar, odontológico);

Plano Interno: Não se aplica;

9.2. A dotação relativa aos exercícios financeiros subsequentes será indicada após aprovação da Lei Orçamentária respectiva e liberação dos créditos correspondentes, mediante apostilamento.

ANEXO 1 - MODELO DE ORDEM DE SERVIÇO

Ordem de Serviço Nº ____, DE __ DE ____ DE 20__.

CONTRATO: _____

OBJETO: O objeto da presente operação consiste na contratação de empresa para **prestação de serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia**, destinados aos magistrados e servidores, ativos ou aposentados, os pensionistas e os respectivos dependentes, conforme especificações

constantes do Termo de Referência Anexo ____ do Edital do Pregão Eletrônico nº ____ -JF/MS.

Pela presente Ordem de Serviço, fica a empresa ____, inscrita no CNPJ sob nº ____, estabelecida na ____, **AUTORIZADA a iniciar os serviços** de que trata o Contrato nº ____, assinado em ____, respeitadas as condições, especificações e prazos constantes do Termo de Referência – Anexo ____ do Edital do Pregão Eletrônico nº ____, constante do Processo SEI nº ____, **a partir de** ____.

Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul - JFMS



Documento assinado eletronicamente por **Marinalva Wassouf Candéa De Freitas**, **Supervisora da Seção de Benefícios Sociais**, em 28/08/2024, às 18:27, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Rosely Timoner Glezer - CRM-SP 51.536**, **Médica Diretora da Divisão de Assistência à Saúde- DSAU**, em 28/08/2024, às 18:35, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Michele Lopes de Vasconcelos**, **Supervisora**, em 29/08/2024, às 13:23, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Adriana Barros Verruck**, **Diretor(a) da Divisão de Gestão de Pessoas**, em 29/08/2024, às 15:22, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.trf3.jus.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **11181404** e o código CRC **8E80A814**.